

	<p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA Disturbi Schizofrenici</p>	<p>PDTA ASL LT</p>
<p>Revisione : 00 del</p>		<p>Pag 01 di</p>	

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Disturbi Schizofrenici

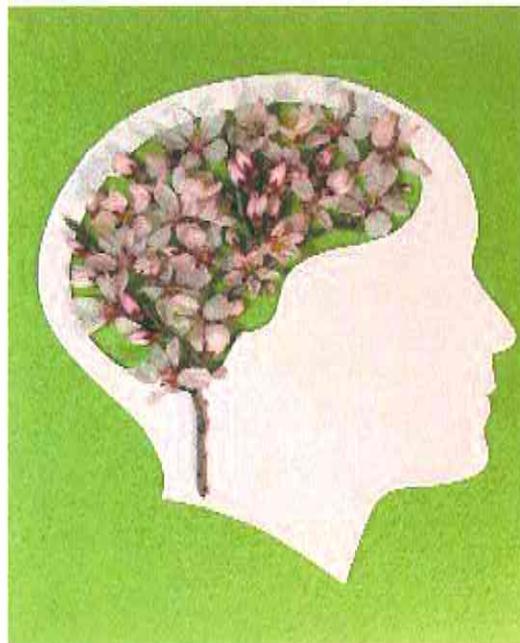


Foto: Sabrina Marinucci

<p>VERIFICA</p> <p>Data.....</p>	<p>Dr. Giuseppe Visconti..... <i>Direttore Sanitario Aziendale</i></p>
<p>APPROVAZIONE</p> <p>Data.....</p>	<p>Dr. Giorgio Casati..... <i>Direttore Generale</i></p>
<p>ENTRATA IN VIGORE</p> <p>Data.....</p>	
<p>Revisione a tre anni</p>	

Direttore Dipartimento Salute Mentale
 Direttore UOC Programmazione, Controllo e Governo Clinico
 Responsabile UOS Percorsi Clinico Assistenziali

Dr. Lino Carfagna *Lino Carfagna*
 Dr.ssa Laide Romagnoli *Laide Romagnoli*
 Dr.ssa Susanna Busco *Susanna Busco*

REDATTO DA

Dott.ssa Maria Paola Giardino *Maria Paola Giardino*
Dirigente Psicologo Coordinamento Gruppo di Lavoro
Inf. Adele Onorati *Adele Onorati*
Dipartimento di Salute Mentale
Dr.ssa Sabrina Marinucci *Sabrina Marinucci*
Dipartimento di Prevenzione
Dr. Vincenzo Lucarini *Vincenzo Lucarini*
Dipartimento Salute Mentale

STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE

DENOMINAZIONE	RESPONSABILE
UOC Salute Mentale NE	Dott. ssa Paola Fioravanti <i>Paola Fioravanti</i>
UOC Salute Mentale SO	f.f. Dott. Lino Carfagna <i>Lino Carfagna</i>
UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e cura	f.f. Dott. Lino Carfagna <i>Lino Carfagna</i>
UOC Neuro Psichiatria Infantile	Dott.ssa Anna Di Lelio <i>Anna Di Lelio</i>
UOC Abilitazione e Residenze	Dott. Lino Carfagna <i>Lino Carfagna</i>
UOSD Dipendenze Patologiche	Dr.ssa Maria Paola Giardino <i>Maria Paola Giardino</i>
UOSD U Psicofarmacologia Clinica	Dott. Giuseppe Bersani <i>Giuseppe Bersani</i>

Gruppo di Lavoro

Dott. Lino Carfagna – Psichiatra – Direttore DSM ASL Latina

Coord. Dott.ssa Maria Paola Giardino – Psicologa – Ser.D. Terracina

CPS Inf. Adele Onorati – DSM Latina

Dr.ssa Sabrina Marinucci – Tecnico della Prev. – Dipartimento di Prevenzione Latina

Dott. Vincenzo Lucarini – Psicologo – UOC Abilitazioni e Residenze Latina

Gruppo di Patologia

Dott. Lino Carfagna – Psichiatra – Direttore DSM ASL Latina

Coord. Dott.ssa Maria Paola Giardino – Psicologa – Ser.D. Terracina

CPS Inf. Adele Onorati – DSM Latina

Dott. Vincenzo Lucarini – Psicologo – UOC Abilitazioni e Residenze Latina

CPS Inf. Coord. Giorgia Lafavia – SPDC Latina

Dott.ssa Maria Carfagna – Psicologa – UOC Abilitazione e Residenze Latina

Dr.ssa Maria Maddalena Colazingari – Assistente Sociale – UOC Abilitazioni e Residenze Latina

Dott.ssa Paola Fioravanti – Psichiatra – UOC Salute Mentale NO

Dott. Carmelo Schifano – Psichiatra – UOC Salute Mentale Aprilia

CPS Inf. Coord. Gilberto Coppa – CSM Aprilia

Dott.ssa Anna Di Lelio – Neuropsichiatra Inf. UOC NPIA

Dott.ssa Ester E. Ottaviani – Neuropsichiatra Inf. NPIA Terracina

Dott. Pasquale Tripepi – Psichiatra – CSM Monti Lepini Sezze

Dott. Lorenzo Polli – Psicologo – CSM Terracina/Fondi

Prof. Giuseppe Bersani – Psichiatra – Psichiatria Universitaria Terracina

Dott.ssa Rosa Stella Staulo – Psichiatra – UOC SPDC Latina- Formia

Dott. Giovanni Rotondo – Psicologo – CSM Formia

Dott.ssa Loredana Cervelloni – Psicologa – Ambulatorio Medicina Psicosomatica

Sommario	
INTRODUZIONE.....	6
PREMESSA.....	10
3 OBIETTIVO GENERALE.....	28
4 TARGET PAZIENTI.....	28
5. AMBITO DI APPLICAZIONE.....	28
6 PREVENZIONE	28
7 RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.....	32
9 APPROCCIO METODOLOGICO	33
10 DESCRIZIONE DEL PERCORSO	39
11 DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI DI RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA.....	52
12 DIAGRAMMA FUNZIONALE – CSM	54
13 DIAGRAMMA FUNZIONALE - NPIA	62
14. DIAGRAMMA FUNZIONALE – SPDC.....	70
15 DIAGRAMMA FUNZIONALE – SRP/CD	79
16 DIAGRAMMA FUNZIONALE SER.D	83
17 AUDIT.....	98
18 SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO.....	99
19 SISTEMA RACCOLTA DATI E CRITICITÀ.....	111
20 APPROVAZIONE – DIFFUSIONE – IMPLEMENTAZIONE.....	111
21 MODELLO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	112
ELENCO ACRONIMI E ABBREVIAZIONI.....	121
Bibliografia.....	123
Riferimenti normativi - Linee guida	127
Elenco allegati.....	130
Allegati.....	131

INTRODUZIONE

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, come si evince dalla definizione di salute che si trova nella Costituzione dell'OMS: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o di infermità". Come è stato ribadito: (*Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005*) "NON C'E' SALUTE SENZA SALUTE MENTALE". Nelle Nuove Linee Guida OMS, 2018 le persone con gravi disturbi mentali, tra cui la schizofrenia, hanno una mortalità media da due a tre volte superiore rispetto alla popolazione generale, che si traduce in una riduzione dell'aspettativa di vita di 10-20 anni e hanno tassi più alti di morte per cause innaturali (incidenti, omicidio o suicidio) rispetto alla popolazione generale. Le raccomandazioni delle Nuove Linee Guida dell'OMS, 2018 hanno come obiettivo primario, quello di migliorare la gestione delle condizioni di salute fisica negli adulti con gravi disturbi mentali e supportare la riduzione dei comportamenti individuali che costituiscono fattori di rischio per queste malattie. In questo ambito, l'impostazione degli interventi è basata sui principi di rispetto della dignità della persona, del riconoscimento del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle cure, della forte integrazione fra aree delle cure sanitarie e l'area delle iniziative socio-relazionali. La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da tutta una serie di fattori socio-economici sui quali è necessario agire attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e *recovery* in un approccio di *government* globale¹. I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità. L'esposizione alle avversità, sin dalla tenera età, rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire. A seconda del contesto locale alcuni individui e gruppi sociali sono molto più a rischio di altri di soffrire di disturbi mentali. Questi gruppi vulnerabili sono per esempio, ma non necessariamente, i membri delle famiglie che vivono in situazioni di povertà, le persone affette da malattie croniche, i bambini

¹

abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le persone anziane, le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani, i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie. In molte società i disturbi mentali legati all'emarginazione, all'impoverimento, alle violenze e maltrattamenti domestici, all'eccessivo carico di lavoro e allo stress inducono crescente preoccupazione².

Tenuto conto delle indicazioni e conoscenze contenute nelle Linee Guida nazionali e internazionali, fondate sulle migliori evidenze scientifiche, è stato elaborato il presente PDTA, rivolto alle persone con disturbi schizofrenici, in quanto strumento di intervento complesso mirato alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione della assistenza, che mette al centro la persona in tutti i suoi aspetti: individuali, familiari, sociali. Inoltre, è essenziale sottolineare come la salute mentale costituisca un importante fattore economico: una buona salute mentale diffusa nella popolazione contribuisce alla produttività economica ed alla prosperità dell'intera società³.

Nell'elaborare il presente PDTA per pazienti con "Disturbi schizofrenici" si è voluto rappresentare il percorso dell'utente nell'ambito della salute mentale, con la figura di un albero, come simbolo e metafora del processo di crescita della persona relativamente alla salute mentale, ovvero l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario, alla diagnosi e terapia, nonché l'iter organizzativo che si realizza nella realtà delle strutture sanitarie dal momento della presa in carico del paziente. Proprio come avviene in un albero in piena fioritura, l'individuo, principale attore del proprio miglioramento, se adeguatamente stimolato e motivato riscopre capacità e potenzialità individuali lungo un percorso in cui tutti: famiglia, servizi, rete sociale, sono coinvolti nel raggiungimento di obiettivi e risultati per una migliore qualità di vita della persona. In linea con gli obiettivi enunciati nel Piano D'Azione Europeo sulla Salute Mentale, anno 2013 il presente PDTA intende favorire l'azione dei servizi territoriali che non devono solo curare i sintomi dei disturbi mentali, ma essere anche fonte di speranza creando delle opportunità per le persone con problemi di salute mentale e

² *Raccomandazioni Regionali per la Promozione della Salute e del benessere in persone all'esordio psicotico – Regione Emilia Romagna – 2016 Ministero della Salute – Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale.*

³ Kristian Wahlbeck, David McDaid Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis *World Psychiatry* 2012;11:139-145

stimolando, così, il loro recupero (*recovery*). A tal proposito, gli studiosi statunitensi dell'Università del Kansas, nell'ambito della riabilitazione nella Salute Mentale, hanno coniato il termine "GROWING RECOVERY" ovvero "CRESCENTE RIPRESA"⁴ rappresentando tale processo, proprio con l'immagine di un grande albero carico di frutti. Secondo S.A.M.H.S.A. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Dipartimento della Salute e dei Servizi umani degli Stati Uniti d'America), con il termine "RECOVERY" si intende:

"Un processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e benessere, vive in modo "self-directed" (vive una vita autodeterminata) e si impegna a vivere al meglio le proprie potenzialità".

In tale contesto, il significato del termine "RECOVERY" = RIPRESA, può essere inteso anche come:

- * *RECUPERO*
- * *RISTABILIMENTO*
- * *Possibile GUARIGIONE*

Il concetto di "RECOVERY" è pertanto da considerarsi MULTIDIMENSIONALE in quanto può essere declinato in:

"RECOVERY" Clinica, quando l'esito del trattamento comporta: la remissione prolungata dei sintomi diagnosticati e della disabilità misurabile attraverso criteri standardizzati, la riduzione delle ospedalizzazioni e delle recidive, l'aderenza terapeutica;

"RECOVERY" Funzionale, quando il paziente raggiunge: il miglioramento delle funzioni cognitive e socio-lavorative, il coinvolgimento a tempo pieno o parziale in una attività (lavoro o scuola) costruttiva e appropriata all'età, una vita parzialmente o totalmente indipendente dalla famiglia o dai Servizi, per le esigenze quotidiane, buoni rapporti con i familiari, relazioni soddisfacenti con i pari, mantenimento di una rete sociale di conoscenti;

"RECOVERY" Soggettiva o Personale, quando si riscontra: aumento del livello di autostima, di autoefficacia e di autodeterminazione, capacità di scelta, assunzione di responsabilità, riduzione della

⁴ W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

dipendenza dai Servizi, migliore capacità di fronteggiare i sintomi e la disabilità in maniera attiva, partecipazione consapevole al trattamento, accettazione dei propri limiti;

“RECOVERY” Sociale, quando la persona sperimenta e diventa più capace di gestire la propria malattia mentale e/o l’abuso di sostanze e raggiunge una significativa e positiva integrazione sociale (inclusione sociale).

In questa ottica ed ispirati a tali principi, il presente PDTA è stato sinteticamente rappresentato con l’immagine del “ RECOVERY TREE” ovvero “L’ALBERO della RIPRESA”, così come di seguito raffigurato.



Fig. 1: Recovery Tree. Rappresentazione grafica degli attori coinvolti nel percorso assistenziale, tipologia degli strumenti impiegabili e risultati attesi.

PREMESSA

La Schizofrenia rappresenta da sempre una delle più grandi sfide della psichiatria. La sua grande eterogeneità clinica riflette probabilmente la complessità dei meccanismi neurobiologici e psicopatologici sottostanti, tale da rendere difficile individuare con chiarezza i motivi che la determinano. La maggior parte degli esperti ritiene che la schizofrenia non abbia una causa unica, ma che dipenda da molti fattori. In particolare si pensa a una componente genetica, ma anche a traumi al momento del parto che possono creare nel soggetto una sorta di predisposizione a sviluppare la malattia se nell'arco della vita viene sottoposto a particolari situazioni di stress. Cioè a situazioni che richiedono un aumento di capacità cognitive e relazionali al limite delle sue possibilità di sopportazione. È una malattia che compromette seriamente la sfera emotiva, le relazioni sociali e la percezione di sé di chi ne è colpito; chi ne soffre, infatti, spesso non riesce a distinguere la realtà dall'immaginazione e perde il contatto con il mondo che lo circonda isolandosi in una sua dimensione. La schizofrenia può essere considerata il disturbo mentale più grave e invalidante per diverse ragioni: per la disabilità che comporta, per lo stigma che colpisce chi ne è affetto, per la capacità di limitare le relazioni sociali e lo svolgimento delle normali attività quotidiane, per le difficoltà talora enormi che pone alle famiglie dei pazienti ed ai servizi assistenziali. Secondo dati dell'OMS⁵ sono circa 24 milioni le persone che nel mondo soffrono di schizofrenia a qualunque livello. La malattia si manifesta di solito tra i 18 ed i 28 anni. L'esordio può avvenire anche all'improvviso, oppure può essere preceduto da un periodo in cui la persona si chiude in se stessa, appare sempre meno interessata al mondo circostante, lascia senza motivo amici e relazioni sentimentali, perde il lavoro o interrompe la scuola. In Italia vi sono circa 245.000 persone che soffrono di questo disturbo. Coloro che si ammalano appartengono a tutte le classi sociali. Ha una diffusione (prevalenza) stimata intorno al 4 per mille ed è presente tanto nei paesi e nelle aree più industrializzate quanto nei paesi in via di sviluppo e nelle zone rurali, senza distinzione di classe sociale. Non si può quindi parlare di un disturbo causato dall'emarginazione o dal disagio sociale.

⁵ Istituto Superiore Sanità – ISS salute 2018 –Epicentro- Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale – 2018)

SINTOMI – I disturbi causati dalla schizofrenia, in genere, sono suddivisi in: positivi, quando sono manifestazioni nuove e anomale del comportamento; negativi, quando consistono nella perdita di capacità presenti prima della comparsa della malattia. I sintomi positivi della schizofrenia comprendono:

**allucinazioni*, possono manifestarsi coinvolgendo diverse modalità sensoriali e possono riguardare l'udito, la vista, l'olfatto, il gusto, il tatto. A verificarsi con più frequenza sono quelle uditive: voci che dialogano tra di loro o commentano le azioni della persona;

**deliri*, convinzioni che permangono malgrado le prove della loro mancanza di fondamento. I più frequenti sono quelli di persecuzione, di grandezza, di aver sviluppato la capacità di lettura del pensiero. Altri sintomi che possono essere inseriti tra i positivi includono:

** incapacità di organizzare il proprio pensiero in maniera logica,*

** comportamento bizzarro e disorganizzato*, le persone malate di schizofrenia possono comportarsi in modo poco adeguato o diventare estremamente agitate per motivi non apparenti.

I sintomi negativi della schizofrenia, di solito, appaiono alcuni anni prima che si manifesti il primo esordio acuto della malattia. Di regola, questi disturbi appaiono in maniera graduale e peggiorano lentamente e possono comprendere:

**apatia*, in molti casi è necessario stimolare le persone malate ad eseguire attività anche semplici come, ad esempio, curare l'igiene personale,

** appiattimento emotivo*

** impoverimento del linguaggio*

** incapacità di prendere decisioni*

** difficoltà a mantenere la concentrazione*

** mancata interazione con l'interlocutore*

I disturbi negativi sono più difficili da identificare perché hanno un'evoluzione lenta e graduale e possono essere confusi con una normale crisi adolescenziale.

Le CAUSE della schizofrenia sono tutt'ora incerte. La maggior parte degli esperti ritiene che non abbia causa unica ma sia, invece, il frutto di un certo numero di fattori in combinazione tra loro. Negli ultimi anni, le ricerche si sono indirizzate su diversi elementi come possibili cause genetiche, alterazioni di processi biochimici dell'organismo, infezioni virali, alterazioni dello sviluppo del cervello nel feto o complicazioni del parto. Tutti questi elementi potrebbero costituire la base biologica di una specie di predisposizione individuale a sviluppare la malattia. Ma si ipotizza che anche eventi traumatici possano avere un ruolo nella comparsa della malattia nelle persone predisposte, come:

* *situazioni di stress marcato* (ad esempio, un lutto, la perdita del lavoro, un divorzio, un abuso). Il ruolo dello stress viene evidenziato anche dal fatto che nel DSM 5 compare per la prima volta la diagnosi di "psicosi reattiva breve".

* *utilizzo massiccio di alcune droghe*, in particolare alcuni tipi di cannabis, cocaina, LSD o anfetamine. Sebbene oggi sia opinione diffusa che una diagnosi precoce della malattia consenta di migliorarne la prognosi, mancano indicazioni precise per l'attuazione di interventi mirati, ovvero programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio di schizofrenia. Proprio in riferimento agli esordi precoci di schizofrenia, nelle citate "Linee di indirizzo Nazionale per la Salute Mentale del Ministero della Salute"⁶, viene evidenziata la necessità per i Dipartimenti di Salute Mentale di integrarsi con le U.O. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, tenuto conto delle esigenze di tempestività dei trattamenti, continuità terapeutica e sinergia tecnico-professionale. Nell'ambito dei disturbi che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza, con il diminuire della natalità e con il miglioramento delle condizioni generali di salute delle gestanti e delle cure perinatali, si è ridotta la componente di grave disabilità neuromotoria e sensoriale, ma il disagio giovanile e la psicopatologia adolescenziale, si manifesta sempre più, sotto forma di disturbi della condotta che possono evolvere in disturbi della personalità e/o dipendenze patologiche. Infatti, in tutta Europa ed anche in Italia, l'uso, l'abuso e la dipendenza sono stati in costante crescita negli ultimi trenta anni. E' un fenomeno che presenta importanti interazioni con la salute mentale della popolazione per almeno quattro motivi:

⁶ 2010 Linee di indirizzo Nazionale per la Salute Mentale del Ministero della Salute"

✓ la diffusione delle sostanze produce maggiore vulnerabilità generale nelle popolazioni e condizioni di compromissione del benessere e della salute mentale degli individui;

✓ diversi studi dimostrano che l'uso di sostanze d'abuso tra i giovani è il più forte fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali di diversa gravità e durata;

✓ l'uso, l'abuso e la dipendenza producono, in una quota significativa di persone, complicanze temporanee o permanenti di tipo psichiatrico che richiedono competenze e trattamenti specifici ed integrati;

✓ le persone che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di abuso o dipendenza da sostanze e la compresenza nella stessa persona di disturbi mentali e dipendenze, peggiora notevolmente il decorso clinico e psicosociale.

Per tutte queste ragioni una puntualizzazione strategica sui livelli di collaborazione e coordinamento tra interventi di salute mentale, di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e dipendenze patologiche non è più rinviabile, partendo da esperienze regionali o locali che sul piano professionale ed organizzativo hanno già affrontato il problema. In tale contesto, nel Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) approvato dalla Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 24 Gennaio 2013, viene proposta una riorganizzazione dei Servizi di Salute Mentale, basata sulla centralità del paziente e "la presa in carico" e la "continuità assistenziale", funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per Progetti di intervento specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura; ciò implica un approccio sistemico da parte delle equipe, rispetto a modalità di lavoro segmentale.

In risposta alle normative di cui sopra e in previsione della completa attuazione del Nuovo Atto Aziendale, approvato con DCA n° U004496/17 del 28/11/2017, in cui per il Dipartimento di Salute Mentale, è stata prevista una riorganizzazione, in funzione dell'assegnazione dei Servizi di NPIA (Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza) e dei Ser.D. (Servizi per le Dipendenze Patologiche), si è ravvisata la necessità di adottare un modello clinico organizzativo ed operativo per governare i percorsi assistenziali, intesi come macroprocessi dinamici, volti all'intera gestione di determinati problemi di salute delle persone⁷ e caratterizzati da un complesso approccio multidisciplinare e multi

⁷ (1)Morosini P., Di Stanislao F., Casati G., Panella M., (2005) *Qualità professionale e Percorsi Assistenziali Manuali di Formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale*, Quarta Edizione, Roma-Ancona; Legge 23 Dicembre 1996 n.662 – "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica".

professionale che inizia dal primo contatto del paziente con la realtà sanitaria fino al follow-up. Si intende realizzare una modalità organizzativa che permette il superamento della frammentazione dei Servizi, individuando e realizzando una rete orientata a favorire la presa in carico totale dei pazienti con disturbo schizofrenico, da qualsiasi servizio essi accedano. Adottando il modello di gestione integrata, vengono presi in considerazione gli interventi di tutti i diversi attori della rete dei servizi, non solo sanitari, ma anche sociali e socio-sanitari, con cui l'utente e la sua famiglia si interfacciano durante tutto il percorso di cura. Un ruolo di primaria importanza è quello del MMG e/o PLS; infatti, nell'ambito della costruzione del percorso di cura, fattore imprescindibile è la condivisione con chi, da subito si prende cura del paziente, figure chiave nel processo di presa in carico della persona e, nello specifico del paziente con Disturbo Schizofrenico. Fondamentale è l'integrazione e lo scambio di informazioni con gli altri professionisti, finalizzati alla continuità della cura ed all'approfondimento delle conoscenze dello stato di salute del paziente.

In tale prospettiva, sono state prese in considerazione:

- ✓ la necessità di adempiere alle disposizioni normative⁸, nell'ambito delle quali i percorsi si connotano come strumenti di gestione per processi che il SSN ha messo in campo per perseguire sistematicamente la migliore qualità dei servizi sanitari, attraverso la riduzione della variabilità ed eterogeneità delle prestazioni, oltre alla standardizzazione dei processi, sia di tipo clinico che organizzativo;
- ✓ la possibilità di attingere elementi informativi sulle modalità di sviluppo dell'assistenza, consentendo la misurazione, il monitoraggio di determinati standard di qualità, la valutazione periodica degli scostamenti delle prassi e dei risultati rispetto al modello atteso, lo svolgimento dell'Audit e la valutazione delle performance;
- ✓ la spinta crescente dei professionisti sanitari in merito alla necessità di adottare modalità operative condivise, coordinate, integrate e confrontabili a partire dagli interventi preventivi fino a quelli

⁸ Legge 23 Dicembre 1996 n.662 – “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.

diagnostico-terapeutici e assistenziali, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM).

Nel momento in cui si vuole dare l'avvio e rendere operativo un percorso assistenziale, ci si rende subito conto di dover affrontare una serie di passaggi complessi, a partire dalla chiarezza e condivisione della terminologia da adottare. A tal proposito, secondo l'European Pathway Association⁹ il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) può essere definito come *“una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito”*.

Secondo tale impostazione, il percorso assistenziale si caratterizza per i seguenti aspetti:

1. una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, migliori prassi e aspettative dei pazienti, sempre più informati e attenti alla propria salute;
2. la facilitazione della comunicazione, del coordinamento dei ruoli e dell'attuazione consequenziale delle attività dei team multidisciplinari per l'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie;
3. l'identificazione delle risorse appropriate;
4. la valutazione degli esiti (*outcome*), intermedi e definitivi;
5. la documentazione, il monitoraggio e la valutazione della performance.

1. RILEVANZA EPIDEMIOLOGICA

Tra i Disturbi schizofrenici quelli compresi nelle classificazioni ICD9: 295.X – 297.X – 298.1 e ICD10: F20 – F21 – F22, rappresentano un importante problema di salute pubblica. I dati del Progetto Global Burden of Disease 2010 relativi all'Italia, indicano che i disturbi schizofrenici rappresentano lo 0,8% del totale del carico che le malattie ed i fattori di rischio hanno sulla salute della popolazione italiana. Questa percentuale varia in misura notevole tra le fasce di età, passando

⁹ M. Panella, (2010), *I Percorsi assistenziali: attualità e prospettive di sviluppo*. QA 2010 – Volume 20 n.2: pp.80-2 su www.e-p-a.org.

dallo 0,7% nella fascia 20-24 anni al 2,4% in quella 35-39 anni. Misurando la disabilità in termini di YLDs ovvero, anni vissuti con disabilità, i disturbi schizofrenici si situano al 18° posto e rappresentano 1,6% del totale, anche qui con importanti variazioni tra le fasce di età, passando dal 0,9% della fascia 20-24 anni al 3,1% della fascia 40-44 anni. In sintesi i disturbi schizofrenici rappresentano un problema significativo di salute pubblica, soprattutto per la disabilità che generano durante l'età adulta. Nel "Rapporto sull'Attività dei CSM e degli Ambulatori nel Lazio" Anno 2016 si evidenzia che il numero di persone prevalenti per genere ed età che si sono rivolte ai CSM corrispondono a: **N° 36.520 Donne e N° 29.414 Uomini per un Totale di N° 65.934 persone di età compresa tra meno di 25 anni e più di 65 anni.**

La patologia presa in considerazione è associata ad una elevata disabilità e ad un alto impatto sui servizi di salute mentale, riducendo fino a 15-20 anni l'aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale¹⁰.

2 CONTESTO ORGANIZZATIVO E ASSISTENZIALE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, anche in condizioni particolari di restrizione della libertà personale, secondo atti motivati dall'Autorità Giudiziaria, orientando gli interventi alla personalizzazione dell'assistenza e secondo una logica di psichiatria e di psicologia di comunità sul territorio di pertinenza. Il DSM si configura come il riferimento aziendale ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si colloca nell'organizzazione della ASL in modo integrato e coerente con le altre varie articolazioni strutturali e funzionali, in cui garantisce la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone con bisogni di salute mentale. Attraverso le relative strutture, detto Dipartimento garantisce le funzioni previste dalla normativa vigente (D.P.R. 10.11.1999), ivi comprese: il controllo dei ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidimensionale (UVM); la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche anche in ambito detentivo; i percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per i pazienti provenienti dagli OPG; la promozione e la gestione di alloggi comunitari. All'interno del

¹⁰ Living with schizophrenia world mental health day 2014

Dipartimento sono inseriti i Servizi per la Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età infantile ed evolutiva (NPIA), che svolgono le loro funzioni in collaborazione e con le strutture territoriali e il Servizio per le dipendenze patologiche (sostanze stupefacenti, alcool, tabagismo, ludopatie, etc.). Il Direttore del Dipartimento coordina la rete complessiva dei servizi territoriali e ospedalieri, pubblici e privati accreditati dell'assistenza per la salute mentale, che insistono sul territorio aziendale e gestisce la quota del budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Di recente, con l'adozione del Nuovo Atto Aziendale in vigore dal 01.06.18¹¹ che disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, si è assistito ad una rimodulazione del Dipartimento di Salute Mentale passando da un assetto originario, caratterizzato da strutture articolate su base distrettuale, ad un nuovo modello organizzativo secondo una ridefinizione della rete dei servizi, in modo tale da migliorare l'offerta di interventi integrati e coordinati, con particolare attenzione alla gestione delle fasi acute delle patologie e alla riabilitazione del paziente minore ed adulto, anche in condizioni di comorbidità. In tale ambito, assume un'importanza strategica l'incremento delle competenze professionali degli operatori attraverso la formazione continua, per far fronte a tutte le patologie psichiatriche, anche per quanto relativo al recupero delle persone affette da dipendenze patologiche. Di seguito viene riportato lo schema del nuovo assetto organizzativo.

¹¹ Deliberazione del Commissario Straordinario n. 706 del 30/10/2017 di adozione del Nuovo Atto Aziendale – ASL Latina

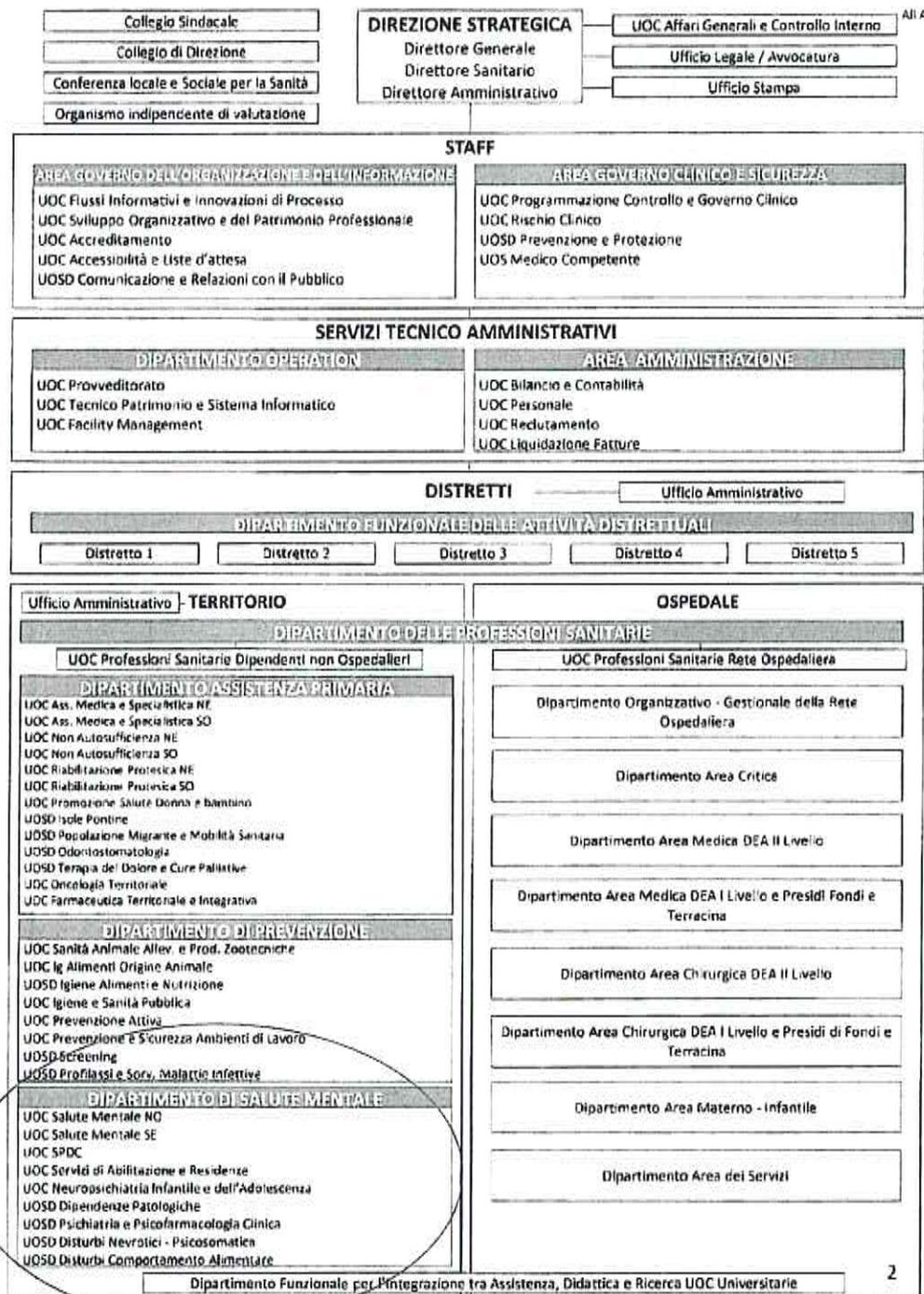


Fig. 2 Organigramma Atto Aziendale Deliberazione del Commissario Straordinario n. 706 del 30/10/2017 di adozione del Nuovo Atto Aziendale – ASL Latina

Secondo l'impostazione del nuovo assetto organizzativo, si prevede la riduzione di due UOC Salute Mentale e l'attivazione di una UOC dedicata alla gestione dei reparti SPDC di Latina e Formia, di una ulteriore UOC specifica per i servizi di abilitazione e residenzialità; mentre per quanto riguarda i Servizi per le Dipendenze, è stata istituita la UOSD Dipendenze Patologiche. Detto nuovo modello del DSM è può essere rappresentato come da grafico che segue:



Fig. 3 – Rappresentazione grafica dell' assetto organizzativo DSM - ASL Latina. Fonte: Atto Aziendale 2017. NE: area geografica Nord-Est dell'Azienda comprendente i Distretti 1, 2 e 3; SO: area geografica Sud-Ovest dell'Azienda comprendente i Distretti 4 e 5.

Proposta di modifica dell'Atto Aziendale:

- disattivazione UOSD di Disturbi Comportamenti Alimentari a direzione Universitaria, le cui funzioni confluiranno all'interno delle UOC CSM SE e NO;
- potenziamento della Struttura Dipendenze Patologiche da UOSD in UOC.

Per quanto attiene al contesto assistenziale, dai dati aziendali si evince che, nell'anno 2017, sono stati presi in carico ai CSM della ASL Latina n° 1.232 soggetti con Disturbi schizofrenici, mentre i ricoveri in SPDC sono stati 434, n° 31 pazienti provenienti da altre Province e n°42 i ricoveri in TSO. I suddetti dati vengono rappresentati nelle seguenti tabelle:

ANNO 2017		
n. pazienti		Setting di presa in carico con necessità di ricovero in Ospedale
n° 1.232 con disturbo Schizofrenico	n° 434	Ricoverati in SPDC
	n° 31	Ricoverati in SPDC provenienti da altre Province
	n° 42	Ricoverati in SPDC - regime di TSO
	n° 725	Setting di presa in carico CSM Distretti

Tab. 1 – Fonte: dati aziendali - SIO.

In particolare, la provenienza distrettuale dei pazienti ricoverati in SPDC è di seguito riportata in tabella:

ANNO 2017	
N° Pz. ricoverati in SPDC	Distretto di provenienza
86	D 1
115	D 2
23	D 3
80	D 4
130	D 5

Tab. 2 – Fonte dati aziendali - SIO.

Quanto sopra, in oggettive condizioni di criticità riconducibili alla presenza di un unico reparto SPDC presente solo presso l'ospedale "Dono Svizzero" di Formia, a seguito della chiusura del SPDC di

Latina¹². Per quanto riguarda i dati della Neuropsichiatria Infantile della ASL Latina è da rilevare che, nella provincia di Latina, su una popolazione di età compresa tra 1 e 19 anni, pari a N° 80.776, la prevalenza dei disturbi psichici è in media del 7% ed il n° dei minori con gravi psicopatologie, come Disturbi psicotici, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Fobie e Disturbi del Comportamento, risultano essere stati n° 111 nel 2016¹³. A tutt'oggi la qualità della cura nel trattamento dei pazienti con disturbo schizofrenico risulta non essere omogenea nei vari Servizi, così come emerge, sia dalla letteratura internazionale che da dati nazionali. Inoltre non sempre è facilitata l'accessibilità ai CSM di pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio, che necessitano di continuità della cura integrata tra CSM, Servizi di NPIA, Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerD.), MMG Medici di Medicina Generale ed altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria. Per quanto riguarda l'esordio psicotico, *Le Raccomandazioni Regionali dell'Emilia Romagna*, evidenziano che l'età media di comparsa del disturbo è compresa tra i 15 ed i 35 anni; nel sesso femminile l'esordio della malattia si manifesta di solito con un ritardo medio di 3-4 anni rispetto al sesso maschile; i tassi di prevalenza nella vita sono però sostanzialmente simili nei due sessi, così come tra aree urbane, rurali e miste. Oltre ad un'età di esordio più precoce, nei maschi il disturbo tende anche a presentare un decorso più grave, con maggiori sintomi negativi, minore probabilità di guarigione ed un esito complessivamente peggiore. In riferimento agli Esordi psicotici precoci in età evolutiva nei servizi NPIA è da evidenziare che, ad oggi è carente il sistema informatico per la rilevazione di dati epidemiologici esaustivi. Pertanto, si è provveduto alla ricognizione dei dati, sollecitando gli operatori dei Servizi ad aprire le cartelle cliniche e ad escludere le diagnosi diverse da quella dell'esordio psicotico precoce. E' stato evidenziato che nei Servizi di NPIA della ASL Latina, nell'anno 2016, risultano essere stati trattati n° 48 minori con esordio psicotico precoce. Inoltre, sempre nell'anno 2016 sono stati presi in carico n° 16 nuovi casi (età media 14 anni) con esordio psicotico ed n° 1 con diagnosi di Schizofrenia, mentre nell'anno 2017 sono stati presi in carico n° 27 nuovi casi (età media 15 anni) con esordio psicotico e n° 2 con diagnosi di Schizofrenia. E' da considerare che il 25% dei

¹² *Disposizione transitoria della Regione Lazio n°334527 del 11/06/2014 avente ad oggetto "disposizione transitoria d'urgenza – chiusura SPDC di Latina e turnazione SPDC del Lazio per accogliere pz. di Latina qualora avessero avuto necessità di ricovero.*

¹³ *Fonte: Flussi Informativi della ASL- Latina*

minori trattati per l'esordio psicotico precoce, era già conosciuto ai Servizi per altri disturbi: DSA, Disturbo del Comportamento Alimentare, disabilità intellettiva lieve.

Nell'anno 2017, i dati provenienti dal Sistema Informatico Aziendale, hanno evidenziato che su n. 37 accessi in Pronto Soccorso, in emergenza psichiatrica, di pazienti minori (età compresa tra 12 e 17 anni), n. 13 sono stati riconducibili a diagnosi di psicosi, come rappresentato nella tabella che segue:

Anno 2017	
N° Accessi in PS pz minori con diagnosi di PSICOSI (età compresa tra 12 e 17 anni)	
P.S. Latina	11
P.S. Terracina	1
P.S. Fondi	0
P.S. Formia	1
Tot.	13

Tab. 3 – Fonte: dati aziendali - SIO.

Uno dei problemi clinici e sociali più importanti che sta emergendo negli ultimi anni riguarda l'aumento dei disturbi nella sfera della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, con un aumento esponenziale dei disturbi della condotta e dei disturbi di personalità accompagnati o associati all'uso di alcol o sostanze stupefacenti. Il fenomeno sta acquistando dimensioni tanto rilevanti da rendere opportuno rintracciarne, dal punto di vista epidemiologico, i contorni e l'entità nella Regione Lazio e nello specifico nel territorio della ASL LATINA. Per i ricoveri di minori con Psicopatologia e/o Abuso di sostanze, i principali dati epidemiologici di riferimento che vengono di seguito presentati, provengono da uno studio effettuato nell'anno 2013, dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio attraverso i dati del Sistema Informatico Ospedaliero (SIO). Nel Lazio nell'anno 2013 hanno avuto luogo 84 dimissioni di minori (età ≤ 17 anni) in regime ordinario da reparti psichiatrici pubblici. Queste hanno incluso 54 soggetti, con età=17 anni e 30 con età=16 anni. Di queste 84 dimissioni, 44 hanno avuto luogo in SPDC (strutture che di norma dovrebbero ricoverare esclusivamente soggetti maggiorenni), 15 in Reparti Psichiatrici Universitari e 25 nelle ex Case di

Cura Neuropsichiatriche. Mentre, sempre nella Regione Lazio, le dimissioni di minori in regime ordinario da tutti i reparti (non solo psichiatrici) che hanno avuto luogo nel 2013, sono state in totale n° 1.212. Il Reparto di dimissione più utilizzato è stato quello di Neuropsichiatria Infantile con N° 569 pari al 46,9%. La “Classe di Diagnosi principale” vede al primo posto 617 dimissioni con diagnosi riferibili a “Nevrosi”(50,9%), 271 riferibili all’area delle “Psicosi”(22,4%) e 34 inquadrati come “Dipendenze” (2,8%). Delle 34 dimissioni che hanno avuto come diagnosi principale “Dipendenze”, 31 dimissioni hanno riguardato la fascia di età 14-17 anni, con la maggior parte dei ricoveri nel reparto di Pediatria. A queste si aggiungono 26 dimissioni che hanno ricevuto come diagnosi secondaria quella di dipendenze. La seguente Tabella, riporta le Dimissioni nel 2013 di minori in regime ordinario per classe diagnosi principale e diagnosi secondaria di Dipendenze:

Anno 2013			
Dimissioni Regione Lazio pz minori			
Classe di diagnosi principale	Diagnosi Secondaria DIPENDENZE - N°	Diagnosi Secondaria DIPENDENZE - %	TOTALE
Psicosi organiche			11
Schizofrenie/stati paranoidei			20
Psicosi affettive			82
Altre Psicosi	2	1,3	158
Disturbi di Personalità	8	15,7	51
Dipendenze	3	8,8	34
Nevrosi	3	0,5	616
Anoressia nervosa, Bulimia			89
Oligofrenie			149
Diagnosi non psichiatriche	12	0	108.483
TOTALE	28	0	109.695

Tab. n. 4 – Fonte: DCA 22.12.17 n. U00451.

La seguente Tabella riporta le Dimissioni nel 2013 di minori in regime ordinario, con diagnosi secondaria di Dipendenze suddivise per classi di età:

Anno 2013			
Dimissioni Regione Lazio pz minori			
Classe di diagnosi principale	Diagnosi Secondaria DIPENDENZE – 1-5 anni	Diagnosi Secondaria DIPENDENZE – 6-13 anni	Diagnosi Secondaria DIPENDENZE – 14-17 anni
Altre Psicosi			2
Disturbi di Personalità			8
Dipendenze			3
Nevrosi			3
Diagnosi non Psichiatriche	2		10
TOTALE	2		26

Tab. n. 5 – Fonte: DCA 22.12.17 n. U00451.

I dati riportati derivano da una ricognizione effettuata nel 2014 *ad hoc* (con dati riferiti all'anno 2013) presso le Aziende Sanitarie Locali, su richiesta della Regione Lazio. Essi sono da ritenersi quale riferimento di massima, in quanto non tutte le ASL hanno seguito esattamente la stessa metodologia raccomandata (possibile sottostima). Il dato principale che emerge riguarda il numero crescente di minori seguiti anche dai Servizi per le Dipendenze, sia per trattamenti specialistici richiesti: dai familiari, da Prefettura, Tribunali, Servizi Sociali, altri Servizi ASL, sia dalle Istituzioni Scolastiche per consulenza o Programmi di prevenzione ed educazione alla salute. E' inoltre da prendere in considerazione un altro dato, riscontrato nei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) della ASL Latina che, nell'anno 2017 hanno avuto in trattamento N°14 minori, tutti maschi, (fascia di età 14-18 anni), segnalati dalla Prefettura (art. 121 e 75 DPR 309/90), da genitori, dagli Istituti Scolastici, dalla Giustizia Minorile. Dai dati del Dipartimento di Epidemiologia SSR del Lazio, emerge che poco meno di un terzo di coloro che prosegue l'uso di sostanze, si rivolge ai Servizi regionali (Ser.D.) prima dei 19 anni. Appare pertanto centrale riuscire a garantire un'offerta di servizi adeguata ed appropriata per quel 70% di soggetti che accedono tardivamente ai Servizi, nonostante il precoce insorgere di patologia. Da non sottovalutare è il numero di soggetti adulti con "doppia diagnosi" in trattamento presso i Ser.D. fornito dal SIRD; alla data del 31/12/2017 risulta che i Servizi delle Dipendenze Patologiche della ASL Latina hanno avuto in carico una utenza di 2351 soggetti, di cui

n° 490 con disturbi psichiatrici correlati. Negli anni '80 il termine "doppia diagnosi" faceva riferimento alla presenza, nel medesimo soggetto di due diagnosi contestuali, che spesso venivano trattate separatamente ovvero una sola di esse: una diagnosi correlata all'abuso o alla dipendenza da sostanze, l'altra relativa a sindromi psichiatriche tradizionali. Negli ultimi anni, alle sostanze classiche (eroina, cocaina) si sono aggiunte o sostituite nuove formulazioni (ad esempio il crack e le metamfetamine fumabili come lo shaboo), nuove varietà genetiche (lo skunk per la cannabis), nuove molecole (Ketamina, catinoni come il mefedrone e cannabinoidi di sintesi. Molte di queste sostanze producono quadri psichiatrici e somatici acuti. Pertanto, sembrerebbe più appropriato parlare di "disturbi concomitanti ricorrenti" ovvero di quadri clinici che si muovono lungo un continuum tra problematiche psichiatriche e problematiche tossicomane, entrambe scompensate (es: dall'assunzione di alcolici in ambito ricreazionale + ansia fino a situazioni di uso frequente di cannabis + scrozi psicotici). Tutto ciò rende indispensabile una organizzazione dei servizi di diagnosi e di cura per le dipendenze e per la salute mentale, che garantisca una adeguata continuità assistenziale, una presa in carico omogenea e condivisa, un piano di trattamento ad alta specializzazione. I dati relativi all'utenza dei Ser.D. della ASL Latina, di cui sopra, vengono rappresentati nella tabella che segue:

Tipologia Utenza	Ser.D. Aprilia	Ser.D. Latina	Ser.D. Priverno	Ser.D. Terracina	Ser.D. Formia	Totale
Utenti con Dipendenza da sostanze	150	404 compreso carcere Latina	136	300	122	1112
Utenti con Dip. ALCOL	45	108	6	35	12	206
Utenti con GAP	0	0	1	10	13	24
Segnalati dalla Prefettura	135	95	6	87	78	401
Doppia Diagnosi	43	242	65	45	95	490
Inseriti in Comunità	19	10	10	10	2	51
Consulenze in Ospedale	78	81	0	25	37	221
Certificazioni	136	96	45	80	489	848
Utenti con Tabagismo	0	0	0	22	0	22
Misure alternative alla detenzione	17	0	0	10	4	31
Minori	4	2	0	8	0	14
Totale						1503

Tab. n. 6 – Utenza SER.D. Territoriali ASL Latina - Fonte: SIRD – Anno 2017.

Tenuto conto di quanto sopra esplicitato, si rende necessario non solo attivare percorsi assistenziali appropriati, ma anche favorire l'implementazione degli stessi ed il regolare monitoraggio, ponendo in atto azioni migliorative finalizzate alla presa in carico integrata, tra tutti i servizi interessati, della persona e della famiglia, qualora presente. Non meno importante è allo stesso tempo, l'implementazione delle attività e degli interventi di prevenzione del disturbo schizofrenico.

2.1. Sedi di accesso ai servizi e alle prestazioni

Le strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale sono presenti sul territorio della ASL Latina con un'articolazione ospedaliera (SPDC) e distrettuale (postazioni CSM), tale da facilitare l'accessibilità ai servizi ed usufruire delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei livelli di offerta garantiti a livello locale, come rappresentato dalle seguenti tabelle:

STRUTTURA	POSTAZIONE	RESPONSABILE
UOC Salute Mentale NO	Latina – Viale Le Corbusier, n°23 Sc.F Centro Comm.le - Latina –T. 0773/6556505 – F. 0773/6556506	DotL.ssa P. Fioravanti <i>Psichiatra</i>
	Sabaudia via Monte Verde- T. 0773/520890 F.0773/520890	
	Aprilia – Via Giustiniano – T.06/928634051 – F.06/92863456	
	Cisterna- Via Falcone – T. 06/96025092 – F. 06/96025435	
	Sezze (Monti Lepini) – Via S. Bartolomeo, 1 T. 0773/801096 – F. 0773/801097	
	Priverno Ospedale Via Rocchigiana T. 0773/910752 F. 0773/910750	
UOC Salute Mentale SE	Terracina Via Don Orione,1 T. 0773/708931 – F. 0773/708934	
	Fondi Ospedale “San Giovanni di Dio” Via San Magno-Fondi – Orario: 8,00 – 20,00 T. 0771/505290 – F. 0771/505096	
	Formia– Via Largo Sant’Erasmus in Colle T. 0771/779095 – F.0771/779095	
UOC SPDC	Latina – Ospedale “S.M.Goretti”- Latina T. 0773/6553090 – F. 0773/6553087 – H24	
	Formia Ospedale “Dono Svizzero” T. 0771/779090-89 - F. 0771/779085 – H24	

Tab. n. 7– CSM e SPDC Sedi delle strutture e relativi responsabili.



STRUTTURA	POSTAZIONE	RESPONSABILE
UOC NPIA	Latina – Pazzale G. Carturan-T. 0773/ 6553038	Dott.ssa Anna Di Lelio <i>Neuropsichiatra Infantile</i>
	Aprilia via Giustiniano -T. 06/928634021 – F. 06/928634023	
	Cisterna via Falcone-T. 06/96025035 – F. 06/96025035	
	Priverno– Via Madonna delle Grazie, 20 T. 0773/910046 – F. 0773/910033	
	Terracina – Via Don Orione, 1-T. 0773/708903 – F. 0773/708905	
	Fondi – c/o Ospedale “San Giovanni di Dio” Via San Magno-T. 0771/505140-1-2 - F. 0771/505243	
	Formia – c/o Ospedale “Dono Svizzero” – Formia T. 0771/779980 – F. 0771/779716	
	Gaeta Via Amalfi, 3-T. 0771/4531840 – F. 0771/4531066	
	Minturno Via Cadorna, 72 Minturno-T. 0771/6611340 – F. 0771/6611344	
Itri Via Don Morosini – Itri -T. 0771/730620 – F.0771/730621		
UOC Riabilitazione e Residenze	Str. Res. Socio-Riab. “S. Fecitola Via Tor Tre Ponti Latina – T. 0773/6556763 – F. 0773/6556753- Orario: H24	Dott. Lino Carfagna <i>Psichiatra</i>
	Strutture Residenziale Socio-Riabilitative “Maricae ” .“Maricae 2” .“Maricae 3”Via Fontana di Voza – Minturno – T. 0771/6612323 – F. 0771/6612322 Orario: H24	
UOSD SER.D	Aprilia – Via Giustiniano-T. 06/928634053 – F. 06/928634057- Orario:8,00 – 15,30	Dott.ssa Maria Paola Giardino <i>Psicologa</i>
	Latina c/o Ospedale “S.Maria Goretti” – Latina T. 0773/6553018 – F. 0773/6553609- Orario:8/16,30	
	Priverno – Via Torretta Rocchigiana-T. 0773/910818 – F. 0773/910817 Orario: 8,00-15,30	
	Terracina – Via F.lli Bandiera, 15 Terracina T. 0773/708215 – F. 0773/708216 Orario:8,00/17,30	
	Formia – c/o Ospedale “Dono Svizzero” Formia T. 0771/779394 – F. 0771/770265Orario:8,00/15,30	
Ambulatorio disturbi nevrotici psicosomatica	P.O. Fiorini Terracina	Dott.ssa L. Cervelloni
UOSD Psicofarmacologia Clinica Universitaria	P.O. Fiorini Terracina	Prof. G. Bersani

Tab. n. 8– NPIA, SPRT e SER.D Sedi delle strutture e relativi responsabili.

3 OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale consiste nell'attivare un percorso assistenziale appropriato per i soggetti affetti da Disturbi Schizofrenici, *“che mette al centro la persona”*, in una visione olistica multidimensionale, capace di porre in atto azioni migliorative, integrate con i Servizi sanitari e con quelli della rete territoriale, al fine di ridurre al minimo la disabilità, la cronicizzazione e lo stigma, nonché le conseguenze negative sulla qualità di vita del paziente.

3.1 Obiettivi specifici

- 1) Favorire la tempestiva presa in carico del paziente, valutando tutti gli aspetti: fisici, psichici, relazionali nel contesto familiare e sociale, coinvolgendo anche la famiglia o il familiare di riferimento (caregiver), superando il tradizionale approccio di risposta al singolo episodio di cura;
- 2) Garantire la continuità assistenziale al paziente, attraverso il *continuum* di interventi integrati e coordinati in tutte le fasi del percorso, nei i diversi livelli ed ambiti di erogazione delle prestazioni e dei servizi ,
- 3) Trasporre le migliori evidenze nella pratica clinica, ottimizzando l'integrazione tra le strutture organizzative aziendali, con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, favorendo la collaborazione interdisciplinare tra i vari professionisti e tra Territorio ed Ospedale;
- 4) Armonizzare le procedure assistenziali nei Servizi coinvolti;
- 5) Ridefinire le responsabilità in ogni fase del processo;
- 6) Tendere al miglioramento continuo ed incrementale degli standard qualitativi dell'assistenza offerta.

4 TARGET PAZIENTI

Il presente PDTA è rivolto a soggetti (M/F) con diagnosi accertata o sospetta di “DISTURBO SCHIZOFRENICO”.

5. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento trova applicazione in tutti i Servizi della ASL Latina..

6 PREVENZIONE

Una diagnosi identifica una malattia solo quando si conoscono l'eziologia e la psico-fisio-patologia che sono alla base del disturbo. Nel caso della schizofrenia, come per la maggior parte dei disturbi

mentali, la conoscenza degli aspetti eziopatogenetici è ancora lontana da realizzarsi. La presenza o assenza di determinati fattori nella storia di un soggetto schizofrenico, nonché la possibilità di intervenire in momenti diversi dello sviluppo, rendono la ricerca in questo campo un vero e proprio puzzle. Alle volte si ha la sensazione di avere tra le mani un numero notevole di tasselli di questo puzzle, ma non si sa se appartengono allo stesso disegno né tanto meno si conosce il disegno da comporre. A tale metafora ed ai dubbi che lascia irrisolti sembra rispondere Tsuang quando dice: “quando comprenderemo la somma e l’interazione di tutti gli effetti genetici ed ambientali, noi avremo risolto il puzzle della schizofrenia” (M. Tsuang et al. 2001). Per queste motivazioni diventa difficile anche affrontare ed attuare programmi o interventi di prevenzione della schizofrenia proprio perché l’insorgenza della malattia è ritenuta di per sé una condizione imprevedibile e, come per le altre malattie psichiatriche, una predisposizione genetica di base può portare al manifestarsi della patologia in particolari condizioni ambientali. Parliamo di prevenzione primaria quando si previene l’insorgenza della malattia nei pazienti a rischio; a tal riguardo le possibilità sono limitate solo alla consulenza medica e genetica, a partire da una accurata anamnesi individuale e familiare del paziente, che il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in primis, possono effettuare allo scopo di prevedere il rischio di possibile manifestazione della malattia mentale. Un grande ostacolo alla prevenzione primaria è la difficoltà di meglio individuare i cosiddetti **sintomi prodromici o sintomi di base** (spesso negati dagli stessi famigliari), caratterizzati soprattutto dalla presenza di sottili disturbi auto percepiti, relativi a varie aree di funzionamento, soprattutto quella cognitiva ed interpersonale¹⁴. Il rilevamento di tali sintomi non avviene solo attraverso l’evidenza di segni comportamentali, ma può essere effettuato anche dal paziente stesso, ancora capace di auto-osservazione; per tale scopo sono state sviluppate delle scale cliniche, tra cui la BSABS e l’FBF (quest’ultima compilata dal paziente stesso) sono le più utilizzate in Europa¹⁵. I sintomi di base, quindi, rappresenterebbero la percezione soggettiva della vulnerabilità schizofrenica e risultano

¹⁴ *Teoria dei sintomi base, Gerd Huber e coll. Policlinico Universitario di Bonn, 1983.*

¹⁵ *BSABS Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base, a cura di: Maggini, C., Dalle Lanche, R., edito da ETS Pisa 1992; FBF Questionario dei Sintomi-Base a cura di: Stanghellini G., Ricca, V., Quercioli, L., Cabras, edito da Organizzazioni Speciali, Firenze 1991*

estremamente importanti per la prevenzione della schizofrenia. Parliamo di prevenzione secondaria quando si prevengono le recidive di malattia nei pazienti al primo esordio psicotico. Le Linee Guida nazionali (Sistema Nazionale Linee Guida 2007) suggeriscono una serie di raccomandazioni volte a modificare il decorso della malattia e/o il miglioramento della sua prognosi. Nello specifico raccomandano:

- Interventi precoci e strutturali alla comparsa del primo episodio di schizofrenia;
- Utilizzo di scale di valutazione validate per la diagnosi del paziente al primo episodio di schizofrenia;
- Ricorso a tecniche di imaging per supportare la diagnosi di schizofrenia;
- Ricorso alla terapia con farmaci per ridurre il rischio di cronicizzazione della malattia e di ricadute della stessa. La scelta dei farmaci antipsicotici tipici ed atipici deve essere valutata caso per caso, ponderando il vantaggio di una minor incidenza di effetti extrapiramidali e di un rischio maggiore di effetti metabolici dei neurolettici atipici;
- Attuazione di trattamenti psicoeducativi dedicati al nucleo familiare;
- Attuazione di terapie cognitivo-comportamentale dedicate al paziente;
- Applicazione del regime di Trattamento assertivo di comunità (Assertive Community Treatment, ACT).

Pertanto, il trattamento scelto, se tempestivo ed avviato correttamente, fin dai primi esordi, può rallentare in modo significativo l'ulteriore progressione della malattia mentale. Se il paziente assume regolarmente dosi di farmaci essenziali, la malattia acuta si verificherà meno frequentemente ed i sintomi non saranno così evidenti, anche per evitare i danni irreversibili sul sistema neuronale dendritico-sinaptico-cerebrale.. Il trattamento farmacologico integrato alla psicoterapia favorisce le probabilità di successo, ma è importante anche mantenere uno stile di vita salutare che escluda l'uso di alcol e droghe. Spesso infatti la schizofrenia può presentarsi in comorbilità con altri disturbi; in particolare, l'abuso di sostanze, i disturbi d'ansia e dello spettro depressivo, sono di frequente

riscontro nel paziente schizofrenico, benché frequentemente siano sotto-diagnosticati e di conseguenza non vengono adeguatamente trattati.

Le attività di Prevenzione Secondaria che possono limitare e/o rallentare la progressione della malattia, svolte nell'ambito dei Servizi territoriali riguardano:

- interventi psicosociali integrati;
- addestramento alle abilità sociali;
- rimedio cognitivo;
- psicoeducazione familiare;
- cura di sé;
- adozione di corretti stili di vita;
- reinserimento lavorativo;
- relazioni Lavoro/Scuola;
- sostegno all'autonomia abitativa

Questi interventi combinati alla psicoterapia ed al trattamento farmacologico appropriato e tempestivamente avviato, consentono di modificare il decorso della malattia, in modo da migliorare i risultati e prevenire o ridurre la disabilità causata da questa malattia.

Nell'ambito delle attività di prevenzione primaria per quanto riguarda i comportamenti a rischio negli adolescenti, nella ASL Latina, nell'Anno Scolastico 2017 è stato attuato dai Ser.D., in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, il Programma scolastico denominato "Unplugged". È un programma per la prevenzione di fumo, alcol, droghe e di tutti i comportamenti a rischio, rivolto agli adolescenti di età compresa tra i 12 ed i 14 anni. "Unplugged" è stato elaborato, sperimentato e valutato nell'ambito dello studio multicentrico europeo, EU-Dap (European Drug Addiction Prevention trial) che ha coinvolto sette paesi europei (Belgio, Germania, Spagna, Grecia, Austria, Svezia e Italia) e per la sua validità e provata efficacia è stato adottato e promosso dalla Regione Lazio, attraverso il coinvolgimento delle ASL regionali, tra cui la ASL LATINA. In particolare, nel

2017 sono stati coinvolti n. 18 Istituti Scolastici di Scuola Media Inferiore, presenti nei Comuni della Provincia di Latina, di cui n. 856 sono stati gli studenti che hanno partecipato e n. 120 gli insegnanti che sono stati formati per attuare il relativo progetto nelle proprie classi, nel corso dell'intero anno scolastico. Avendo constatato l'efficacia di questo Programma di prevenzione come contrasto alle dipendenze, ogni anno, dal 2009 si organizzano corsi di formazione rivolti agli insegnanti indicati dai Dirigenti Scolastici. I corsi sono realizzati da personale esperto dei Ser.D. e del Dipartimento di Prevenzione.

7 RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS), proprio per il rapporto di fiducia che si instaura con il paziente adulto o minore, rivestono un ruolo chiave nell'individuazione di un disturbo psicopatologico o del rischio di sviluppare una psicopatologia; inoltre, il MMG e il PLS si configurano come i principali punti di riferimento per i pazienti, le relative famiglie e caregiver, durante tutto lo sviluppo del percorso assistenziale proposto. Dette figure svolgono un primo "*counselling*" appropriato e continuo, formulando la prima ipotesi di sospetto disturbo psicopatologico ed hanno pertanto un ruolo strategico nella diagnosi precoce della psicopatologia. In caso di sospetto di disturbo psicopatologico il MMG o PLS provvede ad indirizzare il proprio assistito presso il Centro di Salute Mentale o di NPI, se minore, più prossimo alla residenza del paziente (vedi tabella n.7) per l'accesso al percorso, come descritto nel capitolo 10

In tutto lo sviluppo del PDTA, il contatto tra MMG/PLS ed il case manager del CSM o del centro di NPI rimane costante per la continua verifica dell'andamento del programma terapeutico attivato (*feedback*), attraverso la condivisione del programma di trattamento previsto in cui viene riportato il nome del case manager e che viene aggiornato ad ogni controllo.

9 APPROCCIO METODOLOGICO

Il diritto dei pazienti alla migliore cura rende l'approccio interprofessionale e multidisciplinare integrato quale migliore garanzia di qualità e di efficienza del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale per i pazienti con Disturbi Schizofrenici la cui diagnosi, trattamento e follow up devono essere pianificati, attuati e continuamente monitorati nell'ambito dell'équipe dei professionisti, in base alla programmazione di attività ed interventi condivisi con riferimento alla medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) e le raccomandazioni della Linee Guida accreditate dalla Comunità Scientifica, ottimizzando le risorse disponibili. Pertanto, si è deciso di fare riferimento all'approccio proposto dal movimento del *Disease Management*¹⁶, come modello di gestione integrata della specifica patologia, attraverso un'assistenza il più possibile omogenea e coordinata e di utilizzare la terminologia di percorso assistenziale, poiché *"la parola assistenziale include anche l'assistenza della persona per la cura di sé e per eventuali disabilità ed il sostegno psicologico e sociale"*. L'équipe costituisce un riferimento importante per il paziente, familiari caregiver, e garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e degli interventi basati sulle migliori evidenze scientifiche, la continuità assistenziale e terapeutica nelle diverse fasi evolutive della patologia. In tale prospettiva, si ritiene che i percorsi possano costituire un utile strumento di gestione a sostegno della *Clinical Governance*, come strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, del raggiungimento e mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale¹⁷. La metodologia prescelta per la progettazione del presente percorso ha richiesto l'impegno del gruppo di lavoro rispetto alla condivisione con i professionisti coinvolti in tutte le seguenti principali attività:

1) *scelta del problema di salute*, rispetto al quale la ASL di Latina si assume l'impegno della presa in carico e della continuità assistenziale delle persone, esplicitando gli aspetti epidemiologici, i criteri di inclusione ed esclusione, i richiami normativi, le prove di efficacia, le Linee Guida, l'impatto

¹⁶ Hunter DJ, Fairfield G. (1997), *Disease Management*, BMJ; 1997

¹⁷ Morosini P., Di Stanislao F., Casati G., Panella M., (2005) *Qualità professionale e Percorsi Assistenziali*, Quarta Edizione, Roma-Ancona.

favorevole sulla risoluzione della patologia, ovvero il miglioramento dello stato di salute del paziente, in base all'interesse scientifico e ai dati di letteratura di riferimento;

2) *rilevazione della situazione attuale*, attraverso la descrizione degli aspetti organizzativi, risorse disponibili, meccanismi operativi, stili di direzione, mappatura dei processi e relativi elementi caratteristici, emersione delle criticità, ricognizione delle competenze e dei S.I. (Sistemi Informativi), individuazione degli indicatori quali-quantitativi di processo e di performance;

3) *diagnosi e confronto rispetto al percorso a cui tendere*, mediante l'analisi degli scostamenti e criticità emerse, attività di benchmarking con altre realtà aziendali, individuazione delle priorità per la riprogettazione dei processi;

4) *ridefinizione dei processi in base all'individuazione dei nuovi obiettivi di riallineamento rispetto ai risultati attesi e all'analisi di fattibilità tecnico-economica-organizzativa*, mappatura dei nuovi processi aziendali, progettazione del piano definitivo con indicatori di monitoraggio e valutazione della performance.

Contestualmente, si è tenuto conto anche dell'impostazione metodologica del ciclo di Deming W.E. (1994) Cambridge University Press, attraverso le Fasi di:

- 1) ANALISI e PIANIFICAZIONE (**PLAN**)
- 2) PROGETTAZIONE (**DO**)
- 3) MONITORAGGIO (**CHECK**)
- 4) GESTIONE DEL CAMBIAMENTO (**ACT**)

Quanto sopra, in una logica di miglioramento continuo ed incrementale della qualità dei servizi e delle prestazioni (MCQ), derivante dal sistematico confronto tra il percorso effettivamente gestito nella realtà aziendale e quello di riferimento a cui tendere. Ciò in base alle conoscenze tecnico-scientifiche e alle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione¹⁸. In tale approccio metodologico, il sistema valutativo è un processo che accompagna costantemente l'operatività di ciascun Servizio. Di seguito viene proposta una rappresentazione grafica delle principali fasi di progettazione del percorso assistenziale, secondo la logica della gestione per processi

¹⁸ Piano Sanitario Regione Emilia Romagna 1999-2001 – Department of Health (DoH), (1998), A first class service.

e del Miglioramento Continuo ed Incrementale della qualità. In particolare, si sottolinea che sin dalla fase di analisi e pianificazione dell'intero processo, l'organizzazione si è posta l'attenzione sulla questione dell'individuazione di appropriati indicatori per le successive fasi di monitoraggio e valutazione della performance.

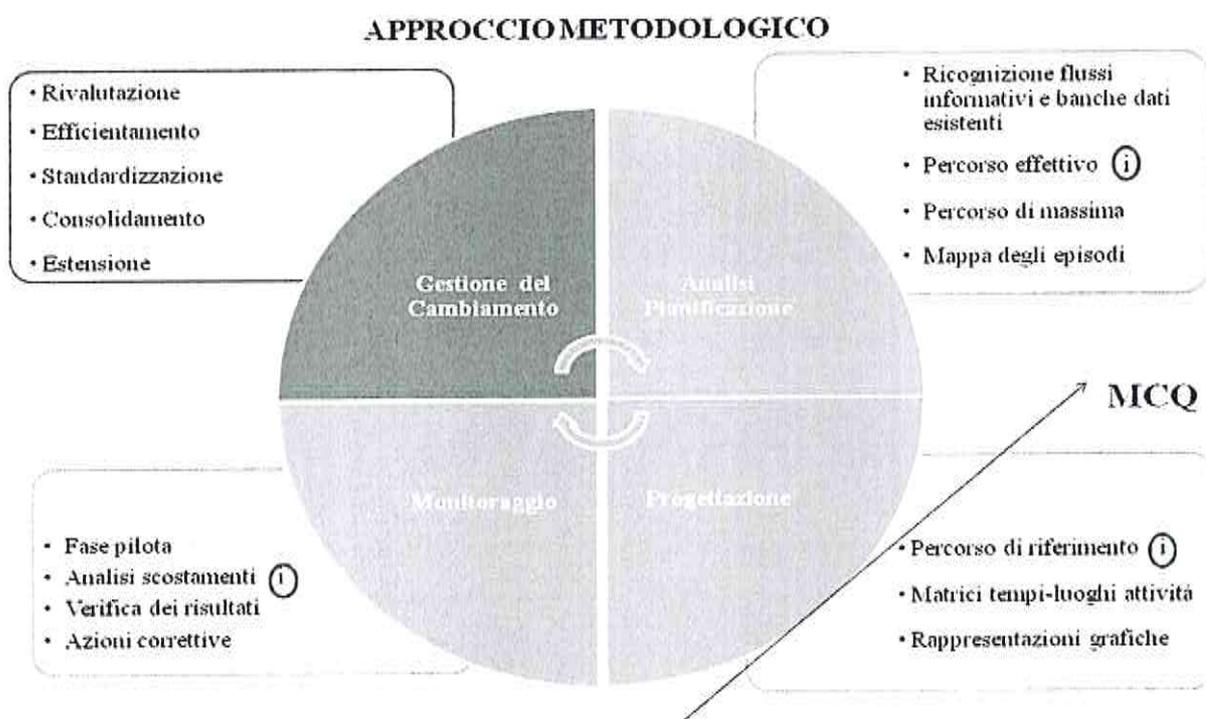


Fig. 4 – Rappresentazione dell'approccio metodologico impiegato per la stesura del percorso assistenziale. (i: indicatori)

A supporto delle attività previste, un ruolo determinante viene attribuito ai Sistemi Informativi e Informatici aziendali per la raccolta ed elaborazione continua dei dati. Occorre quindi predisporre un piano di rilevazione e di acquisizione che assicuri una buona qualità metodologica, completezza e tempestiva disponibilità dei dati, in considerazione del fatto che rilevare le informazioni caratterizzanti, sia prima che dopo l'applicazione del percorso migliorato, permette di documentare e descrivere l'impatto dell'iniziativa intrapresa. La progettazione del percorso assistenziale ha richiesto, pertanto, una serie di attività complesse da svolgersi in sequenza logica e che non può prescindere da passaggi ritenuti fondamentali, dal momento che si propone di gestire in modo

completo una condizione o un determinato problema di salute, attraverso un insieme complesso di processi eterogenei clinici ed assistenziali. Detti processi si differenziano sul piano professionale, organizzativo ed economico, in base ad una progressione temporale e spaziale di attività e comportamenti che le diverse professionalità coinvolte svolgono nelle diverse articolazioni dell'organizzazione. In una logica di gestione per processi, l'obiettivo principale consiste nell'offrire un nuovo modello di assistenza centrato sul paziente, volto alla tempestiva presa in carico e continuità assistenziale, con contestuale garanzia dei migliori livelli di qualità attuabili. Pertanto, nel nuovo modello organizzativo del DSM, di seguito illustrato, (Fig.2) tutti i servizi ivi afferenti operano in modo orientato verso la valorizzazione degli esiti in termini di miglioramento dello stato di salute (*outcome*), mettendo al centro delle azioni la persona, in quanto titolare del diritto alla salute, e pertanto considerato il promotore dell'avvio (del processo) e, al tempo stesso, il destinatario fruitore delle prestazioni e dei servizi. In tal modo la riprogettazione dell'assetto organizzativo e del sistema delle responsabilità prevede un coinvolgimento diretto dei professionisti¹⁹ per consentire il passaggio da una tradizionale, rigida e consolidata logica di gestione per funzioni, ad un'innovativa logica di gestione per processi, con la previsione dello svolgimento sequenziale delle attività, in modo coordinato ed integrato tra loro, ai fini del raggiungimento di determinati risultati e per cui risponde l'organizzazione nella sua interezza. La presa in carico del paziente può avvenire da diverse porte di accesso dei servizi territoriali ed ospedalieri, eccezion fatta per l'inserimento nelle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali, che prevede una specifica procedura presidiata dal CSM. Di seguito viene riportata una descrizione rappresentativa del ruolo centrale del CSM rispetto al nuovo modello organizzativo di presa in carico e continuità assistenziale del presente PDTA.

¹⁹ Casati G., Vichi M., (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Mc Graw Hill Milano

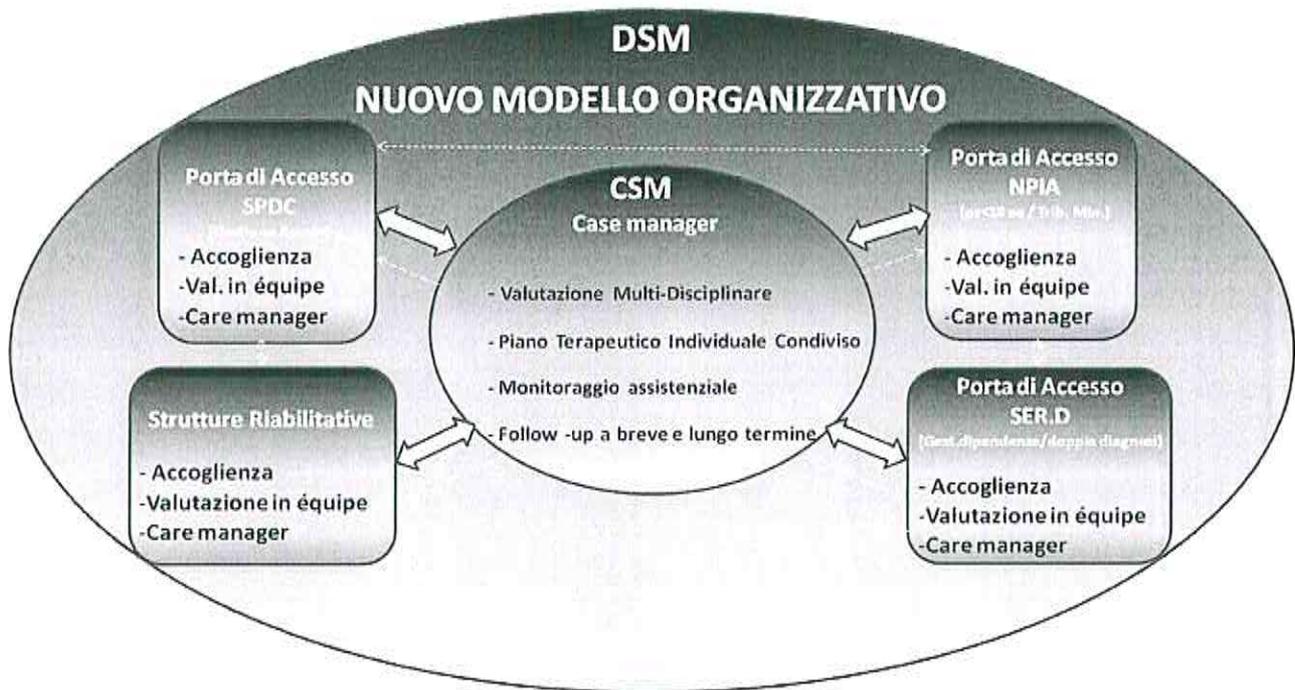


Fig. 5 - Illustrazione Nuovo Modello Organizzativo DSM con le diverse porte di accesso al percorso per il paziente.

Per la definizione del presente PDTA è stato necessario programmare numerosi incontri strutturati con tutti i soggetti coinvolti nel gruppo di lavoro costituito *ad hoc*. Nel corso di dette riunioni, svolte nella sede di Direzione del DSM, sono stati condivisi:

- la metodologia di lavoro, caratterizzata dall'approccio multidisciplinare e interprofessionale;
- il linguaggio tecnico comune;
- gli obiettivi generali e specifici declinati in funzione dei riferimenti normativi, medicina basata su prove di efficacia, delle Linee Guida e delle Buone Pratiche di cura e di assistenza specifiche per la patologia in esame;
- il ragionamento clinico-assistenziale;
- la mappatura dei principali episodi assistenziali nell'ambito di ogni struttura del DSM;
- l'esplicitazione degli snodi decisionali;
- le modalità operative dei professionisti coinvolti;

- le rappresentazioni grafiche.

Inoltre, si è posta l'attenzione sul fatto che anche se le attività si basano sulle più accreditate evidenze scientifiche di efficacia, queste riguardano comunque la media dei soggetti portatori della condizione in esame e possono non valere per i casi specifici; spesso i pazienti possono presentare condizioni multiproblematiche e gli scostamenti possono essere influenzati in modo significativo da altri fattori, come ad esempio la comorbidità, le complicanze, l'adozione di stili di vita differenti, etc.. Ne deriva, tra l'altro, la considerazione che non bisogna cadere nel fraintendimento secondo il quale il percorso debba essere considerato tassativamente prescrittivo e limitativo dell'autonomia dei professionisti coinvolti; anzi, sempre nella logica del miglioramento continuo ed incrementale della qualità dei servizi e delle prestazioni offerte al paziente, il professionista sanitario, nel momento in cui dovesse ritenerlo necessario, per casi specifici, non solo può, ma è tenuto a discostarsi dal programma stabilito, motivandone la decisione nell'apposito modulo di registrazione degli scostamenti al presente percorso assistenziale (allegato 1).

Con la Figura che segue viene rappresentato lo sviluppo del percorso nella sua interezza, le strutture interessate sia in ambito territoriale che ospedaliero in ogni fase che il paziente attraversa durante l'attraversamento del processo assistenziale.

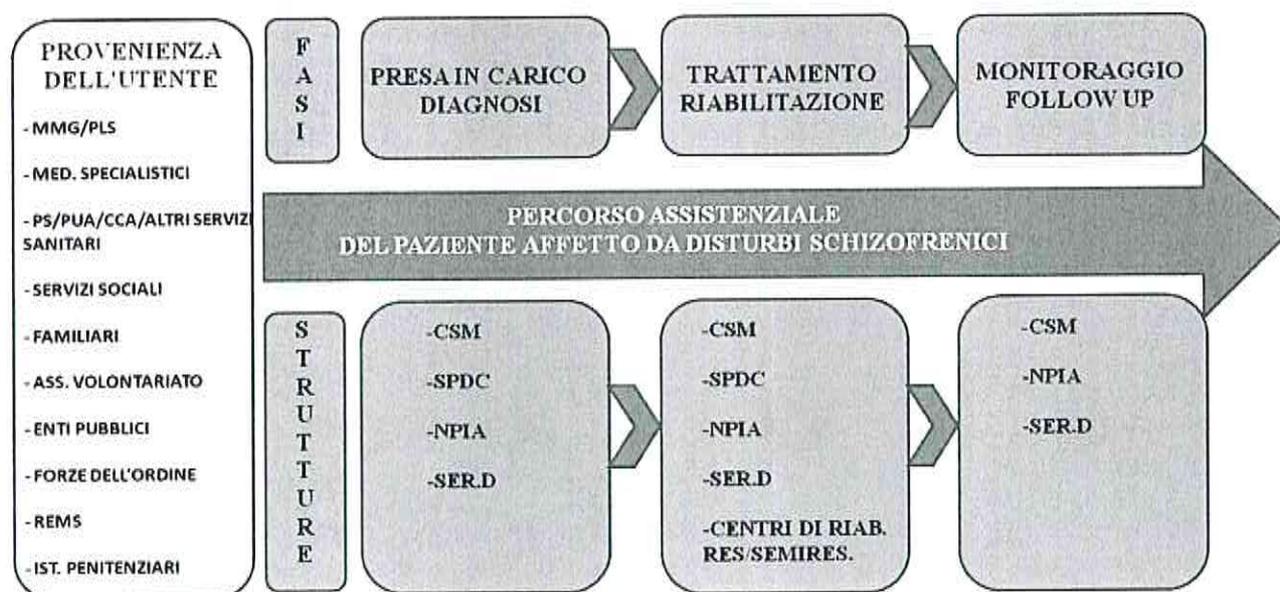


Fig. 6 - Rappresentazione grafica del percorso assistenziale: modalità di provenienza del paziente, fasi del percorso e principali strutture coinvolte.

10 DESCRIZIONE DEL PERCORSO

Il percorso assistenziale per i pazienti con accertata o sospetta diagnosi di “disturbi schizofrenici” viene descritto attraverso la scomposizione delle principali fasi che lo caratterizzano:

- accesso con presa in carico e prima valutazione per l’inquadramento diagnostico;
- trattamento e la riabilitazione;
- monitoraggio del paziente e follow up.

10.1 1° Fase: accoglienza e inquadramento diagnostico

Il paziente con orientamento diagnostico di disturbo schizofrenico può giungere a ciascuna delle Strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale aziendale, “porte di accesso”, secondo diverse modalità, dirette o mediate.

La fase di accoglienza, presa in carico e valutazione prevede le seguenti attività:

1. Accesso Primo contatto con il paziente: analisi e decodifica della richiesta, verifica tessera sanitaria o altro documento, verifica residenza anagrafica, raccolta dati preliminari e compilazione modulistica.

2- Colloquio di presentazione congiunto e prima visita medica: Analisi della domanda del pz. (primo inquadramento della situazione problematica, esame della motivazione e del grado di consapevolezza, analisi e ridefinizione delle aspettative del pz., colloquio con il familiare di riferimento, visita medica con eventuale prescrizione esami specialistici o prescrizione terapia farmacologica, colloquio psicologico e/o sociale.

3- Inquadramento diagnostico per la valutazione del paziente effettuata in équipe multiprofessionale: l'équipe si compone di Medici, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, Terapisti della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, si procede alla definizione della Diagnosi funzionale e del Profilo valutativo. Quanto sopra attraverso: colloqui psicologici e valutazione psicodiagnostica, somministrazione test psicodiagnostici, visita medica, colloqui sociali, osservazione e valutazione infermieristica, approfondimenti ed anamnesi circa la storia personale, familiare e della malattia, valutare la trattabilità del pz., valutare la priorità di trattamento. Per la valutazione del possibile

sospetto di patologia schizofrenica e per l'inquadramento diagnostico, si fa riferimento alla seguente tabella relativa alla Classificazione Internazionale delle Malattie ICD9 e ICD10.

9° Classificazione Internazionale delle Malattie ICD9

295.X (Psicosi Schizofreniche)

297.X (Psicosi paranoidi)

298.1 (altre psicosi non organiche tipo agitato)

10° Classificazione Internazionale delle Malattie ICD10

F20 (Schizofrenia)

F21 (Sindrome Schizotipica)

F22 (Sindromi deliranti persistenti)

295.x (Psicosi Schizofreniche)

I Criteri diagnostici, 2 o più dei seguenti sintomi ciascuno presente per una parte significativa durante un periodo di 1 mese o più:

Deliri, Allucinazioni, Eloquio disorganizzato, Comportamento disorganizzato, Sintomi negativi.

297.x (Psicosi paranoidi)

Criteri diagnostici:

Preoccupazione relativa a uno o più deliri o frequenti allucinazioni persistenti in un periodo di durata di 1 mese.

298.1 (altre psicosi non organiche)

Criteri diagnostici:

Sintomi psicotici, Allucinazioni, Deliri persistenti co periodi di episodi di alterazione dell'umore, non riconducibili ad una condizione medica generale.

F20 (Schizofrenia)

Criteri diagnostici:

2 o più dei seguenti sintomi ciascuno presente per una parte significativa durante un periodo di 1 mese o più: Deliri, Allucinazioni, Eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico, affettività appiattita o inadeguata, sintomi negativi.

F21 (Sindrome Schizotipica)

Criteri diagnostici:

Presenza di sintomi quali l'Eloquio disorganizzato, sintomi negativi come anedonia e incapacità di esprimere emozioni, deliri, allucinazioni della durata di meno di 6 mesi.

F22 (Sindromi deliranti persistenti)

Criteri diagnostici:

Presenza di uno o più deliri con una durata di 1 mese o più, allucinazioni non preminenti, ma correlate al tema delirante, comportamento non chiaramente bizzarro o stravagante, brevi episodi maniacali o depressivi.

Al fine di agevolare la descrizione del profilo valutativo, si indica la seguente griglia di riferimento:

A	Motivo della richiesta, origine della domanda
B	Inquadramento socio-anagrafico attuale, storia personale, familiare, sociale, giudiziaria
C	Aspettative e bisogni del pz. e della famiglia, motivazione al miglioramento
D	Anamnesi clinica, psicopatologica, internistica, ecc.
E	Analisi dei sintomi attuali e valutazione della gravità
F	Profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazionali, auto percezione dei propri problemi, risorse psicologiche
G	Comportamento del pz. nella vita, nel servizio, interazioni con gruppo dei pari e/o con la famiglia, funzionamento globale (personale, sociale), risorse e competenze residue e potenziali
H	Consuetudini, abitudini, stile educazione e modello di apprendimento, condizione abitativa

I	Trattamenti precedenti (anamnesi ed esiti)
J	Risorse familiari ed ambientali; profilo familiare
K	Modalità relazionale con l'équipe curante (alleanza terapeutica)
	IPOTESI DI FUNZIONAMENTO (Sintesi del profilo)

Tab. n. 9 – Griglia per la descrizione del Profilo Valutativo Fonte: Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici – Gestione della procedura: “Patologie da Dipendenze” – D.R.B02807 del 04/07/2013 – Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate ad uso di sostanze (con o senza psicopatologie in atto) DCA del 22.12.2014 n. U00451.

4 Discussione in équipe multiprofessionale per la condivisione del Profilo di cura, individuando gli obiettivi terapeutici ed il conseguente Piano di Trattamento, dopo aver effettuato una analisi multidisciplinare del pz. Il processo di assessment prevede la diagnosi di stato in cui si raccolgono e si valutano le informazioni minime richieste per la strutturazione di progetti terapeutici e la valutazione complessiva strutturata. La valutazione infermieristica è complementare alla diagnosi medica per la strutturazione di un trattamento farmacologico ed è necessaria per la strutturazione di una pianificazione della assistenza infermieristica.

10.2 II° Fase: trattamento

L'équipe multiprofessionale individua gli obiettivi terapeutici ed il conseguente Piano di Trattamento Individuale e valuta la necessità di coinvolgere eventuali componenti della rete integrata, qualora il Piano preveda per il paziente trattamenti erogati da differenti servizi. Attività previste: discussione del caso in équipe, definizione delle modalità di trattamento e del piano di trattamento, definizione degli strumenti terapeutici.

Per la definizione del PTI è necessario individuare le aree problematiche preminenti, definire gli strumenti terapeutici d'intervento, gli obiettivi ed i tempi di realizzazione e i tempi di effettuazione delle verifiche. In questa fase, risulta determinante l'individuazione del case manager nell'ambito dell'équipe. Le attività previste sono:

- definizione delle aree problematiche centrali, in relazione a quanto emerso dal profilo valutativo;
- definizione degli obiettivi con esplicitazione degli esiti;

- definizione dei criteri adottati per la valutazione (indicatori di risultato);
- previsione delle attività da sviluppare;
- individuazione dei professionisti e dei servizi della rete integrata per specifiche attività di trattamento;
- definizione degli strumenti terapeutici di intervento;
- trattamento congiunto, cogestione del pz. tra nodi della rete, se ritenuto necessario;
- integrazione tra servizi allo scopo di cooperare nel Piano di Trattamento;
- restituzione e condivisione dell'esito della valutazione con il pz. attraverso il colloquio con il pz. e/o il familiare di riferimento (caregiver) per discutere gli elementi costitutivi della diagnosi integrata, condivisione degli obiettivi di trattamento, condivisione del piano e dei tempi di trattamento.

Lo sviluppo di un Piano Terapeutico Individuale per un soggetto affetto da schizofrenia richiede che vengano presi in considerazione diversi fattori, inclusi gli aspetti trasversali (ad esempio condizioni cliniche attuali) e longitudinali (ad esempio gravità frequenza, trattamenti ed esiti di episodi pregressi).

Tra gli strumenti di pianificazione efficaci ed efficienti in grado di raccordare tutte le fasi di diagnosi-cura-assistenza-riabilitazione si inserisce il PTI quale strumento di alta personalizzazione dell'assistenza e garantisce oltre ad un elevato contenimento dei costi, anche una maggiore compliance e aderenza da parte del paziente. Può essere definito come un impegno clinico e strumento del programma di cura:

- è contenuto nella documentazione sanitaria del paziente e sottoscritto;
- viene regolarmente aggiornato;
- contiene le motivazioni che hanno reso necessario la presa in carico;
- indica le prestazioni che saranno erogate nell'ambito delle diverse attività (clinica, riabilitativa, di assistenza anche di tipo domiciliare, di intermediazione, di coordinamento);
- presuppone, facilita e stimola il lavoro dell'équipe;
- identifica un ruolo di *case manager*;

Il processo di elaborazione del PTI richiede il coinvolgimento del paziente, dei familiari e care giver attraverso un approccio integrato che includa interventi:

- farmacologici;
- psicoterapeutici;
- psicosociali e riabilitativi;

Detti interventi vengono stabiliti di volta in volta, in base alla risposta e ai progressi del paziente stesso.

Nel caso in cui il paziente si trovi in una situazione di restrizione della libertà personale (es. detenuto in carcere o in REMS, domiciliari o comunità terapeutiche o altra struttura ritenuta idonea), la continuità assistenziale non si interrompe, ma viene garantita dal CSM territorialmente competente, secondo il protocollo stipulato tra DSM e Medicina penitenziaria. In tale contesto, è il personale del CSM che provvede ad adattare le prestazioni e i servizi alle condizioni particolari in cui si presenta l'assistito, con puntuale annotazione alla sezione dedicata del modello del PTI.

In ogni caso, gli obiettivi del trattamento consistono nel:

- ridurre la gravità, la frequenza e le disabilità sociali in esito agli episodi acuti;
- elevare al massimo il grado di funzionamento psicosociale del soggetto negli intervalli tra i vari episodi;

La terapia farmacologia rappresenta una componente fondamentale del trattamento della schizofrenia e viene utilizzata per:

- ottenere la remissione degli episodi acuti
- prevenire le ricadute e migliorare i sintomi nei periodi intercritici

10.2.1 Il trattamento farmacologico nel disturbo schizofrenico

Le migliori evidenze scientifiche contenute nelle raccomandazioni di autorevoli Linee Guida dell'APA (*American Psychiatric Association*), NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) del 2003 aggiornata al 2009, WFSBP (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*), alle quali si ispira la Linea Guida della Regione Lazio – DCA n°U00094 del 17/03/2017, fanno riferimento, in maniera globale: alla riduzione dei sintomi in termini di miglioramento, remissione e potenzialmente

di guarigione clinica; alla riduzione o all'eliminazione delle ricadute; al maggior miglioramento possibile delle capacità di adattamento del paziente; al recupero di una qualità di vita soddisfacente o almeno prossimo a quello della fase premorbosa ed, infine al supporto per i pazienti o per le figure significative che convivono con essi. Il Trattamento farmacologico della schizofrenia consiste nell'uso di farmaci antipsicotici, distinti in antipsicotici di prima e seconda generazione²⁰. Gli antipsicotici di seconda generazione hanno gradualmente sostituito gli antipsicotici tradizionali caratterizzati da una elevata incidenza di effetti indesiderati, in particolare: incremento ponderale, alterazioni dell'assetto lipidico, rischio di diabete ed EPS (Extrapyramidal Syndrome). Le principali finalità dell'intervento farmacologico sono: la remissione dell'episodio in fase acuta, la prevenzione delle ricadute e della cronicizzazione del disturbo. Il decorso cronico ed evolutivo della schizofrenia giustifica la necessità di un trattamento farmacologico continuativo della malattia. Per questa motivazione, sono determinanti gli antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato (LAI) introdotti nella pratica clinica a metà degli anni Sessanta. Si riteneva che il trattamento con antipsicotici a rilascio prolungato per via intramuscolare, potesse rappresentare una scelta strategica per ovviare alla mancata aderenza alla terapia, uno dei principali fattori ostativi dell'efficacia, nella pratica clinica, di questi agenti farmacologici. Inoltre le formulazioni LAI dei farmaci antipsicotici sono state introdotte con l'obiettivo di ottenere una maggiore efficacia nella prevenzione delle ricadute psicotiche garantendo un trattamento farmacologico più stabile e continuativo rispetto alle formulazioni orali. La loro utilizzazione nel trattamento della schizofrenia deriva essenzialmente da due ragioni:

- a) migliorare l'aderenza al trattamento;
- b) migliorare il profilo farmacocinetico.

E' importante tenere presente che l'intervento farmacologico deve essere correlato alla gravità del quadro clinico e non deve essere necessariamente effettuato in regime di ospedalizzazione del paziente. La complessità della schizofrenia comporta la necessità di considerare anche le diverse possibilità di trattamento in ragione della fase clinica del disturbo. La scelta del trattamento

²⁰ G. Muscettola, A. Rossi, S. Scarone – Dipartimento di Neuroscienze, Psichiatria, Università "Federico II" Napoli; Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università L'Aquila; Dipartimento di Medicina, Università di Milano.

farmacologico è prioritaria nella fase acuta della schizofrenia ed indicata come continua e forse anche indefinita qualora la risposta sia insufficiente o ci siano frequenti ricadute nel tempo. La definizione delle fasi cliniche della schizofrenia è invece legata alla fase di malattia del paziente: prodromica – acuta – cronica – difettuale – o alla fase di trattamento: acuto – stabilizzazione – mantenimento – resistenza – trattamento a lungo termine. Spesso la fase acuta può riferirsi all’esordio o a ricadute in fase precoce del disturbo, condizioni che richiedono una stabilizzazione; oppure il trattamento della possibile resistenza può rendersi necessario non solo nella fase acuta, ma anche in quella cronica²¹. Nella fase acuta, il trattamento con antipsicotici è fondamentale e deve essere impostato il più precocemente possibile. La gestione del rifiuto del paziente o la non aderenza, in condizioni di non emergenza, prevede il coinvolgimento dei familiari, una maggiore accuratezza nella prescrizione, interventi specifici come la psicoeducazione, interventi comportamentali o cognitivi e colloqui motivazionali associati ai farmaci antipsicotici LAI.

In sintesi, le principali raccomandazioni delle Linee Guida della Regione Lazio (Decreto 0094 del 2017 del 17.03.17) suggeriscono:

1. Preferire l’uso degli antipsicotici atipici non solo nei pazienti resistenti alla terapia, ma anche nel primo episodio di schizofrenia e in corso di effetti collaterali intollerabili, con i neurolettici;
2. Prescrivere un solo antipsicotico, preferibilmente in un’unica dose giornaliera;
3. Utilizzare la dose minima efficace;
4. Valutare il paziente per un tempo sufficiente prima di aumentare il dosaggio del farmaco;
5. In assenza di miglioramento clinico in pazienti che ricevono alti dosaggi, considerare il trattamento con clozapina;

²¹ Società Italiana di Farmacologia “Antipsicotici iniettabili a lunga durata d’azione nel Trattamento della Schizofrenia”, Dipartimento Medicina Clinica Sperimentale – Università di Messina ; Dipartimento Scienze del Farmaco – Università del Piemonte, Novara; Dipartimento di Neuroscienze, Psichiatria – Università “Federico II” Napoli.

6. Non utilizzare gli antipsicotici come sedativi al bisogno, ma utilizzare nei casi che lo richiedono, brevi cicli di benzodiazepine o farmaci sedativi;
7. Incoraggiare il dialogo con il paziente riguardo l'accettabilità del trattamento farmacologico;
8. Considerare gli antipsicotici atipici come indispensabili per prevenire il rischio di ricadute nei 5 anni successivi alla remissione sintomatologica.

A tale scopo il trattamento della schizofrenia si articola in tre fasi fondamentali :

- una fase acuta
- una fase di stabilizzazione
- una fase di mantenimento

In genere la terapia farmacologia, una volta raggiunta la stabilizzazione, dovrebbe protrarsi per almeno 5 anni nei pazienti con una storia multi-episodica e in qualche caso indefinitamente, soprattutto in caso di familiarità o particolare gravità del quadro psicopatologico.

Fase acuta

1. iniziare con un antipsicotico tradizionale o atipico da scegliere in base a:
 - precedente risposta
 - suscettibilità a sviluppare effetti collaterali (sindrome extrapiramidale (EPS), ipotensione, iperprolattinemia)
 - rischio di sviluppare un deterioramento iatrogeno della sintomatologia globale (effetti depressogeni dei neurolettici)
 - via di somministrazione prescelta
- ◆ Se si ottiene risposta continuare per almeno 6-8 mesi.

Monitorare gli effetti collaterali:

- ◆ EPS: somministrare anticolinergici o benzodiazepine, oppure passare a un composto atipico (quetiapina, olanzapina, aripiprazolo risperidone a basse dosi);



- ◆ Sindrome metabolica (condizione ad elevato rischio cardiovascolare, allungamento tratto QT, iperglicemia, ictus);
- ◆ Aumento ponderale: consigliare dieta idonea ed esercizio fisico; considerare il passaggio ad un altro farmaco che causi minor aumento di peso (ad es. amisulpride, sulpiride);
- ◆ Iperprolattinemia: passare a olanzapina o quetiapina;
- ◆ Sedazione: ridurre la dose; passare ad un farmaco meno sedativo (es. risperidone, amisulpride, aloperidolo o altri neurolettici);
- ◆ Ipotensione posturale: passare ad amisulpride e considerare anche aloperidolo o trifluoperazina.

Se la risposta è scarsa considerare la mancanza di compliance alla terapia e il dosaggio del farmaco (per alcuni farmaci è possibile stabilire la concentrazione plasmatica).

Se la compliance è dubbia o scarsa valutare se:

- Il paziente ha poco insight, considerare la prescrizione di un farmaco depot
- scarsa tollerabilità: discuterne con il paziente e/o passare a un altro farmaco che il paziente accetti
- se il dosaggio del farmaco non è appropriato aumentare i dosaggi
- ◆ Se la risposta è ancora scarsa valutare le seguenti possibilità:
 - sostituire il neurolettico con un atipico o viceversa
 - sostituire un atipico con un altro atipico
- ◆ Se il paziente non ha risposto alle precedenti strategie considerare
 - clozapina
 - strategie di incremento della risposta (farmaci aggiuntivi in caso di sintomatologia affettiva, agitazione motoria, comorbilità con altri disturbi psichiatrici)

Farmacoresistenza: viene considerato “resistente” quel paziente che ha portato a termine almeno tre periodo di trattamento negli ultimi cinque anni con tre antipsicotici diversi, appartenenti a due classi chimiche diverse, per un minimo di 6 settimane a un dosaggio equivalente a 1000mg/die di clorpromazina, senza una completa scomparsa dei sintomi.

I fattori che possono comportare una mancata risposta clinica sono una maggiore latenza tra l'esordio della schizofrenia e l'inizio del trattamento.

La clozapina è un antipsicotico atipico che differisce dagli altri (tipici e atipici) per la sua particolare efficacia nei pazienti "farmacoresistenti". Tuttavia, tale composto deve essere somministrato sotto una stretta sorveglianza medica a causa del rischio di tossicità midollare che si verifica nell'1% dei soggetti trattati.

Fase di stabilizzazione

- ◆ Utilizzare lo stesso antipsicotico della fase acuta oppure composti appartenenti ad altre classi chimiche in base a considerazioni di ordine clinico, tossicologico e farmacocinetico
 Da privilegiare i composti atipici (azione migliore sull'eterogeneità dei sintomi, minore incidenza di effetti collaterali).
- ◆ Associare interventi psicoterapeutici che forniscano un sostegno per il paziente e informazioni ai familiari sul decorso della malattia e sui fattori che possono influenzarla, compresa la compliance.
- ◆ Ridurre al minimo gli eventi stressanti per il paziente e aiutarlo nel reinserimento nella vita della comunità fissando degli obiettivi realistici.

Di seguito si riporta lo schema con l'indicazione dei principi attivi maggiormente raccomandati.

CLASSIFICAZIONE DEI FARMACI NEUROLETTICI		
CLASSE	MOLECOLA	
FENOTIAZINE	CLORPROMAZINA DIXIRAZINA FLUFENAZINA FLUFENAZINA LEVOMEPROMAZINA PERFENAZINA PERFENAZINA ENANTATO	

	PROMAZINA TRIFLUOROPERAZINA CLOPIXOLO	
BUTIRROFENONI	ALOPERIDOLO ALOPERIDOLO	
BENZAMIDI	AMILSUPRIDE LEVOSULPRIDE SULPIRIDE SULTOPRIDE TIAPRIDE	
ATIPICI	CLOZAPINA OLANZAPINA QUETIAPINA RISPERIDONE ARIPIPRAZOLO CARIPRAZINA LURASIDONE	
ATIPICI Long Acting	PALIPERIDONE palitato RISPERIDONE ARIPIPRAZOLO	

Tab. 10 - Elenco indicativo principi attivi dei farmaci maggiormente raccomandati.

In sintesi, Le Linee guida del trattamento farmacologico della schizofrenia raccomandano quanto segue:

- ◆ Preferire l'uso degli antipsicotici atipici non solo nei pazienti resistenti alla terapia ma anche nel primo episodio di schizofrenia e in caso di effetti collaterali intollerabili con i neurolettici
- ◆ Prescrivere un solo antipsicotico, preferibilmente in un'unica dose giornaliera
- ◆ Utilizzare la dose minima efficace
- ◆ Valutare il paziente per un tempo sufficiente prima di aumentare il dosaggio del farmaco
- ◆ In assenza di miglioramento clinico in pazienti che ricevono alti dosaggi (superiori a 15mg/die di aloperidolo o equivalenti), considerare il trattamento con clozapina
- ◆ Non utilizzare gli antipsicotici come sedativi al bisogno, ma utilizzare brevi cicli di benzodiazepine o farmaci sedativi
- ◆ Somministrare farmaci anticolinergici per gli EPS (come profilassi, se necessario) e interromperli dopo 2-3 mesi trascorsi in assenza di EPS
- ◆ Incoraggiare il dialogo con il paziente riguardo l'accettabilità del trattamento farmacologico
- ◆ Monitorare l'evoluzione dei sintomi attraverso scale di valutazione clinica standardizzate.

Per quanto riguarda i pazienti inseriti in strutture riabilitative si rimanda alle "Procedure per l'erogazione dell'assistenza farmacologica alle Strutture Residenziali Psichiatriche" – Regione Lazio del 2015 (all. 3)

10.3 III° Fase: monitoraggio e follow up

L'équipe di trattamento valuta, di norma ogni tre mesi, il raggiungimento degli obiettivi terapeutici fissati, al fine di predisporre il successivo piano di trattamento, apportando le modifiche terapeutiche opportune. Le attività previste riguardano la valutazione degli esiti attraverso stime non soggettive e supportate dalla documentazione clinica raccolta. L'équipe condivide con il pz. e/o il familiare di riferimento (caregiver) l'esito del Piano di trattamento concordato, valutando gli obiettivi raggiunti. Gli esiti sono valutati anche in caso di interruzioni di trattamento. Attività previste: Valutazione degli esiti attraverso stime non soggettive supportate dalla documentazione clinica. Colloquio di restituzione periodico, accordi per eventuali follow-up. L'équipe verifica le condizioni del pz. ogni tre mesi / dall'inizio del percorso e offre eventuali consulenze in caso di necessità. L'attività di follow up è funzionale alla valutazione dell'impatto sanitario e psico-sociale del lavoro di servizio, ovvero:

- qualità dei benefici prodotti a fronte dei costi, - miglioramento della qualità di vita, diminuzione della marginalità. La gestione del singolo caso di pz. preso in carico dal servizio è affidata ad un “*case manager*” afferente al CSM, in corso di individuazione nell’ambito di ciascuna équipe di cura che assume compiti esclusivi di raccordo tra i diversi interventi dei professionisti del servizio e, ove esistente, della rete integrata dei servizi, impegnati nei trattamenti programmati, di verifica e riordino dei documenti riguardanti la gestione del caso, e di riferimento del paziente.

La fase di mantenimento trattamento farmacologico, una volta che il paziente raggiunge una fase di stabilità, si sviluppa attraverso un programma terapeutico a lungo termine che in questa fase può includere trattamenti farmacologici, psicoterapeutici e interventi di tipo psicosociale riabilitativo.

II DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI DI RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

Il presente percorso assistenziale, viene di seguito rappresentato attraverso gli strumenti così elencati:

- Il Ragionamento Clinico declinato in ogni servizio DSM;
- Diagramma Funzionale;
- La Rappresentazione a Matrice.

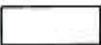
Ciascuno di detti strumenti viene declinato per Struttura afferente al Dipartimento di Salute Mentale e coinvolta nel processo assistenziale del paziente con Disturbo Schizofrenico, ove trova applicazione il presente PDTA, con particolare riguardo all’individuazione dei principali episodi assistenziali e all’identificazione dei soggetti preposti alla gestione delle attività previste, secondo le corrispondenti tempistiche. In particolare:

- **il Ragionamento Clinico:** descrizione sintetica dell’insieme delle attività o prestazioni rivolte al paziente, in ciascuna fase del percorso assistenziale con l’esplicitazione degli snodi decisionali;

- **il Diagramma funzionale:** rappresentazione grafica delle attività pianificate e delle relative competenze, nonché gli snodi decisionali secondo modalità standard, in modo da rendere più semplice ed immediata la comunicazione e la comprensione del processo a tutte le persone coinvolte. Gli elementi che concorrono all’identificazione ed alla descrizione di un processo assistenziale sono i seguenti:

- a. Gli input, ovvero il punto di inizio del processo (bisogni, problemi di salute, richieste di intervento)

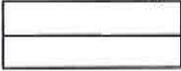


b. Le attività o fasi, corrispondono all'insieme, alla sequenza ed all'interazione delle azioni e decisioni che, a partire da uno o più input, consentono la realizzazione dell'output; 

c. Gli snodi decisionali corrispondono alle attività decisionali di tipo organizzativo o assistenziale che vengono messe in atto e che orientano il processo; 

d. Le interdipendenze tra attività sono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo ed eventualmente, con altri processi; sono rappresentate da linee di congiunzione o frecce 

e. L'output è il punto di arrivo del processo, corrisponde ai traguardi ed agli outcomes definiti. Un output può diventare o essere un input per un processo successivo 

f. Le risorse e le responsabilità corrispondono alle capacità ed agli strumenti a disposizione per poter svolgere e prendere decisioni in modo efficace ed efficiente. Per rappresentare le risorse/risponsabilità, relative alle singole attività, si utilizza il simbolo del rettangolo doppio, indicando nella parte inferiore la risorsa /risponsabilità; 

g. La documentazione/refertazione a corredo delle attività del percorso 

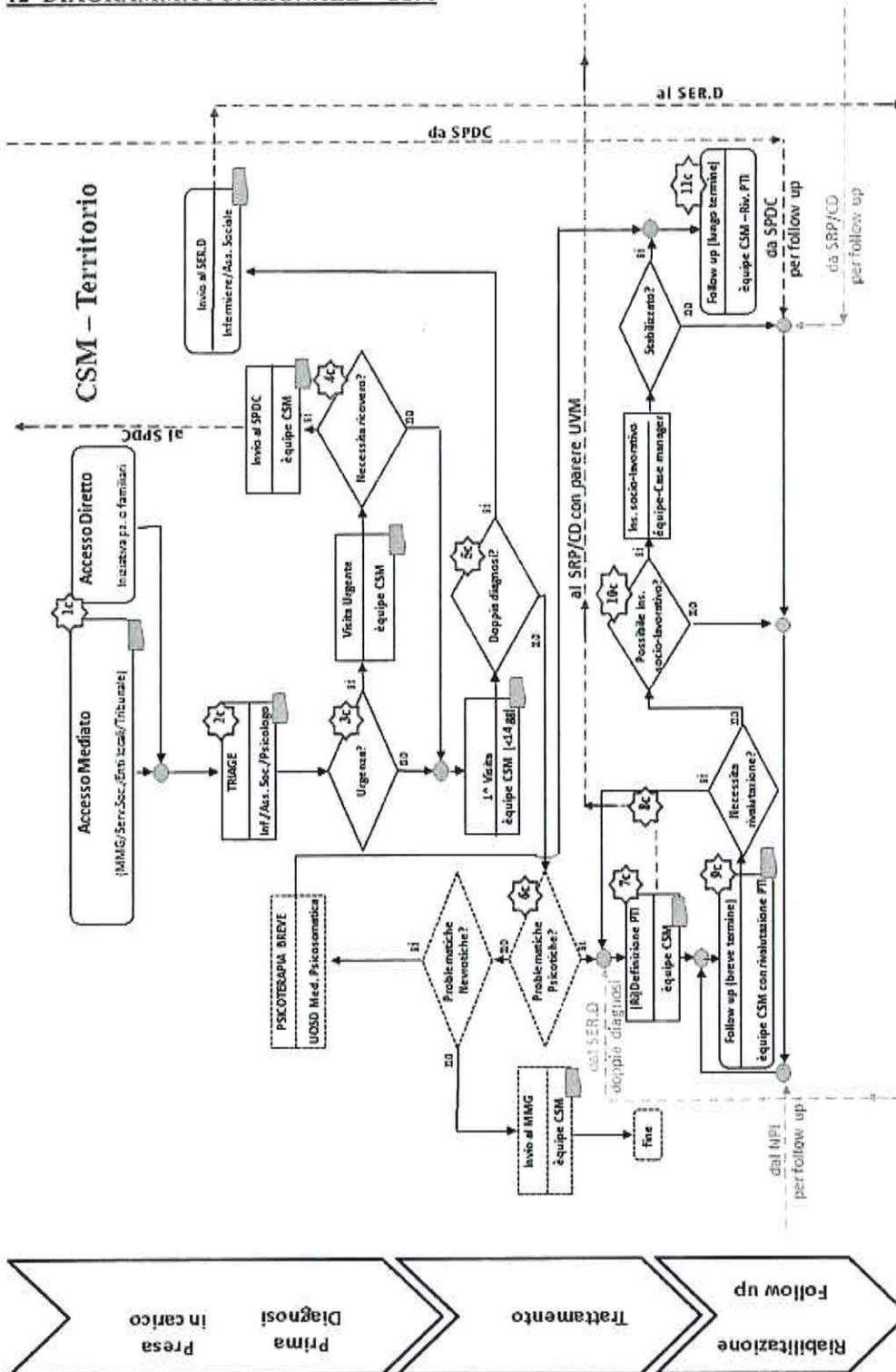
h. I punti di raccordo tra più linee di processo 

i. Le note esplicative 

- **la Rappresentazione a Matrice** è uno strumento utilizzato per descrivere in modo conciso e pratico le attività e nel contempo le risorse/risponsabilità coinvolte nel processo: le responsabilità, ovvero chi fa che cosa, in quale fase, dove, quando. Nella descrizione delle attività è stata considerata sia la dimensione organizzativa, sia la dimensione di tipo professionale. Nella dimensione organizzativa sono individuate le modalità operativo-gestionali ed i luoghi in cui si sviluppa una determinata azione evidenziando le interconnessioni tra le diverse strutture ed i professionisti coinvolti. Nella dimensione professionale o clinica sono identificati i momenti del percorso, attraverso i quali il paziente ottiene risultati significativi sul piano sanitario e/o assistenziale.



12 DIAGRAMMA FUNZIONALE – CSM



12.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RAPPRESENTAZIONE GRAFICA – PAZIENTE IN CSM

Nota 1c accesso diretto o mediato: il paziente accede direttamente al CSM personalmente o accompagnato da un familiare, oppure inviato da Enti, quali ad esempio Comuni, Tribunali, Forze dell'Ordine o alti servizi sanitari della ASL (impegnativa SSR), oppure dal MMG o Specialista privato, tramite apposita richiesta documentata.

Nota 2c Triage: All'arrivo al CSM, il primo contatto con il paziente avviene con un operatore incaricato all'accoglienza, Infermiere care manager e/o l'Assistente Sociale e/o Psicologo per l'effettuazione del triage (all. 4 triage), attraverso un colloquio e la visione di eventuale documentazione clinica, fornita dall'utente.

Nota 3c Urgenza: se dal triage emerge una situazione di urgenza, l'utente viene sottoposto ad una visita urgente, il giorno stesso dell'accesso, da parte dell'équipe CSM tramite accesso diretto al CUP; il paziente viene sottoposto direttamente alla visita del Medico Psichiatra che valuterà l'eventualità di un ricovero in SPDC; in caso di non urgenza, il paziente viene prenotato alla prima visita ordinaria in équipe con impegnative tramite SSR

Nota 4c: Ricovero: se dalla valutazione effettuata in équipe CSM emerge la necessità di ricovero a causa ad esempio di una fase acuta in atto o di un esordio psicotico in atto, il medico predispone l'invio del paziente al SPDC tramite compilazione di apposita documentazione (all. 5 richiesta di ricovero dal CSM al SPDC). A seconda della gravità del caso e del livello di compliance, il paziente può raggiungere il reparto SPDC o accompagnato dai familiari, o dal personale del CSM, in caso di condizioni di solitudine, ovvero dal personale del 118 allertato dal care manager del CSM, informando il MMG. In caso di mancanza di necessità di ricovero, l'équipe valuta le reali condizioni del paziente al fine di elaborare o definire una diagnosi.

Nota 5c: Orientamento diagnostico: nel caso in cui dalla valutazione in équipe dovesse emergere una possibile comorbilità relativa al Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), il paziente viene invitato a presentarsi all'équipe del Ser.D. territorialmente competente, previo contatto telefonico del care manager del CSM al Ser.D., al fine di dare l'avvio alla programmazione dell'assistenza cogestita del paziente dai due Servizi. Il paziente, pertanto, viene invitato a presentarsi al Ser.D. con un appuntamento concordato.

Nota 6c – Se dalla valutazione dell'équipe non dovessero emergere elementi di sintomatologia psicotica, ma problematiche nevrotiche di tipo psicosomatico (es. Disturbo di Ansia, Disturbi Nevrotici) il paziente viene invitato ad altro Servizio.

Nota 7c –Se durante la prima visita psichiatrica vengono evidenziate nell'utente, problematiche psicotiche, l'équipe del CSM elabora un PTI (Programma di Trattamento Individuale all. 6) lo strumento del programma di cura che:

- è contenuto nella documentazione sanitaria del paziente nel CSM di appartenenza, e sottoscritto dallo stesso;
- è regolarmente aggiornato;
- contiene le motivazioni che hanno reso necessario la presa in carico;
- indica le prestazioni che saranno erogate nell'ambito delle diverse attività (clinica, riabilitativa, di assistenza anche di tipo domiciliare, di intermediazione, di coordinamento);
- identifica il case manager;
- richiede la compliance del paziente, care giver e familiari.

Il PTI viene periodicamente rivisto, a discrezione dell'équipe curante e secondo le condizioni del paziente e degli obiettivi raggiunti.

Nota 8c – Nel caso in cui, nel corso della redazione del PTI, dovesse rendersi necessario l'inserimento del paziente in una struttura terapeutico riabilitativa di tipo residenziale, l'équipe richiede la valutazione della UVM del Dipartimento di Salute Mentale, sulla base della documentazione compilata dall'équipe stessa (all. 2 Schede Individuali di Valutazione con all. 6 PTI) . Detta Unità rilascia l'eventuale parere favorevole all'invio in struttura, in base alla valutazione dell'appropriatezza della richiesta relativamente alla diagnosi e alla tipologia assistenziale più idonea.

Nota 9c Se il paziente aderisce al programma del PTI e l'équipe ritiene, attraverso il monitoraggio, che gli obiettivi prefissati nel PTI siano stati raggiunti, l'utente comincia la fase del follow up a breve

termine; il care manager lo informa degli appuntamenti in CSM. In caso contrario, si procede alla rivalutazione in équipe del caso. Il care manager del CSM provvede a contattare il paziente per la successiva Ridefinizione del PTI. Nel caso in cui il paziente non dovesse presentarsi a visita, l'équipe procederà a predisporre un intervento domiciliare.

Nota 10c Qualora il paziente riesca ad ottenere buoni risultati, in termini di migliore stabilità ed autonomia, l'équipe valuta la possibilità di farlo accedere ad un eventuale progetto di reinserimento socio-lavorativo, per il quale il care manager avrà sempre il ruolo di supervisore; in caso contrario, il paziente resta sempre in continuità assistenziale al CSM, ma sarà necessario ridefinire il PTI in équipe.

Nota 11c – Se il paziente è stabilizzato e ha migliorato le relazioni nell'ambito familiare e sociale, l'équipe del CSM valuta un follow up programmato a lungo termine, inserito nel PTI e nella cartella sanitaria, in accordo con il paziente. In caso contrario si rende necessaria la rivalutazione del PTI in équipe.

12.2 Rappresentazione a Matrice – CSM

FASE ACCOGLIENZA – presa in carico e orientamento diagnostico

Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere Care manager	Colloquio - Triage -	Stesso giorno accesso del pz.	Postazione CSM	Scheda Triage (all. 4) Cartella clinica
Assistente Sociale	Colloquio – Triage Rileva i bisogni sociali del pz. e della famiglia	Stesso giorno accesso del pz.	Postazione CSM	Scheda Triage (all. 4) Cartella clinica
Psicologo	Colloquio - Triage	Stesso giorno accesso del pz.	Postazione CSM	Scheda Triage (all. 4) Cartella clinica
Medico Psichiatra	Colloquio anamnestico, esame obiettivo	Stesso giorno accesso del pz.	Postazione CSM	Scheda Triage (all.4) Cartella clinica

Tab. n. 11

FASE VALUTAZIONE

Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere Case manager	Partecipa all'elaborazione del PTI	Entro 30 gg dalla presa in carico pz.	Postazione CSM	Cartella clinica PTI (all. 6)
Assistente Sociale	Colloquio ed indagine socio-familiare, partecipa alla stesura del PTI	Entro 30 gg dalla presa in carico pz.	Postazione CSM	Cartella clinica PTI (all. 6)

Medico Psichiatra	Visita, elaborazione con l'equipe del PTI	Entro 30 gg dalla presa in carico pz	Postazione CSM	Cartella clinica PTI (all. 6)
Psicologo	Valutazione psicologica tramite colloquio Partecipa all'elaborazione del PTI	Entro 30 gg dalla presa in carico pz	Postazione CSM	Eventuale test di valutazione GAF - BPRS - HAMILTON, ecc. PTI (all. 6)

Tab. n. 12

FASE TRATTAMENTO

Figura professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere	somministra la terapia prescritta, sia in sede che a domicilio (se necessario),	Quando richiesto dallo Specialista o dall'equipe nei tempi previsti dal PTI	Al CSM, a domicilio, presso altri Servizi o Presidi in cui è presente il pz.	cartella infermieristica
Care manager	mantiene i contatti con la famiglia del pz.			
Ass. Sociale	Rileva i bisogni sociali del pz. e della famiglia, mantiene i rapporti con i servizi di rete (Comuni, Tribunale, Strutture accreditate, Piani di Zona)	Quando richiesto dallo specialista o dall'equipe e nei tempi previsti dal PTI	Al CSM, a domicilio, presso altri Servizi o Presidi o presso Strutture in cui si trova il pz.	cartella clinica
Medico Psichiatra	Visita il pz. prescrive eventuali terapie farmacologiche e/o esami diagnostici, si confronta con gli operatori dell'equipe	Durante la prima visita e nelle successive visite di controllo	Al CSM, a domicilio, presso altri Servizi o Presidi in cui è presente il pz.	Cartella clinica, esami ematici, scale di valutazione: GAF - BPRS - HAMILTON, ecc.
Psicologo	Colloquio individuale e con la famiglia	Giorni programmati PTI	Al CSM	Cartella clinica; Test e/o scale di valutazione

Tab. n. 13

INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN STRUTTURE

Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere Case manager	Partecipa alla redazione della scheda individuale di valutazione	Nel corso della redazione del PTI	Postazione CSM	Scheda di valutazione individuale UVM
Assistente Sociale	Partecipa alla redazione della scheda individuale di valutazione	Nel corso della redazione del PTI	Postazione CSM	Scheda di valutazione individuale UVM
Medico Psichiatra	Partecipa alla redazione della scheda individuale di valutazione	Nel corso della redazione del PTI	Postazione CSM	Scheda di valutazione individuale UVM
Psicologo	Partecipa alla redazione della scheda individuale di valutazione	Nel corso della redazione del PTI	Postazione CSM	Scheda di valutazione individuale UVM
Case manager	Invia la scheda individuale all'UVM	Il giorno stesso della compilazione della scheda	Postazione CSM	Ricevuta di invio all'UVM
Case manager	Riceve risposta UVM	Entro un giorno dalla data di riunione (quindicinale)	Postazione CSM	Ricevuta risultanza dall'UVM
Case manager	Contatta le strutture per verificarne la disponibilità all'inserimento e si informa sulla relativa lista d'attesa, secondo la tipologia assistenziale del caso	Entro 48h dal ricevimento della risultanza dell'UVM	Postazione CSM	Registrazione liste d'attesa
Case manager	Contatta il paziente e concorda insieme al Responsabile sanitario della struttura gli la data di inserimento. Informa UVM tramite comunicazione scritta.	Alla comunicazione della disponibilità da parte della struttura	Postazione CSM	Registrazione di inserimento in cartella sanitaria.
Case manager	Riceve la comunicazione di dimissione dalla struttura	All'atto della dimissione del paziente dalla struttura	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria
Case manager	Contatta il paziente e lo informa della necessità della rivalutazione del PTI; fornisce data appuntamento	Entro due giorni dalla data di dimissione della struttura	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria

Tab. n. 14/A



VALUTAZIONE UVM - PROCEDURA DI INSERIMENTO UTENTI IN STRUTTURE RIABILITATIVE

Attori coinvolti	Cosa fa	Quando	Dove	Come (Strumenti)
Equipe CSM (Psichiatra Ass. Sociale, Psicologo e Infermiere, Educatore)	Elabora proposta di inserimento del paziente e richiede la Valutazione all'UVM	Nel corso della definizione del PTI	CSM	Scheda PTI
UVM (Psichiatra, Infermiera Ass. Sociale)	Valuta l'idoneità della proposta Trasmette scheda PTI al CSM con certificazione di idoneità per la tipologia assistenziale richiesta	Entro 15 gg Entro 1 gg dall'esito	DSM	Scheda PTI
Responsabile del Servizio Case manager	Recepisce scheda UVM. Contatta l'utente e il care giver e in accordo con l'equipe CSM si decide la struttura più idonea, tra quelle presenti nell'elenco delle SRP/CD regionali.	Almeno una settimana prima dell'inserimento.	CSM	Contatto telefonico, Convocazione, Colloquio, Elenco strutture
Case manager in accordo con resp. ed equipe	Invia la scheda ai SRP/CD	Almeno una settimana prima dell'inserimento	CSM	Scheda PTI
CSM (èquipe)	Attende conferma disponibilità della SRP/CD, Concorda appuntamento per successivo accompagnamento del paziente	Entro la settimana prima dell'ingresso	CSM	Comunicazione e-mail

Tab. n. 14/B

FASE MONITORAGGIO – FOLLOW-UP

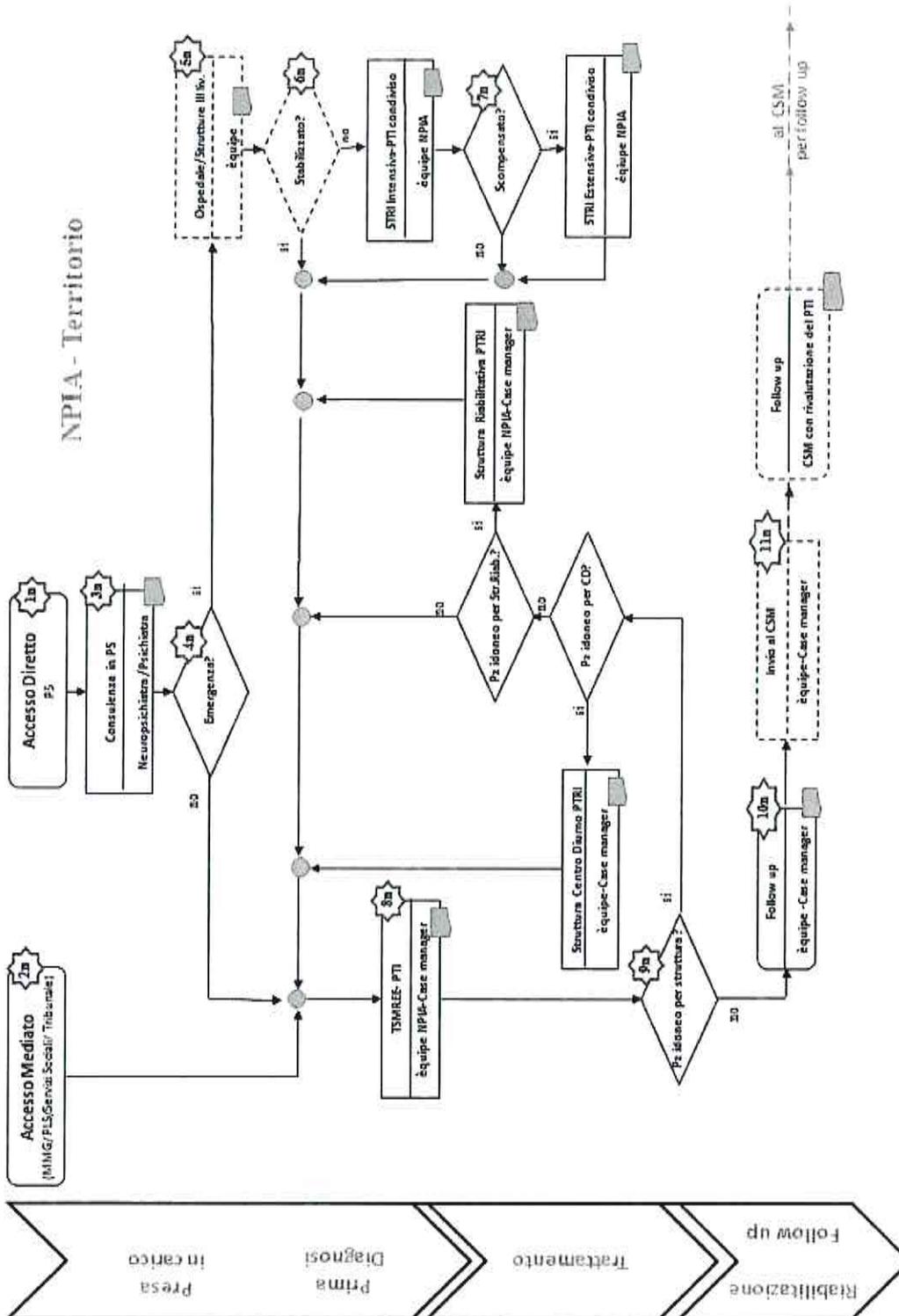
Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Case manager	Contatta il paziente concordando un appuntamento per il monitoraggio	Quando previsto nel PTI	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria
Infermiere	Partecipa alle riunioni di équipe, verifica i risultati raggiunti e prefissati nel PTI Propone eventuale rivalutazione del PTI	Quando previsto nel PTI	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria
Assistente sociale	Partecipa alle riunioni di équipe, verifica i risultati raggiunti e prefissati nel PTI Propone eventuale rivalutazione del PTI	Quando previsto nel PTI	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria
Medico Psichiatra	Partecipa alle riunioni di équipe, verifica i risultati raggiunti e prefissati nel PTI Propone eventuale rivalutazione del PTI	Quando previsto nel PTI	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria
Psicologo	Partecipa alle riunioni di équipe, verifica i risultati raggiunti e prefissati nel PTI Propone eventuale rivalutazione del PTI	Quando previsto nel PTI	Postazione CSM	Registrazione in cartella sanitaria

Tab. 15

Nel percorso – Paziente in CSM – si possono verificare casi clinici per i quali, l’esito della valutazione multidisciplinare e multiprofessionale, non porta alla definizione di diagnosi di “Disturbo Schizofrenico”, ma a diagnosi di “Disturbo Nevrotico”. In tale circostanza il paziente può essere inviato ad altri specialisti del DSM.



13 DIAGRAMMA FUNZIONALE - NPJA



13.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RAPPRESENTAZIONE GRAFICA – PAZIENTE IN NPIA

Nota 1n – ACCESSO DIRETTO: si parla di *Accesso Diretto* quando il minore (15-17 anni) con esordio psicotico, giunge all'osservazione dei Servizi territoriali di NPI (TSMREE) su richiesta di consulenza da parte dei P.S. degli Ospedali di I° livello (Fondi-Terracina) e di II° livello (Formia e Latina), dove il minore è stato ricoverato.

Nota 2n - ACCESSO MEDIATO: l'*Accesso è Mediato* quando il minore viene segnalato ed inviato al Servizio Territoriale, da MMG; PLS; Servizi Sociali, Magistratura.

Nota 3n CONSULENZA IN P.S.: quando il minore con esordio psicotico in fase di acuzie viene condotto in P.S., riceve la visita medica specialistica, richiesta in consulenza, del Neuropsichiatra Infantile territorialmente competente ovvero caso di mancanza, dello Psichiatra di guardia SPDC supportato da pediatra del P.O. ove il minore affersce. Gli stessi valutano la gravità del paziente al fine di decidere la tipologia di intervento da attuare.

Nota 4n – EMERGENZA: se il paziente presenta un quadro clinico di gravità (i cui criteri vengono di seguito elencati), per il quale si rende necessario un ricovero presso una Struttura Ospedaliera di III° livello, la richiesta di ricovero, stabilita dallo specialista (NPIA), viene effettuata dal personale sanitario del P.S. tramite fax dopo aver acquisito l'autorizzazione ed il consenso di entrambi i genitori o di uno dei genitori, purché l'altro, se assente, sia stato informato.

I criteri per un ricovero ospedaliero in strutture di degenza neuropsichiatrica infantile di III° livello sono:

1. Condizioni psicotiche di esordio;
2. Gravi disturbi depressivi – disturbo bipolare;
3. Tentativi di suicidio;
4. Gravi disturbi del comportamento in fase di acuzie;
5. Disturbi da uso di sostanze stupefacenti in fase di acuzia o di intossicazione;
6. Disturbi alimentari (anoressia nervosa non trattabile o con grave rischio attuale di vita);
7. Grave disturbo somatoforme;
8. Gravi condizioni invalidanti di disturbo ossessivo-compulsivo o fobie complesse;

9. Condizioni di disabilità croniche (es. disabilità intellettive in cui insorgono gravi disturbi emozionali con discontrollo degli impulsi e stato di agitazione psicomotoria);
10. Disturbi della personalità in adolescenza con discontrollo comportamentale²².

In attesa del ricovero del paziente in struttura ospedaliera di III livello, il paziente minore usufruirà dell'assistenza nel reparto di pediatria del P.O. e qualora il neuropsichiatra non avesse effettuato la consulenza in PS, provvederà entro l'orario antimeridiano del giorno successivo all'accesso in P.O..

Nota 5n – STRUTTURE DI III° LIVELLO – EQUIPE: il minore ricoverato nella Struttura di III° livello riceve dall'equipe, una valutazione multidimensionale, diagnostica al fine di definire un Piano di cura comprendente anche un trattamento farmacologico appropriato.

Nota 6n – STABILIZZAZIONE: il minore, se durante il periodo di ricovero non risulta stabilizzato, può essere trasferito in una Struttura Riabilitativa Intensiva STRI (post acuzie) per la durata di 30 giorni, sempre in accordo con il Servizio Territoriale (TSMREE). In caso contrario viene indirizzato al TSMREE.

Nota 7n – SCOMPENSO: se, durante il periodo trascorso nella Struttura Riabilitativa Intensiva, permangono ancora condizioni di criticità e di scompenso, si procede ricovero in una Struttura Terapeutica Estensiva il cui programma terapeutico è della durata massima di un anno. Se si evidenziano nel minore elementi critici che possono deporre per la presenza di Disturbo da uso di sostanze, si procederà a segnalare il caso al CSM con richiesta di consulenza o invio, per il successivo invio al Ser.D.. La consulenza viene richiesta nei casi di paziente ricoverato in regime ospedaliero, oppure nei casi in cui si ritiene più opportuno che il paziente mantenga il Servizio di primo contatto, quale setting unico di riferimento. L'invio invece viene richiesto in tutti gli altri casi in cui il paziente mostri la propria disponibilità a recarsi presso un altro Servizio.

Nota 8n – TSMREE: il paziente minore ritenuto in condizioni di non emergenza giunge al TSMREE in cui viene definito il PTI in équipe. Quando risulta stabilizzato dopo il periodo di ricovero nella Struttura di III livello, viene dimesso e ritorna al Servizio Territoriale di appartenenza per essere

²² (1) Fonte: Linee guida per l'urgenza ed il ricovero – APA – 1994-

nuovamente rivalutato dall'équipe del Servizio. L'équipe NPIA, una volta effettuate le dovute valutazioni, ridefinisce il PTI comprensivo di trattamento farmacologico, psicologico e supporto psicoeducativo alla famiglia, intervento didattico e sociale. In ogni caso, èquipe individua il case manager per la gestione del caso, come punto di riferimento per la famiglia.

Nota 9n – se nella definizione del PTI l'équipe ritiene necessario l'inserimento del paziente in una struttura residenziale o semiresidenziale, il medico provvede a contattare le strutture idonee al fine di rilevarne l'effettiva disponibilità per facilitarne l'ingresso, previa stesura della relativa relazione di invio. Il personale delle strutture provvederà ad elaborare il PTRI in raccordo con quanto stabilito nel PTI. Successivamente, sarà l'équipe del TSMREE a rimodulare il PTI, in base alle condizioni del paziente, rilevandone gli eventuali cambiamenti raggiunti.

Nota 10n – FOLLOW UP: se il minore appropriatamente trattato presso il Servizio Territoriale ha raggiunto la stabilizzazione ed il miglioramento delle condizioni generali di vita, l'équipe valuta i risultati ottenuti per la definizione di un follow up, che può essere a breve termine ovvero effettuato ogni 7 giorni per i primi 3 mesi (controllo medico neuropsichiatrico e supporto psicologico), oppure a medio termine ovvero ogni mese per i 6 mesi successivi ed infine ogni 3 mesi.

Nota 11n – INVIO AL CSM: in prossimità del compimento del 18° anno del paziente, l'équipe del Servizio Territoriale invia al CSM la persona per la continuità assistenziale della cura. Presso il CSM il paziente viene rivalutato per la definizione di un nuovo PTI.

13.2 Rappresentazione a Matrice - percorsi esordi - NPIA

FASE ACCOGLIENZA ACCESSO MEDIATO

Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Assistente Sociale	Colloquio accoglienza del paziente con i genitori. Colloquio informativo e raccolta dati e referti del pz.	Il giorno stesso dell'accesso	Ambulatorio	Acquisizione referti MMG/PLS, istanze Tribunale, relazione Servizi Sociali
Infermiere	Colloquio conoscitivo e raccolta dati relativi al pz. ed alla famiglia.	Al primo accesso	In sede	Scheda predisposta (all. 7)
Educatore Professionale	Colloquio e raccolta dati, anamnesi clinica secondo la propria specificità.	Al primo accesso	In sede	Cartella sanitaria
TNPMEE	Anamnesi clinica, colloquio psicologico	Al primo accesso	In sede	Compilazione cartella clinica
Psicologo	Anamnesi clinica, visita medica specialistica, acquisizione richiesta di valutazione e documentazione scuola	Al primo accesso	In sede	Compilazione cartella clinica
Neuropsichiatra				

Tab. 16

FASE VALUTAZIONE / DIAGNOSI – NPIA (Accesso mediato)

Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Ass. Sociale	Colloquio, rilevazione dei i bisogni del paziente e della famiglia, valuta delle risorse della famiglia, contatta Servizi Sociali, partecipa alla definizione del PTI.	Data di appuntamento prefissata all'accoglienza entro 15 gg dalla presa in carico	Ambulatorio Sedi TSMNREE	Cartella Sanitaria
Infermiere	Valuta l'urgenza psichiatrica, partecipa alla definizione del PTI in equipe.	Prima della visita NPI	In sede	Raccolta dati in Cartella clinica
Educatore Professionale	Valuta le risorse del pz. utilizzabili per un progetto educativo-riabilitativo e verifica la presenza di risorse familiari. Partecipa alla definizione del PTI in equipe.	Entro 7 giorni dall'accesso	In sede	Cartella clinica
TNPEE	Valutazione dell'area visuo-motoria, memoria visuo-spaziale, attenzione e funzioni esecutive del pz. Partecipa		In sede	

Logopedista	alla definizione del PTI. Valutazione del linguaggio, somministrazione Test lettura, scrittura e calcolo. Partecipa alla definizione del PTI	Entro 7 giorni dall'accesso Entro 7 giorni dall'accesso	In sede	Cartella clinica Cartella clinica
Psicologo	Valutazione del funzionamento intellettivo, valutazione neuropsicologica con somministrazione Test, valutazione stato dell'apprendimento, partecipazione alla definizione del PTI.	Entro 7 giorni dall'accesso	In sede	Cartella clinica
Neuropsichiatra infantile	Esame neurologico, valutazione psichiatrica, valutazione neuropsicologica, eventuale somministrazione Test, definisce o conferma la diagnosi. Definisce eventuale trattamento farmacologico. Restituzione diagnostica alla famiglia, partecipa in equipe alla formulazione del PTI. Chiede eventuale consulenza ad altri servizi (CSM – SER.D.) Relaziona sul caso se richiesto dai Servizi Sociali Comune, Tribunale	Entro 7 giorni dall'accesso Restituzione diagnostica dopo 15 giorni dal primo contatto.	In sede	Cartella clinica, scheda richiesta consulenza/invio ad altri servizi (CSM/SER.D.) (all. 7)
Case manager	Gestisce le comunicazioni tra equipe e famiglia, partecipa alla definizione del PTI, restituisce alla famiglia il Progetto Riabilitativo concordato e la certificazione richiesta dalla scuola. Trasmette eventuale relazione richiesta dagli Enti	Entro 15 gg dalla richiesta Dopo le valutazioni effettuate e la discussione del caso in equipe, entro non oltre 20 giorni dalla presa in carico del pz. Entro 1 g dal ricevimento della richiesta di relazione	In sede	Cartella clinica Inserisce in Cartella clinica copia della relazione o certificazione inviata. Registra scostamenti in cartella clinica

Tab. 17

FASE TRATTAMENTO – NPIA

Figura Professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Ass. Sociale e/o Case manager	Rileva eventuali nuovi bisogni sociali del paziente e della famiglia e mantiene i rapporti con le diverse agenzie (Scuole, Enti Locali, Tribunali per i minorenni, Forze del Ordine)	Periodicamente ogni 15 gg dalla sottoscrizione del PTI	Presso gli enti Ambulatorio Sedi TSMNRE	Registrazione attività Cartella sanitaria
Medico NPI	Visita di controllo programmata secondo PTI, verifica delle condizioni co utilizzo	Visita ogni 15 giorni,	Servizi NPIA	Cartella Sanitaria



	di Scale di valutazione, prescrizione terapia farmacologica ed esami ematochimici e strumentali. Eventuale cogestione del pz. con altri Servizi (CSM – Ser.D.)	Esami ogni 3/6 mesi dall'inizio della terapia farmacologica.	In sede o presso CSM/Ser.D.	Scale di Valutazione Registrazione in cartella clinica della cogestione.
Psicologo	Sostegno psicologico Psicoterapia Individuale Supporto alla genitorialità	Colloquio clinico ogni 7giorni con il pz. Incontri con il familiare di riferimento ogni 15 giorni	Servizi NPIA	Cartella Sanitaria PTI scale di Valutazione.
Case Manager	Contatta il paziente/famiglia nel caso in cui il PTI non dovesse essere rispettato	Entro 2 giorni dallo scostamento al PTI	In sede	Registra scostamenti in cartella clinica.
TNPMEE	Attività di abilitazione e riabilitazione, esercizi di psicomotricità.	Secondo la gravità: ogni 7 giorni oppure a giorni alterni	In sede	Riporta in cartella clinica le attività svolte ed i progressi del pz.
Educatore	Incontri di psicoeducazione con il pz. e la famiglia.	A cadenza settimanale	In sede	Cartella clinica
Logopedista	Attività per migliorare le capacità di linguaggio	2 incontri a settimana		Schede di valutazione

Tab. 18

PERCORSO ESORDIO NPIA: Accesso in Pronto Soccorso - Ospedali della ASL Latina

Figura professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Medico Neuropsichiatra Infantile territoriale	Comunica alla struttura e al paziente/caregiver la data appuntamento in TSMREE; condivisione del PTI e può predisporre l'invio del paziente al territorio TSMREE previo appuntamento	Entro un giorno dal ricevimento della comunicazione di dichiarazione paziente stabilizzato in struttura di III liv	Sede TSMREE	Fax / e mail alla struttura di II liv Scheda di dimissione con indicazione della data di visita in TSMREE (all. 8)

Tab. 19

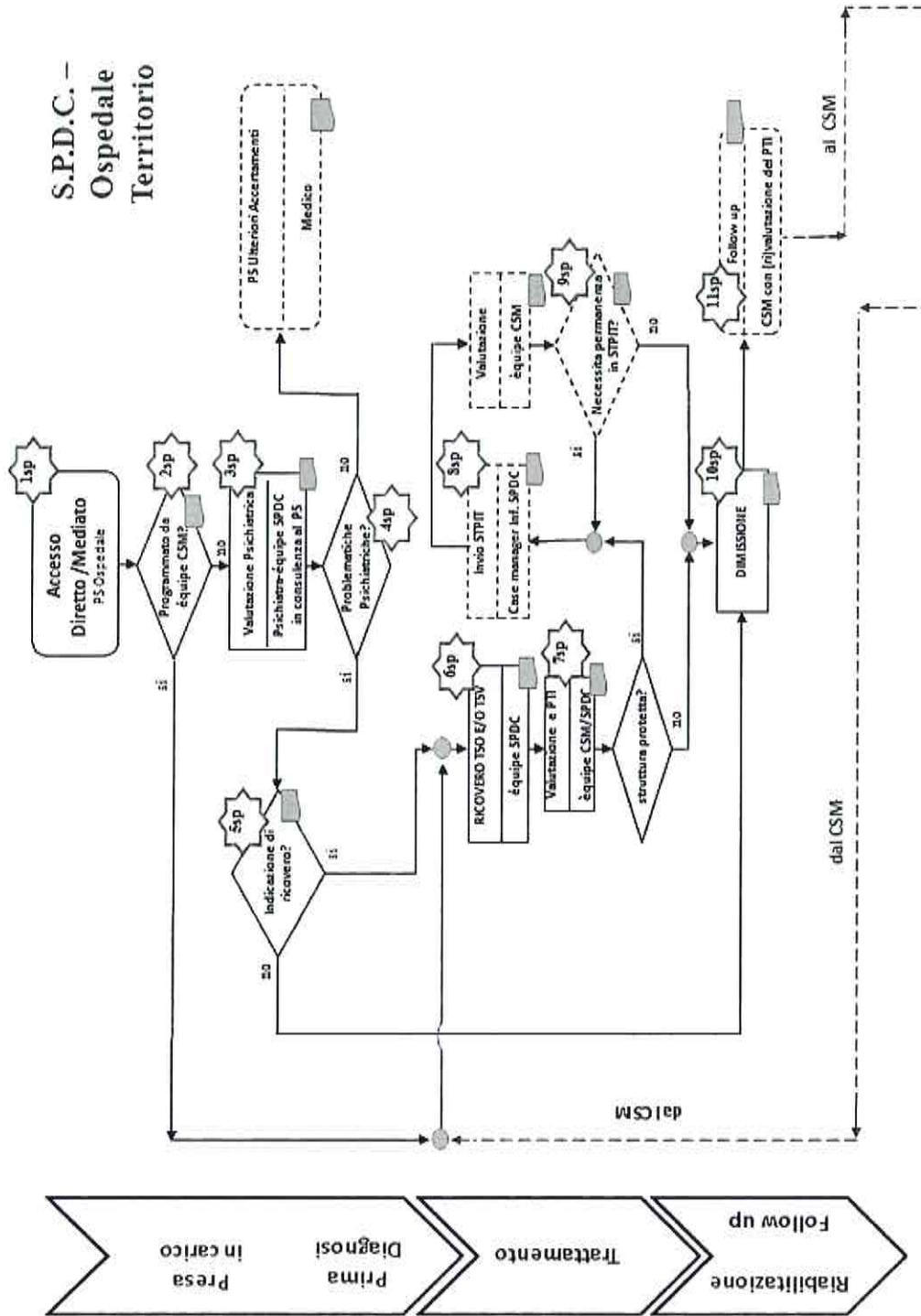
ESORDI – NPIA - FASE MONITORAGGIO- FOLLOW UP

Equipe / Case Manager	Cosa fa	Quando	Dove	Come (Strumenti)
Infermiere/ assistente Sociale / Altro	Riunione di equipe, verifica raggiungimento del risultati del PTI	Negli incontri programmati di equipe nel PTI	Servizi Territoriali NPI	Registrazione nella documentazione sanitaria con scheda monitoraggio/follow up predisposta (all. 8)
Medico NPI	Valuta insieme a tutti gli operatori dell'equipe gli obiettivi terapeutici e sociali programmati Effettua Visita NPI di controllo	Follow up: -ogni 7 giorni per i primi 3 mesi -ogni mese per i 6 mesi successivi -successivamente controlli ogni 3 mesi	Servizi Territoriali NPI	Registrazione scheda monitoraggio /follow up Predisposta (all. 8) Esami ematologici Visita Cardiologica ed ECG Controllo Farmacologico (a 1 mese e successivamente a 3 mesi) post dimissione ospedaliera
Psicologo	Valuta insieme a tutti gli operatori dell'equipe gli obiettivi terapeutici e sociali raggiunti.	Riunione d'equipe	Servizi Territoriali NPI	Colloquio clinico Valutazione Psicodiagnostica Somministrazione Test Proiettivi e Questionari (3 mesi post dimissione ospedaliera)

Tab. 20



14. DIAGRAMMA FUNZIONALE – SPDC



14.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RAPPRESENTAZIONE GRAFICA – PAZIENTE IN SPDC

Quando l'episodio acuto è trattato attraverso il ricovero in SPDC, deve essere posta attenzione all'appropriatezza dell'attività di ricovero al fine di evitare riammissioni e degenze troppo lunghe (in Italia nel 2011 il 17,5% dei ricoveri è seguito da una riammissione entro 30 giorni dalla prima dimissione ed in Lombardia il 12% ha una degenza in ospedale maggiore di 30 giorni)²³. – Secondo le raccomandazioni del citato Accordo del 13/11/2014, se il paziente viene ricoverato in SPDC vengono messe in atto misure per limitare il ricorso al TSO e vengono attivati interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi. Il paziente con un episodio acuto riceve un dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici, per un periodo di almeno 1 – 2 anni e nel caso che i farmaci vengano interrotti, viene attuato un monitoraggio clinico di eventuali ricadute per almeno 2 anni. Particolare attenzione va posta, fin dall'inizio del trattamento, alla sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, monitorando gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici, attraverso il controllo periodico della glicemia e della iperlipidemia (almeno 2 controlli nelle 12 settimane iniziali). Nei pazienti con schizofrenia resistente, viene impostato un trattamento con clozapina, mentre è preferibile un trattamento con farmaci antipsicotici "depot" per i pazienti con ricadute frequenti e/o che esprimono una preferenza per tale tipo di trattamento, con dosaggi, frequenza delle somministrazioni e dei controlli clinici adeguati. Nota 1sp: ACCESSO tutti gli accessi transitano in P.S. Il paziente può giungere in PS direttamente, inviato da CSM (accesso programmato) o inviato da altri Ospedali, Forze dell'Ordine, MMG/PLS (Accesso mediato).

Nota 2sp : Inviato da équipe CSM: se con indicazione di ricovero, il paziente, in base alla gravità del caso e del livello di compliance, viene indirizzato verso il TSV o in alternativa in regime di TSO.

Nota 3sp VALUTAZIONE PSICHIATRICA SPDC: il paziente inviato da terzi (Ospedali, Forze dell'Ordine) viene valutato dall'équipe dell'SPDC dopo consulenza in Pronto Soccorso, al fine di accertare la presenza di problematiche psichiatriche.

23

“Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale” – Accordo Conferenza Unificata del 13 Novembre 2014

Nota 4sp – PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE

Il Medico Psichiatra dell'SPDC, sentito il parere dell'équipe, valuta la sussistenza dei criteri diagnostici richiesti, al fine di decidere il ricovero del paziente. In caso contrario il paziente resta in P.S. per eventuale invio ad altri reparti o Servizi.

Nota 5sp – INDICAZIONI DI RICOVERO : in caso negativo, il paziente viene dimesso e invitato a seguire un programma di Follow-up al CSM, con secondo quanto previsto dal PTI redatto dall'équipe del CSM.

Nota 6sp: si procede al ricovero del paziente che, in regime di TSO e/o TSV, viene gestito dall'équipe SPDC. Il care manager infermieristico informa del ricovero il CSM di appartenenza del paziente. L'équipe del CSM, entro le 24 dal ricovero, si recherà presso l'SPDC. Le valutazioni clinico-diagnostiche delle due équipe (CSM/SPDC) vengono prese in considerazione al fine di elaborare un progetto terapeutico condiviso, sia in termini farmacologici, sia in caso di invio a Strutture Residenziali.

Nota 7sp: le équipe CSM/SPDC valutano le condizioni raggiunte dal paziente durante il periodo di ricovero e l'efficacia della terapia attuata; pertanto si prende in considerazione, l'eventualità di invio del paziente presso una Struttura Terapeutica Psichiatrica Intensiva Territoriale, secondo le modalità previste da DCA 188/2015, altrimenti si procede comunque con la dimissione del paziente dal SPDC, che viene invitato a seguire il Follow-up presso il CSM, in base alla rivalutazione del PTI.

Nota 8sp – PERMANENZA IN STPIT Se il paziente inviato in struttura STPIT, ha necessità di continuare il periodo di cura residenziale, oltre il periodo concordato, l'équipe del CSM valuta in collaborazione all'équipe dell'SPDC l'eventuale permanenza nella Struttura.

Nota 9 – DIMISSIONI Quando il paziente non necessita di invio in struttura STPIT, al momento della dimissione dal reparto SPDC, riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM, al fine di favorire la continuità della cura ed essere seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto.

Nota 10– FOLLOW UP – CSM

L'equipe del CSM rivaluta il PTI per il paziente dimesso e ridefinisce il Programma di cura, stabilendo, in accordo al paziente e/o ai familiari, un Follow up a breve ed a lungo termine, secondo le condizioni del paziente.

Nota 11 - FOLLOW UP – CSM

L'equipe del CSM rivaluta il paziente secondo il programma di follow-up stabilito e definisce i passi successivi.

Segue la descrizione grafica del Percorso – Paziente in SPDC attraverso

il Diagramma funzionale e la Rappresentazione a Matrice.

14.2 RAPPRESENTAZIONE A MATRICE - S.P.D.C.

Fase Accoglienza / Valutazione

Figura professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Infermiere	Accoglie paziente in reparto apertura cartella clinica: raccolta dati anagrafici e anamnestici, rilevazione parametri vitali, identificazione e pianificazione degli obiettivi concordati con i dirigenti sanitari. Somministrazione terapia secondo prescrizione medica.	All'ingresso del paziente	In reparto SPDC	Documentazione sanitaria, scale di valutazione.
Medico	Approfondisce la valutazione clinico-diagnostica, attraverso l'esame obiettivo raccolta dati anamnestici, registrazione status psicopatologico impostazione terapia farmacologica, consenso informato e liberatoria trattamento dati personali.	All'ingresso del paziente	In reparto SPDC	Documentazione sanitaria, colloquio con il paziente e familiari. Modulo consenso informato – Modulo trattamento dati
Psicologo	Anamnesi psicologica e valutazione clinico-diagnostica con eventuali Test	2°/3° giorno dal ricovero	In reparto SPDC	Colloquio – Test psicodiagnostici

O.S.S.	Valutazione dell'igiene personale accoglienza in stanza e assegnazione dell'unità del paziente (letto-comodino-armadietto)	All'ingresso del paziente	In reparto SPDC	Valutazione presentazione del paziente
ASSISTENTE SOCIALE	Raccoglie informazioni contesto ambientale, familiare e socio-lavorativo del paziente. Contatta familiari ed eventuali servizi o enti. Trasmette modulo avvenuto ricovero CSM competente ed eventuale richiesta presa in carico per paziente non ancora in trattamento presso il Servizio.	2°/3° giorno	In reparto SPDC	Scheda sociale, colloquio con familiari e contatto servizi ed enti. Modulo avvenuto ricovero e presa in carico.
EQUIPE	Formulazione diagnosi integrata ed elaborazione progetto terapeutico condiviso – Assegnazione da parte del Responsabile del Reparto, di un medico referente	3° giorno	In reparto SPDC	Cartella clinica

Tab. 21

Rappresentazione a Matrice - Fase Trattamento in S.P.D.C.

Figura professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Infermiere	Attua il piano assistenziale, monitorizza i parametri vitali, somministra la terapia secondo scheda SUT nella cartella clinica. Esegue prelievi ematici, E.C.G. Programma attività occupazionali e/o riabilitative, supervisiona alla somministrazione vitto e all'igiene del paziente, annota informazioni sul decorso clinico assistenziale sul registro consegne, cura la relazione con i pazienti.	Durante la degenza	SPDC	Cartella clinica SUT scale di valutazione
Medico	Valuta l'efficacia della terapia impostata e ne apporta eventuali modifiche, verifica il decorso clinico e monitorizza le condizioni cliniche e richiede eventuali indagini strumentali e/o di laboratorio; annota sul registro consegne informazioni sul decorso clinico del pz.	Durante la degenza	SPDC	Cartella clinica, SUT Registro consegne
Psicologo	Effettua colloqui clinici o di sostegno individuali e/o gruppalari e/o familiari. Aggiorna la cartella clinica. Annota informazioni sul decorso clinico assistenziale nel registro consegne.	Durante la degenza	SPDC	Cartella clinica. Registro consegne.

	Durante la degenza	SPDC	Registro consegne
O.S.S.	Supporto infermieristico nella gestione del paziente. Accompagna il paziente per eventuali consulenze, annota informazioni sul decorso clinico nel registro consegne.		
ASSISTENTE SOCIALE	Contribuisce alla realizzazione del piano terapeutico assistenziale, mantenendo i rapporti con il contesto ambientale di riferimento del paziente, predisponendo le dimissioni. Aggiorna la scheda sociale. Annota eventuali informazioni nel registro consegne.	SPDC	Scheda sociale. Registro consegne
Medico e/o Psicologo CSM	Monitorano il pz, condividono con l'equipe di cura l'andamento del trattamento, proponendo eventuali indicazioni.	SPDC	Cartella clinica

Tab. 22

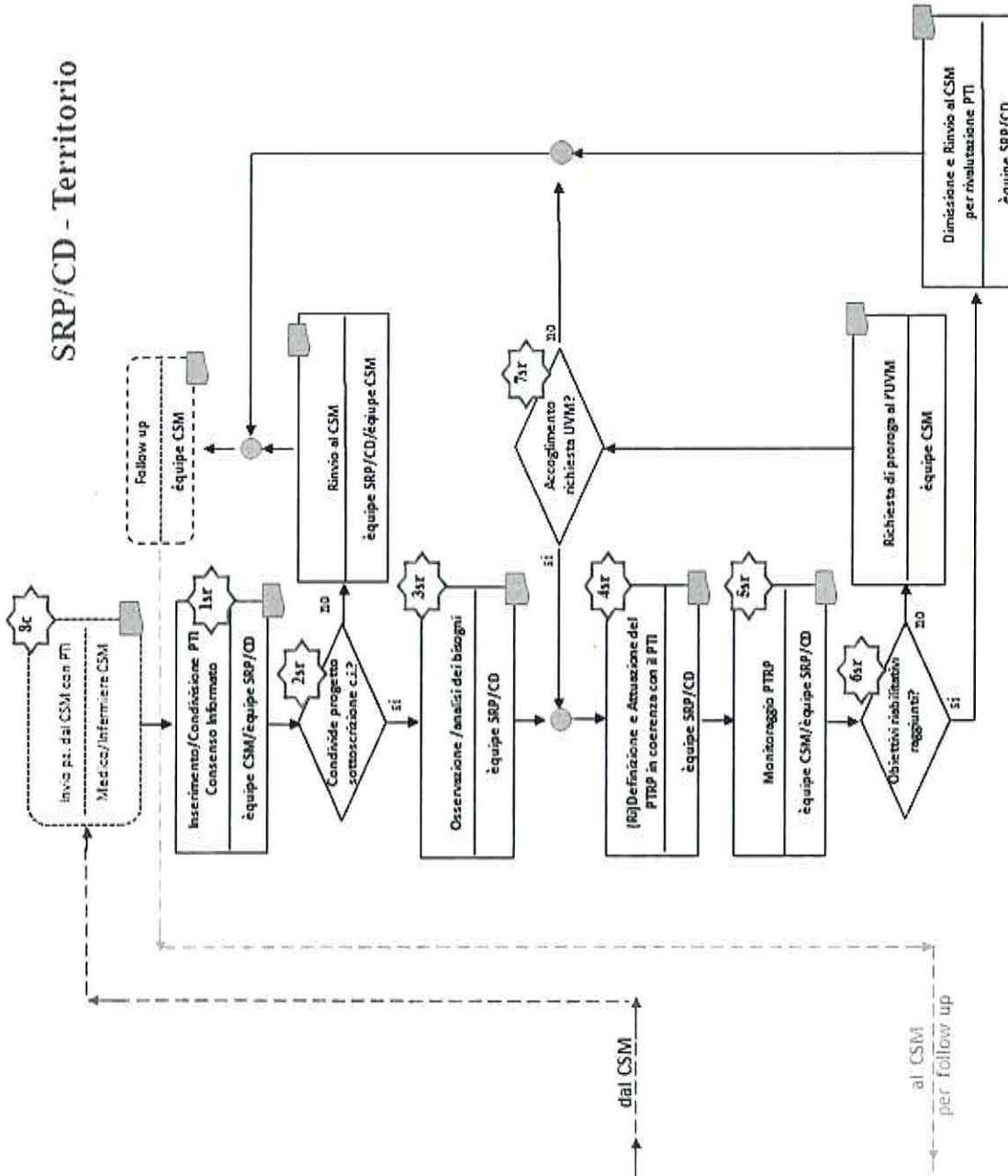
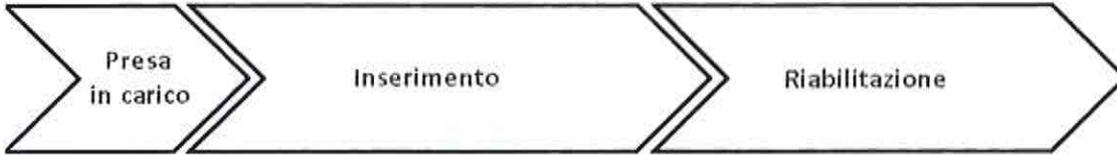
Rappresentazione a Matrice – DIMISSIONI: Dal reparto SPDC al C.S.M. per Follow up

Figure professionali	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Infermiere	Consegna al paziente i farmaci per i primi giorni della terapia	Alle dimissioni	SPDC	Lettera di dimissione
Medico SPDC	Concorda dimissioni del paziente con operatori CSM. Stabilisce la terapia alle dimissioni, redige lettera di dimissioni da consegnare al pz. e da inoltrare al CSM e, su consenso, al MMG	Alle dimissioni	SPDC	Contatto telefonico

Tab. 23



15 DIAGRAMMA FUNZIONALE – SRP/CD



15.1 CONTINUITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE A LUNGO TERMINE

Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, multiprofessionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana. A coloro che presentano sia problemi relazionali di livello moderato/grave in termini isolamento sociale, che assenza/carenza di attività strutturate durante il giorno, vengono rivolte attività di risocializzazione, espressive e corporee in Centri Diurni. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente può ricevere dall'ambiente e dall'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale.

Fonte: Accordo in Conferenza Unificata 17 Ottobre 2013 "Le Strutture residenziali psichiatriche".

Viene descritto e rappresentato, di seguito, il percorso assistenziale del paziente con Disturbo schizofrenico inserito in Struttura Riabilitativa Psichiatrica e Centro Diurno.

Invio utente in SRP/CD da parte del CSM anche mediato dal medico specialista, secondo le procedure del D.C.A 188/15.

Nota 1sr –L'èquipe multidisciplinare (èquipe CSM/ èquipe riabilitativa) inserisce il paziente e lo invita alla condivisione degli obiettivi assistenziali stabiliti dal CSM nel PTI per il trattamento residenziale o semiresidenzialeviene richiesto al paziente familiare/care-giver/tutore/amministratore di sostegno, la firma del regolamento e del consenso informato relativo al setting di cura individuato, con esplicitazione dei tempi di permanenza nella struttura e tempi di monitoraggio (all. 9).

Nota 2 sr Nel caso in cui non ci fosse condivisione da parte dell'utente/tutore va riformulato un nuovo progetto e rinviato al CSM di riferimento.

Nota 3sr- Osservazione ed analisi dei bisogni del paziente per la definizione del piano di trattamento individualizzato ed elaborazione del PTRP in coerenza con il PTI, da parte dell'èquipe riabilitativa SRP/CD.

Nota 4sr - Individuazione e costruzione di strategie univoche condivise con il CSM, la famiglia e utente per un progetto volto a promuovere consapevolezza e responsabilità nel paziente, durante il percorso riabilitativo e dopo il suo termine.

Nota 5sr - Monitoraggio trimestrale del PTRP da parte dell'équipe SRP/CD e CSM attraverso l'analisi schede di valutazione che riportano le attività svolte: BPRS – HONOS – LSP – MMSE – Valutazione esiti del programma per eventuali dimissioni del paziente o proroga permanenza in struttura.

Nota 6sr – Nel caso in cui, a seguito del monitoraggio, gli obiettivi riabilitativi dovessero essere ritenuti raggiunti, si procede alla dimissione del paziente dalla struttura, con contestuale relazione conclusiva e invio al CSM per la rivalutazione del PTI. Il paziente viene invitato a proseguire il percorso nella fase di Follow-up in CSM. In caso contrario, il CSM si attiva per la procedura di richiesta di proroga permanenza nella struttura all'UVM, anche sulla base della relazione della struttura ospitante.

Nota 7sr – Dagli esiti delle valutazioni della UVM, il paziente riprende il percorso in struttura con ridefinizione del PTI, ovvero viene invitato a proseguire in Follow up presso il CSM.

15.2 Rappresentazione a Matrice - Processo amministrativo inserimento SRP/CD (DCA n. 188/2015)

Figura professionale	Cosa fa	Quando	Dove	Documenti
Equipe CSM (Psichiatra, Ass. Sociale, Psicologo e Infermiere, Educatore)	Elabora proposta di inserimento del paziente e richiede la Valutazione all'UVM	Nel corso della definizione del PTI	CSM	Scheda PTI
UVMID (Psichiatra, Infermiera Ass. Sociale)	Valuta l' idoneità della proposta Trasmette scheda PTI al CSM con certificazione di idoneità per la tipologia assistenziale richiesta	Entro 15 gg. Entro 1 gg dall' esito	DSM	Scheda PTI
Responsabile del Servizio Case manager	Recepisce scheda UVM Contatta l' utente e il care giver e in accordo con l' equipe CSM si decide la struttura più idonea, tra quelle presenti nell' elenco delle SRP/CD regionali.	Almeno una settimana prima dell' inserimento.	CSM	Contatto telefonico, Convocazione, Colloquio, Elenco strutture
Case manager in accordo con resp. ed equipe	Invia la scheda ai SRP/CD	Almeno una settimana prima dell' inserimento	CSM	Scheda PTI
CSM (équipe)	Attende conferma disponibilità della SRP/CD, Concorda appuntamento per successivo accompagnamento del paziente	Entro la settimana prima dell' ingresso	CSM	Comunicazione e-mail

Tab. 24

16.1 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RAPPRESENTAZIONE GRAFICA PAZIENTE IN SER.D.

Come è stato esplicitato in premessa, è possibile che si verifichino (e negli ultimi anni sempre di più) casi in cui, l'abuso e/o l'uso cronico di sostanze stupefacenti e psicotrope, possano determinare un quadro clinico di compromissione generale, in cui il Disturbo psichiatrico può presentarsi, sia come una conseguenza della slatentizzazione di sintomi psicotici che non si sarebbero mai manifestati senza l'uso cronico di sostanze (es. "psicosi da cannabis" ed in tal caso si parla di predisposizione alle psicosi), sia come effetto della sostanza d'abuso, tenendo conto anche della tipologia della sostanza e dell'eventuale poliabuso ovvero, dell'assunzione contemporanea di più sostanze (es. cocaina e alcol oppure cocaina, psicofarmaci, alcol – anfetamine, alcol, cocaina – ecstasy (MDMA), alcol, cocaina – cannabis e alcol). In casi del genere la collaborazione tra i Servizi (SER.D. – CSM – NPI (se si tratta di paziente minore) e l'integrazione degli interventi, sono di fondamentale importanza per il recupero della persona, in quanto si tratta di casi complessi di "doppia diagnosi". Il termine Doppia Diagnosi (D.D.), rappresenta la traduzione italiana del termine anglosassone "Dual Disorder", utilizzato originariamente dagli psichiatri newyorkesi George De Leon e Joel Solomon per descrivere una "sindrome o costrutto sindromico"; è stato successivamente codificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "*coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico*". Per la formulazione della diagnosi sono disponibili due strumenti nosografici: la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD10), che rappresenta la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il DSM 5 che rappresenta la classificazione dell'Associazione Americana di Psichiatria.

Di seguito viene descritto e rappresentato graficamente il percorso assistenziale del paziente nel Servizio SER.D. a partire dal ragionamento clinico.

L' ACCESSO

Si premette che l'accesso alle sedi dei Ser.D. è diretto, non serve prescrizione del Medico Medicina generale, né la prenotazione CUP, ma avviene tramite contatto telefonico o direttamente accedendo agli ambulatori durante gli orari di apertura dei Servizi; non ci sono liste di attesa ed hanno priorità nell'accesso: donne in gravidanza, minori, astinenti da sostanze stupefacenti, che hanno bisogno di terapie sostitutive, dimessi dal carcere o dall'ospedale.

L'utenza che afferrisce ai Ser.D. si distingue in due tipologie: la singola persona e l'organizzazione/gruppo di utenti. Bisogna tenere in considerazione tre criteri che possono variamente essere presenti e combinarsi dando origine alle diverse unità di offerta standard: canale

di invio/accesso; tipo di sostanza primaria/comportamento di addiction; tipo di utente, così come di seguito viene rappresentato nel seguente schema:

A - SOGGETTO

Canale di invio/accesso (*)	Tipo di sostanza/Comportamento di Addiction	Tipo di Utente
1 Volontario	1. Sostanze stupefacenti illegali	1. User/additive behaviours
2 Familiari	2. Alcol	2. Persone a rischio (non user dichiarato o documentato, ma con possibile rischio)
3 Ser.D / Comunità	3. Farmaci	
4 Medico di base	4. Tabacco	
5 Pronto Soccorso	5. Gioco d'Azzardo	3. Altro: Familiari – Insegnanti – ecc.
6 Servizi Sociali	6. Da tecnologia digitale	
7 Giustizia:	7. Doping	
Magistrato (art.90, art.94)	8. Multifattore (poliassuntore)	
Prefetto (art.121, art.75)	9. Altro/ Non definito	
8 Polizia/Carabinieri		
9 Carcere		
10 Altri Servizi ASL		

Tab. 25: criteri di accesso - (*) secondo standard OEDT - 2016

Le organizzazioni o i gruppi di utenti vengono individuati secondo il tipo di problema correlato alla domanda e per tipologia di utente che ha espresso un bisogno socio-sanitario; ciò viene rappresentato nello schema seguente:

B – ORGANIZZAZIONI O GRUPPI

Tipo di problema correlato alla domanda	Tipo di utente (organizzazione/gruppo)
Da sostanze o comportamenti addittivi	1 Scuola: Gruppo studenti Gruppo insegnanti Gruppo genitori
1.1 Sostanze stupefacenti illegali	2 Gruppo di Auto Aiuto
1.2 Alcol	3 Enti Locali / Associazioni / Altro
1.3 Farmaci	
1.4 Tabacco	
1.5 Gioco d'azzardo	
1.6 Digitalica	
1.7 Doping	
2 Organizzativo/progettuale	
3 Legale	

Tab. 26 : Tipologia di problema e tipologia di utente

E' necessario distinguere l'*accesso volontario* dall'*accesso involontario*.

Nota 1se - ACCESSO VOLONTARIO O DIRETTO: entrata della persona con bisogni sociosanitari al Servizio su libera scelta o su indicazione dei familiari senza alcun condizionamento

esterno diretto, dovuto ad attivazione di procedimenti amministrativi e/o legali. L'accesso volontario può essere anche "condizionato" da pressioni più o meno forti dei familiari e/o terze persone non appartenenti ad istituzioni. La persona che sceglie volontariamente di accedere al Ser.D. richiede una prestazione di varia natura (esprime una domanda), al fine di soddisfare un bisogno sociosanitario o di consulenza in ambito preventivo, curativo, riabilitativo o di supporto ed orientamento, non ancora formalmente "preso in carico" ed inserito in percorsi assistenziali²⁴.

Nota 2se – PRIMO CONTATTO

In tutti i casi, il paziente viene accolto in primo contatto dall'infermiere e/o dall'assistente sociale che ascoltano e valutano la richiesta, al fine di predisporre una eventuale presa in carico. In particolare, nel caso di accesso non volontario, ad es. mediato dalla Prefettura, detta attività coincide proprio con il colloquio che viene effettuato dall'Assistente Sociale, che dovrà esaminare la tipologia della segnalazione (ai sensi dell'art. 121 o 75 del D.P.R. 309/90). La persona che ha scelto volontariamente di accedere al Servizio e che non presenta una condizione di emergenza/astinenza, viene comunque accolta dall'infermiere e dall'assistente sociale e riceve prestazioni appropriate, al fine di soddisfare un bisogno socio-sanitario o di consulenza in ambito preventivo, curativo, riabilitativo o di supporto ed orientamento. Anche al termine di un intervento di consulenza o informativo, può essere programmato un follow-up a breve ed a lungo termine.

Nota 3se – IN CONDIZIONI DI EMERGENZA E/O ASTINENZA, il paziente riceve subito una visita medica, il medico in collaborazione con l'infermiere, effettua la valutazione tossicologica al fine di accertare la tipologia della sostanza assunta.

Nota 4se – ACCOGLIENZA IMMEDIATA - La valutazione infermieristica è complementare alla valutazione medica, entrambe sono necessarie al fine di valutare la presenza di una dipendenza patologica in atto.

Nota 5se – INTERVENTO FARMACOLOGICO – Il medico in base al risultato dell'esame tossicologico effettuato, che identifica il tipo di sostanza/e usata, stabilisce il trattamento farmacologico più appropriato da iniziare.

Nota 6se – APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO EQUIPE - L'assessment multidisciplinare permette la conoscenza della complessa problematica e la definizione degli interventi terapeutici

24

coerenti con gli obiettivi da individuare e concordare con il paziente. Nella valutazione di équipe il processo di assessment prevede la diagnosi di stato in cui si raccolgono e si valutano le informazioni minime richieste, per la strutturazione di progetti terapeutici con indicazione della tipologia, intensità ed esito dei trattamenti. In équipe si definiscono le modalità di trattamento, mediante la configurazione del piano terapeutico individualizzato che si compone delle seguenti articolazioni: definizione delle aree problematiche centrali, in relazione a quanto emerso dal profilo valutativo; definizione degli obiettivi con esplicitazione degli esiti chiaramente codificati; definizione dei criteri adottati per la valutazione (indicatori di risultato); definizione del piano di trattamento e previsione delle attività da sviluppare; individuazione dei professionisti e dei servizi per le specifiche attività; definizione degli strumenti terapeutici in intervento; definizione dei tempi di realizzazione e dei tempi di effettuazione delle verifiche; colloquio di restituzione al paziente.

Nota 7se – DOPPIA DIAGNOSI - Spesso accade che, nel corso delle valutazioni effettuate alle persone che afferiscono al Ser.D, sorga il sospetto della presenza di una comorbidità psichiatrica oppure di una eventuale concomitante problematica psichiatrica. In tali casi il paziente viene inviato, in consulenza al CSM con richiesta scritta del medico (all. 10).

Nota 8se – COGESTIONE CON CSM - In caso di accertata “doppia diagnosi” si concordano incontri periodici tra le équipe di ambedue i Servizi (CSM – SER.D.) e di comune accordo si stabilisce un Programma Terapeutico (PTI) che comprenda sia il trattamento da effettuare presso il CSM, sia quello da espletare presso il Ser.D.

Nota 9se – INVIO AL CSM – L’invio al CSM viene attivato dall’infermiere su predisposizione del medico, in base alle valutazioni della intera équipe; l’infermiere prende contatto con il CSM e concorda il giorno in cui il paziente dovrà presentarsi con contestuale informazione al paziente.

Nota 10se – PRIMA VISITA (in caso di invio pz. dal CSM al Ser.D.) Può accadere che nel corso delle valutazioni che vengono effettuate alle persone che accedono al CSM, venga evidenziata la presenza di un Disturbo da Uso di Sostanze psicoattive. Anche in questi casi, il paziente inviato dal CSM al Ser.D. con relativa relazione medica, riceve subito una prima visita durante la quale il medico e l’infermiere, attraverso esami tossicologici accertano l’eventuale presenza di una condizione di dipendenza in atto. Nel caso in cui il paziente dovesse risultare negativo ai test tossicologici, l’assistito viene re-indirizzato al CSM, previa comunicazione telefonica.

Nota 11se – VALUTAZIONE IN EQUIPE – In caso di conferma della doppia diagnosi, si rende necessario un approfondimento multidisciplinare dell’équipe.

Nota 12se – IN CASO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA, si individuano le aree problematiche centrali, in relazione a quanto emerso dal profilo valutativo, attraverso l'impiego di strumenti di valutazione quali il colloquio clinico, test e questionari di carattere psicosociale.

Nota 13se – ELEMENTI DI DIAGNOSI FUNZIONALE EMERSI IN EQUIPE – L'approfondimento multidisciplinare in équipe permette di individuare elementi tali da portare alla definizione di una corretta diagnosi. Gli elementi che possono emergere riguardano ad esempio il carving, la mancanza di controllo degli impulsi, la ricerca ossessiva della sostanza di abuso, difficoltà individuali, relazionali e sociali.

Nota 14se – DOPPIA DIAGNOSI – Se le valutazioni di cui sopra confermano la presenza di dipendenza patologica in atto concomitante a disturbo psichiatrico, si procede ad attivare, per il paziente, un piano di trattamento in cogestione tra i due Servizi (CSM – Ser.D.).

In tratteggio nel diagramma funzionale:

Nota 15se – PIANO DI TRATTAMENTO – EQUIPE - In caso di presenza di unico disturbo di Dipendenza patologica il paziente resta in carico solo al Ser.D., il cui personale provvederà alla continuità assistenziale del paziente. L'équipe definisce il Piano di Trattamento Individuale specifico del Ser.D. e le modalità per essere espletato, indica le attività da sviluppare per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Nota 16se – RESTITUZIONE-CONDIVISIONE PZ. Nell'équipe viene individuato il *case-manager* che sarà punto di riferimento per il paziente. Durante il cosiddetto colloquio di restituzione si rende noto al paziente l'esito della valutazione multidisciplinare effettuata e viene condiviso e negoziato il Piano di Trattamento Individuale Ser.D. con le modalità per essere espletato.

Nota 17se – FOLLOW UP (breve termine) - L'équipe di trattamento valuta di norma ogni 6 mesi il raggiungimento degli obiettivi terapeutici fissati, al fine di predisporre un eventuale e successivo piano di trattamento in coerenza con l'evoluzione del quadro clinico del paziente.

Nota 18se – RIVALUTAZIONE - In caso di ricadute o recidive nella Dipendenza patologica, evidenziate nel follow up, il paziente viene rivalutato dall'équipe Ser.D. (nuova valutazione diagnostica) e si ridefinisce il Piano di Trattamento Individuale che può essere: ambulatoriale, se viene espletato presso il Ser.D. oppure residenziale se viene effettuato in una Comunità Terapeutica appropriata e accreditata. Se il paziente concorda per un Piano di Trattamento Ambulatoriale, continua il percorso di cura nel Servizio, ripercorrendo tutte le fasi precedenti fino al Follow up. Quando invece non sussistono le condizioni individuali (es. capacità di mettere in atto nuovi stili di

vita) e familiari (es. assenza o inadeguatezza dei congiunti a determinare il cambiamento), l'équipe Ser.D., in accordo al paziente e, qualora presente, alla famiglia, predispone l'ingresso del paziente in una Comunità Terapeutica appropriata ed accreditata, per l'espletamento di un programma terapeutico residenziale. Al termine del Programma Terapeutico residenziale (di solito il periodo varia secondo le Comunità e la durata non è mai inferiore ai 18 mesi), il paziente viene invitato al Servizio per un Follow up a lungo termine.

Nota 19se – POSSIBILE INSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO – in caso di obiettivi raggiunti L'équipe valuta la possibilità di offrire al paziente, che ha raggiunto e mantenuto la condizione di drug-free, la partecipazione a progetti riabilitativi.

Nota 20se – INSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO – L'équipe che accertato il raggiungimento degli obiettivi prefissati, inserisce il paziente nei progetti di reinserimento socio-lavorativo, attivati nell'ambito dei Piani di Zona dei Comuni. Il *case manager*, individuato nell'équipe di cura, ne sarà il supervisore. In tutta la durata del progetto (di solito 1 anno), il paziente viene monitorato, presso il Ser.D., attraverso sistematici esami tossicologici, la cui negatività garantisce la partecipazione al progetto.

Nota 21se - RIABILITAZIONE - Il paziente che mantiene la condizione di drug-free in tutta la durata del periodo previsto, viene considerato riabilitato e comunque anche se dimissibile, resta in carico al Servizio per un Follow up a lungo termine.

Nota 22se – FOLLOW UP (a lungo termine) – Il paziente continua ad essere monitorato per un anno dalla remissione della Dipendenza patologica al fine di evitare o quanto meno ridurre la possibilità di recidive. Durante questo periodo il paziente viene sottoposto a controlli tossicologici non programmati ed a colloqui mensili con lo psicologo.

PROCEDURA SPECIALE

Prefettura

In caso di segnalazioni ai sensi dell'art.121 D.P.R. 309/90, la persona convocata al Servizio che ha già effettuato un colloquio di ammonimento in Prefettura e ricevuto un provvedimento di archiviazione, dovrà effettuare presso il Ser.D. solo un colloquio informativo-motivazionale e firmare il relativo verbale che sarà inviato, per conoscenza, alla Prefettura.

Se, invece la segnalazione è pervenuta ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 309/90, la persona convocata al Servizio, che rischia l'applicazione delle sanzioni amministrative (ritiro della patente e di ogni

documento personale) è obbligata ad effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio della durata di tre mesi a conclusione del quale, il Servizio comunica in Prefettura, l'esito del programma effettuato.

Minori

Quando Enti come: il Tribunale per i Minorenni, Servizi Sociali, Istituti Scolastici, altri Servizi ASL (TSMREE, NPI, Consulteri) segnalano al Ser.D. minori con problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti, il minore si presenta al Ser.D. accompagnato almeno da un genitore o da chi ne fa le veci. Dopo il primo contatto, comune a tutti, si procede ad un approfondimento diagnostico, per un eventuale successivo trattamento al fine di definire un PTI integrato per la gestione del paziente. E' importante che le due equipe: Ser.D. e NPI seguano congiuntamente il minore e la famiglia, concordando le modalità per l'espletamento del Programma Terapeutico ed il conseguente follow up a breve ed a lungo termine. Le procedure ed i percorsi di cura utilizzati sono quelli previsti dal D.C.A. n°U00451 del 22 Dicembre 2014 "Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza, inserito nel presente PDTA

Nota 23se – ACCESSO MEDIATO: Prefettura – Trib. Minori – Entrata della persona con bisogni sociosanitari all'UO per condizionamenti/obblighi esterni attivati da strutture istituzionali (es. Prefettura, Forze dell'Ordine, Magistratura, Enti locali) per l'effetto dell'applicazione di leggi e/o regolamenti.

Nota 24se – PRIMA VISITA – Anche in questi casi la persona segnalata e convocata al Servizio, viene subito accolta dall'Assistente Sociale e/o Infermiere ed effettua un colloquio informativo/motivazionale. Gli operatori esaminano la tipologia della segnalazione o della richiesta, se si tratta di documentazione proveniente dalla Magistratura.

Nota 25se – POSSIBILE PRESENZA DI DOPPIA DIAGNOSI – L'equipe valuta attraverso colloqui e strumenti diagnostici una eventuale presenza di disturbo psichiatrico. In tal caso si rende necessaria la gestione con il CSM se si tratta di persona adulta, con la NPIA se il paziente è un minore.

Nota 26se – OSSERVAZIONE/MONITORAGGIO – Nel caso in cui, durante la valutazione, non dovessero emergere problematiche psichiatriche, il paziente prosegue in continuità assistenziale presso il Ser.D. per l'espletamento della procedura legale prevista (D.P.R. 309/90). Pertanto, il paziente prosegue il percorso per un periodo di osservazione e monitoraggio della durata di 3 mesi.

Nota 27se- CONDIZIONE DI DRUG-FREE – Se il paziente ha raggiunto e mantenuto la condizione di drug-free, ovvero di negatività costante ai test tossicologici ed ha modificato il proprio stile di vita, non è più tenuto a proseguire il percorso, ai sensi del provvedimento legislativo. In caso contrario, prosegue il il Follow-up del percorso assistenziale specifico Ser.D..

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NEL SER.D.

I trattamenti farmacologici utilizzati per la Dipendenza da oppiacei sono: in prima fase, Metadone cloridrato, sciroppo, allo 0,5%, farmaco agonista anti-astinenziale che viene somministrato giornalmente a dosaggio variabile, stabilito dal Medico del Ser.D. secondo le condizioni del paziente e la gravità della dipendenza; in seconda fase, ovvero quando il paziente ha superato l'astinenza e non assume più sostanza, il trattamento è con Buprenorfina cloridrato, compresse da 2mg o da 8mg, farmaco agonista/antagonista con azione anti-craving, il cui dosaggio giornaliero può variare secondo le condizioni del paziente e le valutazioni dell'equipe curante. I suddetti Trattamenti farmacologici possono essere a breve ed a medio termine, con dosaggio/die a scalare, oppure a lungo termine, con dosaggio/die stabile. Per l'alcoldipendenza viene consigliato l'uso di Acamprosato (Campral), compresse da 333mg, ad azione anti-craving, il cui dosaggio giornaliero è stabilito dal Medico, secondo il peso del paziente. Tutti i trattamenti farmacologici aumentano la loro efficacia se integrati al trattamento psicologico-psicoterapeutico e sociale. Nel caso in cui il Piano di Trattamento preveda il coinvolgimento di altri Servizi e della rete integrata, (come nei casi di cosiddetta "doppia diagnosi", il Servizio propone e condivide gli obiettivi e le azioni da mettere in atto con gli altri Servizi per la cogestione del caso e la verifica dei risultati. La titolarità della gestione del paziente rimane in capo al Servizio Pubblico (Ser.D.) che ne garantisce il carico amministrativo territoriale²⁵.

²⁵ *Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici – Gestione della procedura – Det. Reg. B02807 del 28/02/201*

16.2 RAPPRESENTAZIONE A MATRICE – SER.D. - FASE ACCOGLIENZA / VALUTAZIONE

Figura prof.	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere	<p>primo contatto filtro, attivazione procedura di accoglienza, ascolto domanda del pz.</p> <p>e/o familiari o figura di riferimento, fornisce informazioni sul servizio, fissa il primo appuntamento per la prima visita medica e con gli altri operatori. Esecuzione esami tossicologici.</p> <p>Compilazione scheda autorizzazione al trattamento dati personali.</p>	<p>Primo contatto filtro</p> <p>con il pz. con o senza familiari o figura di riferimento.</p>	In sede	<p>Cartella clinica</p> <p>Inserimento dati in cartella clinica informatizzata</p>
	<p>Avvia iter di screening richiesto dal medico e fissa appuntamento per prelievo ematico.</p> <p>Drug-test a lettura rapida su campione biologico (urine)</p> <p>Prelievo ematico (Esami ematochimici)</p>	<p>Dopo prima visita medica, su indicazione del medico.</p>	In sede	
Ass. Sociale	<p>Colloquio di accoglienza e prima raccolta dati, rilascio informazioni, decodifica della domanda.</p>	<p>Dopo primo contatto del pz. con l'infermiere.</p>	In sede	<p>Compilazione parte sociale della cartella clinica. Inserimento dati in cartella informatizzata</p>
	<p>Osservazione ed analisi della rete personale e delle risorse sociali e familiari.</p> <p>Individuazione punti di forza e debolezza.</p> <p>Colloquio sociale, questionari (ASI) Addiction Severity Index</p>	<p>Incontri settimanali concordati con il pz. e/o familiari.</p>		<p>Inserimento dati in cartella informatizzata</p>

Medico	<p>Colloquio clinico anamnestico(personale, familiare, fisiologico, patologico,tossicologico), esame obiettivo, valutazione stato clinico, segni astinenziali in atto, prescrizione esami tossicologici, altri accertamenti es. elettrocardiogramma, prima valutazione diagnostica, impostazione terapia sostitutiva (se necessario). Misurazione P.A.</p> <p>Valuta la necessità di richiedere consulenza psichiatrica.</p> <p>Comunica al MMG l'esito della visita (se il pz. è giunto al Servizio su invito del MMG), comunica l'esito della visita al CSM/NPI se il pz. è stato inviato da questi Servizi, oppure richiede consulenza a CSM/NPI se ne riscontra la necessità.</p>	Prima visita	In sede	Refertazione Scheda invio CSM/NPIA (all. 10) Modulo informativo per il MMG – CSM/NPIA
<p>Psicologo</p> <p>Colloquio clinico anamnestico motivazionale, storia personale del pz, osservazione clinica, trattabilità del pz., anamnesi psicologica e psicodiagnosi, individuazione risorse personali, familiari e sociali, Counseling, valutazione della motivazione al cambiamento.</p> <p>ASI, MAC, MMP12, Test carving, VAS, Test CIWA(per alcol), CAGE (per alcol), AUDIT(per alcol), Scala di Hamilton D</p>		Incontri settimanali concordati con il pz.	In sede	<p>Compilazione cartella clinica informatizzata</p>

Tab. 27

Rappresentazione a Matrice - FASE TRATTAMENTO – Percorso Ser.D.

Figura prof.	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere	Raccolta urine per esame toss. Prelievo venoso, Drug-Test a lettura immediata, prelievo venoso, esecuzione test per sostanze stupefacenti, somministrazione orale dei farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altre terapie), registrazione giornaliera di carico e scarico farmaci, consegna/affidamento terapia orale, collabora con i medici della struttura e con l'equipe, attività di invio del pz. ad altri Ser.D. (trasferimento farmacologico)	Durante il Programma Terapeutico Integrato del pz. gli esami toss. vengono effettuati 2 volte la settimana, mentre il prelievo venoso 2 volte l'anno. La somministrazione dei farmaci è giornaliera o bisettimanale se il pz. risulta negativo ai drug-test. La registrazione di carico e scarico farmaci è giornaliera.	In sede	Registrazione delle prestazioni effettuate al pz. nella cartella informatizzata. Registrazione sul modulo informatizzato Winsimet - Molteni
	Collabora con l'equipe di cura e partecipa alla cogestione del pz. in caso di D.D. Confronto relativo all'anamnesi ed alle valutazioni effettuate per la definizione del PTI	Durante incontri programmati con équipe CSM/NPIA		

<p>Medico</p>	<p>Definisce il Trattamento farmacologico e la dose giornaliera necessaria, secondo la tipologia della dipendenza evidenziata e la relativa Diagnosi formulata, modifica il Trattamento farmacologico secondo le valutazioni relative alla compliance e all'esito degli esami toss. effettuati. Partecipa in equipe alla definizione del PTI.</p> <p>Condivisione con l'equipe di cura ed in caso di D.D. cogestione del pz. con equipe CSM o NPI (se minore)</p>	<p>Secondo quanto pianificato nel PTI</p> <p>Durante tutto il percorso terapeutico del pz.</p> <p>Revisione della terapia farmacologica, dopo verifica di assenza di recidive oppure in caso di persistente positività (dopo 3 mesi dall'inizio del trattamento)</p> <p>In incontri concordati con il CSM o NPI (se minore)</p>	<p>In sede</p> <p>Presso postazione CSM/NPIA</p>	<p>Registrazione nella cartella informatizzata</p>
<p>Psicologo</p>	<p>Inquadramento psicologico (profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazioni, autoconsapevolezza, auto percezione dei propri problemi, risorse, significato e rapporto con la sostanza. Motiva il pz. al cambiamento e favorisce l'alleanza terapeutica. Partecipa alla definizione del PTI. Condivisione con l'equipe di cura e partecipazione agli incontri per la cogestione pz. con CSM/NPIA Colloquio clinico individuale o familiare, Colloquio motivazionale, Counselling, Psicoterapia</p> <p>Incontri programmati per la cogestione del pz</p>	<p>Nella fase in cui il pz. ha raggiunto la negatività alla sostanza d'abuso ed è nella cosiddetta fase motivazionale della "Determinazione".</p> <p>Quando è stata confermata la presenza di D.D.</p>	<p>In sede</p> <p>Presso postazione CSM o NPI o Ser.D.</p>	<p>Registrazione nella cartella informatizzata</p>

Tab. 28

Rappresentazione a Matrice - FASE MONITORAGGIO – FOLLOW UP – Percorso Ser.D.

Figura prof.	Cosa fa	Quando	Dove	Documentazione
Infermiere	<p>Valutazione degli esiti supportata dalla documentazione clinica raccolta. Valuta insieme a tutti gli operatori dell'equipe gli obiettivi terapeutici raggiunti, la condizione di drug-free, il miglioramento dello stile di vita ed in caso di D.D. il superamento di crisi o recidive nel disturbo psichiatrico insieme al CSM/NPI.</p> <p>In equipe predisporre dopo 6 mesi un successivo PTI, apportando le modifiche terapeutiche coerenti con l'evoluzione del quadro clinico del pz. Colloquio di restituzione al pz. del monitoraggio e negoziazione aggiornamento PTI</p> <p>Dopo 1 anno dalla fine del percorso insieme all'equipe valuta la possibilità di offrire al pz. consulenze periodiche in caso di necessità oppure eventuale ripresa del trattamento in caso di ricaduta o di difficoltà relazionali/familiari.</p>	<p>Come stabilito nel PTI generalmente dopo 6 mesi dall'inizio del percorso terapeutico</p> <p>Follow up dopo 1 anno</p>	<p>In équipe Con équipe CSM/NPI A</p>	<p>Cartella clinica</p> <p>Scheda Piano di trattamento realizzato</p> <p>Scheda valutazione esiti</p> <p>Registrazione prestazioni diario clinico e cartella informatizzata</p>
Ass. Sociale	<p>Valutazione degli esiti supportata dalla documentazione clinica raccolta.</p> <p>Valuta insieme a tutti gli operatori dell'equipe gli obiettivi terapeutici raggiunti, anche con equipe CSM/NPI in caso di cogestione pz.</p> <p>In equipe predisporre dopo 6 mesi un successivo programma terapeutico, apportando le modifiche terapeutiche coerenti con l'evoluzione del quadro clinico del pz.</p> <p>Colloquio di restituzione al pz. del monitoraggio e negoziazione aggiornamento PTI</p>	<p>Come stabilito nel PTI, generalmente dopo 6 mesi dall'inizio del percorso terapeutico</p> <p>Follow up</p>	<p>In équipe Con équipe CSM/NPI A</p>	<p>Scheda Piano di trattamento realizzato</p> <p>Scheda valutazione esiti</p> <p>Registrazione prestazioni diario clinico e cartella informatizzata</p>

		dopo 1 anno		
Medico	<p>Valuta la possibilità di offrire al pz. consulenze periodiche in caso di necessità oppure eventuale ripresa del tratt. in caso di ricaduta o di difficoltà relazionali/familiari.</p> <p>Valutazione degli esiti supportata dalla documentazione clinica raccolta. Valuta insieme a tutti gli operatori dell'equipe gli obiettivi terapeutici raggiunti, la condizione di drug-free, la compliance al trattamento, il miglioramento dello stile di vita ed in caso di D.D. il contenimento delle crisi o delle recidive insieme al CSM/NPI.</p> <p>In equipe predispone dopo 6 mesi un successivo PTI, apportando le modifiche terapeutiche coerenti con l'evoluzione del quadro clinico del pz. Colloquio di restituzione al pz. del monitoraggio e negoziazione aggiornamento PTI</p> <p>Dopo 1 anno dalla fine del percorso insieme all'equipe valuta la possibilità di offrire al pz. consulenze periodiche in caso di necessità oppure eventuale ripresa del trattamento in caso di ricaduta o di difficoltà relazionali/familiari.</p>	<p>Dopo 6 mesi dall'inizio del percorso terapeutico</p> <p>Follow up dopo 1 anno</p>	In equipe	<p>Scheda Piano di trattamento realizzato</p> <p>Scheda valutazione esiti</p> <p>Registrazione prestazioni diario clinico e cartella informatizzata</p>
Psicologo	<p>Valutazione degli esiti supportata dalla documentazione clinica raccolta. Valuta insieme a tutti gli operatori dell'equipe gli obiettivi terapeutici raggiunti, il mantenimento della condizione di drug-free, il cambiamento dello stile di vita ed in caso di D.D. il contenimento delle crisi o delle recidive insieme al CSM/NPI.</p> <p>In equipe predispone dopo 6 mesi un successivo PTI, apportando le modifiche terapeutiche coerenti con l'evoluzione del quadro clinico del pz. Colloquio di restituzione al pz. del monitoraggio e negoziazione aggiornamento PTI</p>	<p>Dopo 6 mesi dall'inizio del percorso terapeutico</p> <p>Follow up dopo 1 anno</p>	In equipe	<p>Scheda Piano di trattamento realizzato</p> <p>Scheda valutazione esiti</p> <p>Registrazione prestazioni diario clinico e cartella informatizzata</p>

Tab. 29



17 AUDIT

Il termine AUDIT viene diffusamente utilizzato con il significato di “*esame sistematico e indipendente, all’interno del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), volto a determinare se le attività svolte ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto stabilito venga attuato efficacemente e mantenuto aggiornato*”²⁶. L’Audit clinico è un importante strumento di *Clinical Governance* ed il suo utilizzo, continuo e sistematico, è previsto anche nei percorsi assistenziali come metodo più appropriato per valutare il grado di aderenza dell’attività clinica alle migliori pratiche disponibili ed assicurare elevati standard di assistenza. Eventuali discrepanze tra pratica rilevata e criteri prestabiliti prevedono che siano progettate azioni di miglioramento con specifiche strategie, tra le quali un ritorno di informazioni, facilitazioni alla formazione e verifica del cambiamento della pratica implementata. Attraverso l’Audit la struttura o processo può essere valutata rispetto a variabili di: struttura: di quali risorse dispone; di processo: come funziona dal punto di vista organizzativo e professionale rispetto all’aderenza alle linee guida cliniche di riferimento; di output: cosa ottiene dal punto di vista del prodotto; di outcome: cosa ottiene dal punto di vista della salute dei pazienti; di equilibrio economico: quante risorse economiche assorbe. L’Audit non riguarda semplicemente l’attività ordinaria di raccolta dei dati, ma piuttosto la verifica periodica della buona qualità dell’attuazione del percorso assistenziale, rispetto a indicatori e standard stabiliti. Le modalità di esecuzione della verifica riguardano: 1. La progettazione metodologica generale del percorso, 2. Gli indicatori attivati e l’analisi degli scostamenti, 3. I casi clinici relativi al percorso attuato. L’Audit viene effettuato dal gruppo di lavoro con cadenza semestrale, ma anche quando emergano situazioni organizzative nuove, che possano giustificare una revisione critica della progettazione del percorso o della sua specifica attuazione (all. 11).

PUNTI DI FORZA DELL’AUDIT:

1. Confronto attraverso il lavoro di gruppo per la definizione degli argomenti oggetto di discussione
2. Confronto tra diverse professionalità e partecipazione attiva di tutto il gruppo coinvolto
3. Utilizzo di criteri e standard di riferimento scientificamente condivisi

²⁶ Baraghini G., Capelli M. (1997), *Il Sistema Qualità ISO 9000 in sanità*, FRANCO ANGELI 1997

4. Rilevazione di “errori” diagnostici, procedurali, protocolli, poco chiari; azioni di miglioramento
5. Miglioramento della comunicazione e della relazione tra operatori

ARTICOLAZIONE dell’AUDIT:

1. Identificazione dell’area clinica e/o dei problemi assistenziali ed organizzativi oggetto della valutazione, con conseguente identificazione della tipologia di paziente,
2. Identificazione dell’insieme di informazioni da raccogliere per ciascun caso secondo modalità standardizzate, rilevanti ai fini della valutazione,
3. Identificazione dei parametri di riferimento (criteri, indicatori e relativi standard),
4. Analisi dei dati raccolti ai fini di un confronto tra profili assistenziali ed i loro esiti clinici documentati e gli standard di riferimento,
5. Definizione delle opportune strategie di miglioramento, laddove sia stata riscontrata una significativa differenza tra i profili assistenziali documentati e gli standard professionali di riferimento,
6. Ripetizione del processo di valutazione e gli interventi attuati per ottenere e/o sostenere il miglioramento.

18 SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO

La valutazione di “ciò che si fa e si ottiene” e “ciò che si attende di fare e ottenere”, identificato come standard di riferimento, attraverso specifici indicatori, è alla base del monitoraggio dei percorsi assistenziali. Nella fase di sviluppo del percorso, è indispensabile identificare quali informazioni siano disponibili per la costruzione degli indicatori in grado di monitorare i punti critici del percorso assistenziale. In considerazione dell’attuale mancanza di un sistema di registrazione informatizzata dei dati relativi al trattamento dei disturbi schizofrenici è necessario utilizzare le informazioni contenute nei flussi informativi correnti. Eventuali ulteriori indicatori di approfondimento possono essere valutati in caso di rilevazione di criticità o di necessità di approfondimenti.

Dal momento della approvazione del PDTA seguono sei mesi di fase pilota. In questa fase è necessario verificare la corretta applicazione di quanto definito già nel primo mese monitorando soprattutto negli snodi principali di passaggio e le procedure più complesse. E’ indispensabile pianificare il periodico

confronto tra operatori sanitari nell'ambito della gestione dei processi che caratterizzano il percorso assistenziale mediante specifiche procedure di audit. Durante le riunioni pianificate in tale ambito, vengono discussi i report con il risultato degli indicatori, analizzate le eventuali criticità evidenziate dagli scostamenti, programmate eventuali indagini di approfondimento e pianificate le eventuali azioni correttive. L'analisi degli scostamenti, l'audit clinico e gestionale e la riprogettazione dei processi sono alla base del ciclo di miglioramento continuo della qualità assistenziale. E'opportuno effettuare il primo audit dopo sei mesi dall'implementazione, ma anche quando emergono situazioni organizzative nuove, che possano giustificare una revisione critica della progettazione del percorso o della sua specifica attuazione. Al termine dell'audit, sulla base dei risultati ottenuti dal report e dalle azioni di riprogettazione da mettere in atto, viene riprogrammato il successivo audit per la verifica dei risultati di quanto riprogettato. *Fonte: "Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Profili Integrati di Cura nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte" – Aress: Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari -*

Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, su scale qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio in merito.

Nell'ambito della progettazione del PDTA, gli **INDICATORI** di valutazione rappresentano uno degli strumenti per verificare in modo sintetico la specifica applicazione del percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione. L'applicazione degli indicatori nei percorsi rappresenta uno degli elementi maggiormente qualificanti. Affinchè un indicatore diventi un'informazione utile, cioè possa realmente essere utilizzato per prendere decisioni, è opportuno che sia accompagnato da un valore soglia o standard, ossia un valore di riferimento. Lo standard può essere basato su valori riportati in letteratura, su dati forniti da organismi nazionali o internazionali (soglia "istituzionale" o "normativa"), può dipendere da situazioni locali (soglia interna).

Nel presente percorso assistenziale gli INDICATORI sono: 1. di processo, in quanto misurano l'appropriatezza ovvero quanto un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo

riceve (appropriatezza clinica diagnostica o terapeutica), 2. di output che misurano per es. giornate di degenza, e/o prestazioni erogate anche rispetto al numero degli operatori, 3. di esito che misurano le variazioni dello stato di salute a livello del singolo paziente e sono specificati sulla base di parametri clinici, fisiologici e biochimici, emozionali e cognitivi, psicosociali o anche essere relativi alla soddisfazione dell'utente. Nell'attuale PDTA sono stati presi come riferimento indicatori clinici riportati nel DCA n°U00094/2017 del 17/03/2017 e definiti nell'Accordo n°137/CU "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici...", sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 Novembre 2014. Per quanto riguarda i servizi del Ser.D, si rimanda agli indicatori della Linea Guida per la Valutazione degli Esiti Clinici (Determina Regionale B02807 del 28.02.2013), i cui dati vengono trasmessi in tempo reale direttamente all'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

18.1 Indicatori NPIA

Di seguito vengono elencati gli Indicatori e le Raccomandazioni fornite dalle Linee di programmazione regionale per i servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza del Lazio del 09/01/2014 e gli indicatori delle Linee Guida del 17/03/2017. Gli Indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni. Permettono un confronto: a) nel tempo (in momenti diversi); b) nello spazio (tra realtà diverse); c) rispetto ad un obiettivo da raggiungere o mantenere. Nel presente percorso, gli Indicatori valutano il processo e l'appropriatezza clinica, (es. % prescrizione di una specifica classe di farmaci) ed appropriatezza organizzativa (es. tempi di intervento, % ricoveri).



Fonte	Modello d'intervento integrato socio sanitario per la realizzazione di percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per adolescenti con disturbi psichiatrici: linee programmatiche. – Audizione alla VII Commissione – Politiche sociali e salute del Consiglio Regionale del Lazio – 9 gennaio 2014 - SINPIA Lazio - Indicatori derivati dalle Raccomandazioni relative al Disturbo Schizofrenico - Decreto R. L. n° U 00094/2017 17/03/2017 - Linee di programmazione regionale per i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) del Lazio, SINPIA – Sezione Regionale Lazio, 2013	
Raccomandazione n°1	Rivelazione precoce dell'insorgenza della patologia psichiatrica nei Servizi Territoriali Diminuzione del tempo intercorso tra i primi sintomi dell'esordio per la presa in carico.	
Indicatore	Individuazione Sintomi precoci (difficoltà relazionali, ritiro sociale, abbandono scolastico)	1.1
Raccomandazione n°2	Lavoro di Rete tra Servizi Territoriali ambulatoriali, semiresidenziali, comunità terapeutiche e Strutture Ospedaliere di II° Livello dell'QASL Latina e Strutture Ospedaliere di Ricovero Psichiatrico di III° Livello Il lavoro coordinato in rete tra Servizi esistenti è un elemento positivo del trattamento dell'esordio, della sua prevenzione e dell'esito a lungo termine. La metodologia di un lavoro in Rete tra Servizi coinvolti nella gestione esordi è essenziale per l'attuazione del percorso terapeutico assistenziale e per la continuità assistenziale	
Indicatore	Protocolli tra Servizi Territoriali e Servizi Socio Sanitari; Protocollo tra Servizi Territoriali e Ospedali ASL Latina; Protocollo tra Ospedali ASL Latina e Strutture di III° Livello e Servizi Territoriali di NPI	2.1
Raccomandazione n°3	È importante potenziare l'intervento territoriale al fine di garantire una tempestività di accesso ai Servizi, una diagnosi precoce all'esordio della psicopatologia e la possibilità di avviare interventi appropriati ed efficaci. Inoltre è necessario costruire una rete sostanziale tra i Servizi Territoriali per la segnalazione di tutte quelle situazioni che possono presentare indicatori di "Sofferenza mentale" all'interno dei contesti di vita dell'adolescente Scuola, Famiglia, Servizi di Pediatria e Medicina Generale con programmazione di interventi appropriati	
Indicatore	Effettuazione di Valutazione Multidimensionale (VDM) di adolescenti con disturbi psichiatrici	3.1

Raccomandazione n°4	L'integrazione tra i servizi presenti sul territorio rappresenta la pre-condizione fondamentale per una corretta assistenza e cura della "crisi" in adolescenza. Appare indiscutibile, quindi, la Formazione comune su questo tema per elevare la capacità degli operatori presenti sul territorio nel cogliere i segnali di rischio: - Acquisizione di un linguaggio e di strumenti comuni tra le varie professionalità che si interfacciano con le problematiche relative all'adolescente con psicopatologia.	
Indicatore	Formazione sugli Esordi Psicotici, Monitoraggio dei Percorsi assistenziali per adolescenti con disturbi psichiatrici attraverso Audit clinico-organizzativi	4.1
Raccomandazione n° 5	È essenziale facilitare la Continuità della Cura tra Servizi di salute Mentale dall'adolescente all'età adulta attraverso un lavoro in rete condiviso anche attraverso Protocolli d'intesa. In tale ottica è essenziale con la formazione/progetti tra Servizi DSM, NPI e Medici di Medicina Generale per una presa in carico precoce.	
Indicatori	Numero di pazienti presi in carico dal DSM per Continuità terapeutica.	5.1

Tab. 30

INDICATORI - Esordi Precoci - 15-17 aa

PDTA per adolescenti con esordi psicotici	Indicatori di risultato	Rilevato da
	Numero di ricoveri per pazienti in trattamento presso i Servizi NPI	Rilevato NPI
	Numero ricoveri < 16 aa in SPDC	SIO
	Numero di prese in carico nei Servizi Territoriali NPI/ Numero VMD	rilevato da DSM
	Numero di percorsi terapeutici c/o Centro Diurno Numero VMD	rilevato da DSM
	Numero di Percorsi Riabilitativi c/o Strutture Riabilitativa Estensiva STRe/Numero VMD	rilevato da DSM
	Numero di Progetti Domiciliari Strutture Riabilitative ex art.26/Numero VMD	rilevato da DSM
	Numero di passaggi dai Servizi NPI al CSM	rilevato da DSM

Tab. 31

18.2 Indicatori - CSM

Fonte	LINEE GUIDA REGIONE LAZIO	
	Decreto N°U00094 del 17 Marzo 2017	
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale nei pazienti con disturbo all'esordio	S5
Raccomandazione	La presa in carico del paziente con disturbo mentale grave all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.	
Fonte Informativa	SISP	
Note	<p>° Sono inclusi sia le prestazioni erogati in CSM che i giorni di presenza presso il Centro Diurno</p> <p>° L'Indicatore è costruito sul numero medio di visite per mese di presa in carico del paziente, in quanto il paziente può entrare in</p> <p>contatto con il DSM per un numero di mesi limitato durante l'anno solare. E' quindi necessario contare i mesi per paziente dal primo</p> <p>contatto nell'anno e dividerli poi per il numero di contatti nell'anno. Per tutti i pazienti con almeno una visita nel periodo, viene calcolata la media del numero medio di visite dei singoli pazienti.</p> <p>° Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto la loro prima visita con il DSM</p> <p>nell'anno della valutazione ed in cui la prima visita psichiatrica in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.</p> <p>° L'indicatore può essere riformulato a livello regionale in base alle esigenze organizzative del DSM.</p>	
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari nei pazienti con disturbo all'esordio	S6
Raccomandazione	La presa in carico con disturbo mentale grave all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.	
Misura	Media interventi in CSM rivolti ai familiari per mese di presa in carico per i pazienti con disturbo all'esordio.	
Fonte Infor.	SISP	

Note	<p>° Si considerano interventi rivolti ai familiari i colloqui con i familiari, la psicoterapia familiare, i gruppi di familiari, gli interventi di carattere psicoeducativo rivolti alla famiglia.</p> <p>° Sono inclusi solo i pazienti che vivono con i familiari (genitori, fratelli, partner o figli).</p> <p>° L'Indicatore è costruito sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente, in quanto il paziente può entrare in contatto con il DSM per un numero di mesi limitato durante l'anno solare. E' quindi necessario contare i mesi per paziente dal primo contatto nell'anno e poi dividerli per il numero di contatti nell'anno. Per tutti i pazienti con almeno un contatto nel periodo, viene calcolata la media del numero medio di contatti dei singoli pazienti.</p> <p>° Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.</p> <p>° L'indicatore può essere riformulato a livello regionale in base alle esigenze organizzative del DSM.</p>	
-------------	---	--

Tab. 32

Definizione	Trattamenti psicoeducativo per i pazienti con disturbo all'esordio	S9
Indicatore		
Raccomandazione	Ai pazienti all'esordio sono erogati di routine interventi psicoeducativi e psicoterapici; in presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave, vengono erogati interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze.	
Misura	Percentuale	
Numeratore	Numero di pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio, le cui famiglie ricevono almeno 4 sedute o incontri psicoeducativi in un anno.	
Denominatore	Numero di pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio, che vivono con i familiari e con almeno una visita al DSM nell'anno.	
Fonti Informative	SISP	



Note	<p>° Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori. Hanno generalmente lo scopo di informare secondo programmi definiti i familiari sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico dell'utente. Attraverso un metodo strutturato, mirano a migliorare la capacità del nucleo familiare nell'affrontare le situazioni problematiche e lo stress che ne può derivare.</p> <p>° Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pz.</p> <p>° Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.</p>	
Definizione Indicatore	Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	510
Raccomandazione	Ai pazienti all'esordio sono erogati di routine interventi psicoeducativi e psicoterapici; in presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave, vengono erogati interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, basati sulle evidenze.	
Misura	Percentuale	
Numeratore	Numero di pz. con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio che ricevono almeno 4 sedute di psicoterapia o 4 colloqui psicologici in un anno.	
Denominatore	Numero di pz. con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio con almeno una visita al DSM nell'anno (prevalenza trattata)	
Fonti Informative	SISP	
Note	<p>° Sono state incluse nella analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i data base amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia. E' da rilevare che per alcune patologie come la schizofrenia le prove di evidenza sono: maggiori per alcuni tipi di psicoterapia (come la psicoterapia cognitivo-comportamentale) rispetto ad altre (ad es. quella ad indirizzo psicodinamico).</p> <p>° Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.</p>	

Tab. 33

18.3 Indicatori -SPDC

GESTIONE ACUZIE NEL DISTURBO SCHIZOFRENICO

Fonte	LINEE GUIDA REGIONE LAZIO	
	Decreto N° U00094 del 17 Marzo 2017	
Definizione Indicatore S14	Riammissione in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	S14
Raccomandazione	Se il pz. viene ricoverato in SPDC vengono messe in atto misure per limitare il ricorso al TSO e vengono attivati interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.	
Misura	Percentuale	
Numeratore	Numero dei ricoveri dei pazienti con disturbo schizofrenico in SPDC che avvengono entro 30 giorni dalla dimissione.	
Denominatore	Numero di ricoveri in SPDC dei pazienti con disturbo schizofrenico	
Fonti Informative	SDO	
Definizione Indicatore S15	Degenze ospedaliere superiori a 30 giorni	S15
Raccomandazione	Se il pz. viene ricoverato in SPDC vengono messe in atto misure per limitare il ricorso al TSO e vengono attivati interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.	
Misura	Percentuale	
Numeratore	Numero di ricoveri in SPDC dei pazienti con disturbo schizofrenico della durata superiore ai 30 giorni	

Denominatore	Numero di ricoveri in SPDC dei pazienti con disturbo schizofrenico	
Fonti Informative	SISP SDO	
Definizione Indicatore S18	Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto	S18
Raccomandazione	Il paziente con un episodio acuto riceve un dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici per un periodo di almeno 1-2 anni e nel caso che i farmaci vengano interrotti viene attuato un monitoraggio clinico di eventuali ricadute per almeno 2 anni. Particolare attenzione va posta alla sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, monitorando gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici	
Misura	Percentuale	
Denominatore	Numero di pazienti con disturbo schizofrenico all'inizio del trattamento con un farmaco antipsicotico.	
Fonti Informative	SISM	
Definizione Indicatore S19	Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici	S19
Raccomandazione	Il pz. con un episodio acuto riceve un dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici per un periodo di almeno 1-2 anni e nel caso che i farmaci vengano interrotti viene attuato un monitoraggio clinico di eventuali ricadute per almeno 2 anni. Particolare attenzione va posta fin dall'inizio del trattamento alla sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, monitorando gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici.	

Tab.34

18.4 INDICATORI – SRP/CD Trattamenti Continuativi a Lungo Termine

	LINEE GUIDA REGIONE LAZIO Decreto N°U00094/2017 del 17/03/2017	
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al Paziente	S26
Raccomandazione	Nella fase di mantenimento e promozione del recupero psicosociale i pazienti con disturbo schizofrenico ricevono all'interno del DSM un trattamento continuativo, in genere di natura multiprofessionale, con il coinvolgimento di più figure professionali oltre lo psichiatra, specie se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni ed abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana). In questi casi viene attivato un piano di trattamento individuale (PTI), in cui siano specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte (con definizione della figura del case manager)	
Misura	Percentuale	
Numeratore	Numero di pazienti con più di cinque interventi territoriali erogati in CSM	
Denominatore	Numero di pazienti in trattamento presso i CSM	
Fonti Informative	SISM	
Note	Sono inclusi sia gli interventi individuali e di gruppo erogati in CSM che i giorni di presenza presso il Centro Diurno, l'Indicatore può essere riformulato a livello regionale in base alle esigenze organizzative del CSM	
Definizione Indicatore S40 Indicatore accessorio	Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze	S40
Raccomandazione	Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata un'attenta valutazione del grado di abuso/dipendenza, con una eventuale presa in carico congiunta con il Servizio per le Dipendenze.	
Misura	Percentuale	
Numeratore	Pazienti in trattamento nei CSM con almeno un contatto nel SERD nel periodo di un anno	
Denominatore	Pazienti in trattamento nei CSM nel periodo di un anno	
Fonti Informative	SISP S.I.R.D. (Sistema Informatico Regionale Dipendenze)	

Tab. 35

19 SISTEMA RACCOLTA DATI E CRITICITÀ

In considerazione delle molteplici strutture coinvolte e della dislocazione geografica nel territorio della ASL delle strutture di erogazione delle prestazioni previste dal percorso, sarebbe necessario poter disporre di uno strumento fruibile a tutti gli specialisti che permettesse la consultazione e l'accesso per l'inserimento dei dati in tempo reale e contemporaneamente in più strutture. A tutt'oggi questo sistema informatizzato, attivato dalla Regione Lazio dal 2010, esiste ed è utilizzato solo nei Servizi per le Dipendenze Patologiche (SER.D.), si tratta del SIRD ovvero Sistema Informatico Regionale Dipendenze a diretto contatto con l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio al quale, in tempo reale vengono trasmessi, giornalmente, dati dei pazienti e prestazioni erogate dagli Operatori dei SER.D. Per quanto riguarda gli altri Servizi coinvolti nel PDTA, i dati vengono elaborati dai flussi informativi aziendali come SIO, dal SISP sistema informatico salute mentale, dal SINPIA sistema informatico neuropsichiatria infanzia e adolescenza.

Organizzare un Servizio che lavori per “processi”, significa superare l'approccio “erogazione di risposte tecnico-professionali centrate sul sintomo e la patologia” e proporre *un modello che costruisce risposte integrate e verificabili per migliorare la qualità della vita dei pazienti. Significa anche darsi obiettivi, tempi di realizzazione, strumenti terapeutici adeguati al progetto e criteri di valutazione concreti.*

20 APPROVAZIONE – DIFFUSIONE – IMPLEMENTAZIONE

Le attività previste sono le seguenti:

1. Eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari,

2. Pubblicazione del PDTA sul sito aziendale,
3. Informazione e coinvolgimento delle Associazioni di volontariato e del Terzo settore, dei Servizi Sociali dei Comuni e delle altre istituzioni coinvolte
4. Incontri e riunioni con tutti gli operatori coinvolti

Il PDTA prevede una fase pilota di circa 6 mesi durante la quale attraverso l'osservazione dei processi reali, saranno evidenziati i punti di forza e di debolezza del percorso elaborato. L'obiettivo principale è valutare eventuali ostacoli all'applicazione di quanto definito nel PDTA, verificando se quanto pianificato nella fase di elaborazione del percorso, venga effettuato in modo univoco e condiviso da tutti gli attori coinvolti e correggere le azioni che non risultano appropriate per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

21 MODELLO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Nell'ambito delle attività di individuazione degli indicatori e dei requisiti del percorso assistenziale del paziente con disturbi schizofrenici, sono stati presi in considerazione i seguenti aspetti:

- la revisione della letteratura, con particolare attenzione alle proposte già note in ambito nazionale e internazionale, come brevemente riportato in premessa a questo capitolo;
- la coerenza con le caratteristiche di:
 - a) affidabilità, dal momento che le misurazioni risultano costanti anche se effettuate da diversi osservatori o ripetute dallo stesso osservatore in momenti diversi;
 - b) validità, l'indicatore misura effettivamente ciò per cui è stato elaborato;
 - c) utilizzabilità, le informazioni generate sono facilmente interpretabili per suggerire iniziative migliorative;
 - d) fattibilità, di facile adozione e con costi contenuti.

Tale sistema richiede necessariamente la messa a punto di un Sistema Informativo e Informatico dei dati (SII) per la successiva pianificazione delle strategie di miglioramento delle prestazioni, ovvero l'individuazione delle misure necessarie per il raggiungimento e mantenimento degli *standard* minimi.

Una volta individuati i principali requisiti ed indicatori del percorso, il lavoro è proseguito con il proposito di delineare un modello di valutazione multidimensionale della *performance*. L'obiettivo principale è consistito nel cercare di trovare una possibile alternativa ai sistemi di valutazione tradizionali, che spesso si caratterizzano per:

- un ricorso prevalente ad indicatori di processo, piuttosto che di risultato e di esito;
- una limitata considerazione della dimensione qualitativa;
- una prevalente attenzione alla misurazione dei prodotti e delle risorse impiegate;
- una visione compartimentale di struttura organizzativa (Dipartimento, UOC e UOS).

Viceversa, secondo la logica di gestione per processi, si è cercato di focalizzare l'attenzione sui risultati, gli esiti e sulla qualità degli stessi, favorendo la capacità di individuare i nodi critici dei processi assistenziali per intervenire in un contesto di responsabilità complessiva dell'organizzazione rispetto al conseguimento degli obiettivi prefissati. Il sistema multidimensionale per la valutazione della *performance* dei percorsi assistenziali è stato elaborato su esplicite indicazioni della Direzione Aziendale della ASL di Latina e si propone come principali obiettivi specifici:

- ✓ fornire uno strumento di supporto per la formulazione dei processi decisionali strategici;
- ✓ agevolare la validazione delle scelte già effettuate;
- ✓ monitorare e verificare lo stato di avanzamento dei progetti ritenuti cruciali;
- ✓ offrire una visione delle informazioni in una prospettiva organica, comprensibile, sintetica e confrontabile nel tempo delle *performance* (comparazione storica).

In tale contesto, l'orientamento ha riguardato l'elaborazione di un modello aziendale "su misura", ponendo l'attenzione su due diverse e interconnesse aree di approfondimento conoscitivo:

- 1) PROFILO A, propone ad una visione di insieme del percorso assistenziale e permette di valutare l'impatto del percorso stesso sul sistema organizzativo nel suo insieme;
- 2) PROFILO B, si concentra sullo sviluppo delle attività che permettono finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del percorso assistenziale.

Sulla base di ciò sono state individuate alcune dimensioni e i relativi obiettivi specifici. Si è proseguito con la proposta di una serie di indicatori ritenuti rilevanti, da affiancare a quelli noti della letteratura di riferimento, in corrispondenza di alcune di dette dimensioni in associazione ad un valore di riferimento *standard*.

In ultimo viene presentata una proposta di modello di valutazione della *performance* vero e proprio, in base al rapporto tra i risultati effettivamente raggiunti ed i *target* attesi; si è deciso di considerare anche i valori di ponderazione, gli indici sintetici di valutazione ($\text{performance} \times \text{peso}$) e la percentuale di non conformità documentata.

Il quadro di insieme è stato sintetizzato da una serie di tabelle esplicative.

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE			
Profilo A	Dimensione	Descrizione	Obiettivi
IMPATTO SUL SISTEMA	SVILUPPO DEL PATRIMONIO PROFESSIONALE	<ul style="list-style-type: none"> il grado di sviluppo professionale e aggiornamento continuo del personale aziendale coinvolto nel percorso, 	<ul style="list-style-type: none"> la flessibilità dell'organizzazione rispetto all'erogazione dei servizi; l'appropriatezza professionale degli operatori interessati nelle diverse fasi del percorso, in modo da assicurare al paziente che la prestazione offerta venga eseguita da professionalità adeguate.
	RICERCA E INNOVAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> il grado di collaborazione con le Università e gli Enti di Ricerca per lo sviluppo tecnologico e l'innovazione 	<ul style="list-style-type: none"> il rafforzamento e sviluppo delle opportunità derivanti dalla presenza del Polo Universitario Pontino la "Sapienza" e dal rapporto con le scuole di specializzazione in psicoterapia per la realizzazione di attività di ricerca scientifica e relative pubblicazioni

Tab.36

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE			
Profilo B	Dimensione	Descrizione	Obiettivi
<p>SVILUPPO E REALIZZAZIONE</p>	<p>MEDICINA DI INIZIATIVA</p> <p>PREVENZIONE DIFFUSA</p>	<p>Misurare – Valutare</p> <ul style="list-style-type: none"> ● le attività finalizzate alla medicina di iniziativa; ● il controllo sui fattori di rischio modificabili (es. alcool, fumo, sedentarietà, alimentazione, stili di vita, etc.), intermedi (es. obesità, sovrappeso, ipertensione, etc.) e fattori determinanti (es. la diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita); ● il tasso di pazienti in carico su pazienti potenziali per patologie specifiche 	<p>Garantire – Migliorare</p> <ul style="list-style-type: none"> ● la capacità dell'Azienda di promuovere medicina di iniziativa (es: chronic-care model); ● l'alleggerimento al CUP tramite chiamata diretta; ● l'incremento delle strategie di prevenzione individuale dedicate a determinate categorie di popolazione a rischio, secondo una funzione capillare e pervasiva nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

Tab. 37

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE			
Profilo B	Dimensione	Misurare – Valutare	Obiettivi
SVILUPPO E REALIZZAZIONE	ADERENZA AL PERCORSO	<ul style="list-style-type: none"> ● il corretto svolgimento degli episodi assistenziali nel rispetto dei criteri di ingresso, di gestione e di uscita; ● i traguardi intermedi nelle varie fasi del percorso dalla diagnosi, terapia sino al follow up ● la tempistica complessiva e di attraversamento da un episodio all'altro; ● il rispetto del setting organizzativo; ● il fenomeno del drop-out (rifiuto, mobilità passiva, etc.) 	<p style="text-align: center;">Garantire – Migliorare</p> <ul style="list-style-type: none"> ● la presa in carico e la continuità assistenziale; ● la coerenza delle attività rispetto alla sequenza logica e temporale prevista dal percorso, dal primo contatto con la realtà sanitaria sino al completamento del follow-up, nel rispetto dei criteri di inclusione, arruolamento, permanenza e uscita dal percorso, secondo la medicina basata sulle evidenze ed il contesto organizzativo; ● l'integrazione delle diverse professionalità e la semplificazione delle interconnessioni tra strutture interne ed esterne all'Azienda, in base alle diverse e dislocate articolazioni (es. Ospedale-Territorio) e all'interno delle stesse; ● la riproducibilità e uniformità delle attività.

Tab. 38

DIMENSIONI PROFILO A	INDICATORE	Storico	Standard	Rilevato	Per. (R/T)	% Δ	Peso	ISV (PesoxPerf)	Note
Accesso ai servizi	(n. pz con diagnosi specifica/n. pz arruolati entro 2° anno)		Acc. ≥ 75% Des. ≥ 85%						
	Azzeramento liste d'attesa in ingresso		Acc. ≥ 75% Des. ≥ 85%						
Risultati clinico assistenziali	(n. pz con diagnosi di Recovery funzionale/n.pz arruolati) 3°anno		Acc. ≥ 75% Des. ≥ 85%						
	n. ricoveri ripetuti pz arruolato primo anno		Acc. ≤ 3 Des. ≤ 2						
	n. ricoveri ripetuti pz arruolato secondo anno		Acc. ≤ 3 Des. ≤ 2						

DIMENSIONI PROFILO A	INDICATORE	Storico	Standard	Rilevato	Per. (R/T)	% Δ	Peso	ISV (PesoxPerf)	Note
Sviluppo patrimonio professionale	n. operatori formati del DSM/n. tot operatori DSM		≥70% II anno						
	n. operatori formati del DSM/n. tot operatori DSM		100% III anno						
Ricerca e innovazione	n. specializzandi coinvolti nel percorso/anno		5						
	n. pubblicazioni scientifiche correlate al percorso/n. professionisti coinvolti		2						

Tab. 39 Fonte: elaborazione su indicazione della Direzione Aziendale. **Target (T):** obiettivo-standard a cui tendere; **Rilevato (R):** risultato conseguito; **Performance (Perf.):** Rilevato/Target; **Peso (Pes):** ponderazione; **Indice Sintetico di Valutazione (ISV):** performance x peso; % Δ **note:** % di non conformità documentata

DIMENSIONI PROFILO B	INDICATORE	Storico	Standard	Rilevato	Per. (R/T)	% Δ	Peso	ISV (PesoxPerf)	Note
Aderenza al percorso	n. prestazioni eseguite come stabilite dal PTI/n. tot. prestazioni previste dal PTI (rif. I anno di adozione percorso)		≥60%						
	n. prestazioni eseguite come stabilite dal PTI/n. tot. prestazioni previste dal PTI (rif. II anno di adozione percorso)		≥70%						
	n. prestazioni eseguite come stabilite dal PTI/n. tot. prestazioni previste dal PTI (rif. III anno di adozione percorso)		≥80%						
Prevenzione diffusa	n. insegnanti unplagget/corso		≥20/anno						
	n. studenti formati unplagget		≥400/anno						
Orientamento al paziente	Informazione al pz e o caregiver		≥95%						
	Descrizione percorso carta dei servizi		Presenza						

Tab. 40 Fonte: elaborazione su indicazione della Direzione Aziendale. **Target (T):** obiettivo-*standard* a cui tendere; **Rilevato (R):** risultato conseguito; **Performance (Perf.):** Rilevato/Target; **Peso (Pes):** ponderazione; **Indice Sintetico di Valutazione (ISV):** performance x peso; % Δ **note:** % di non conformità documentata

ELENCO ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

ACT	=	Assertive Community Treatment (Trattamento Assertivo di Comunità)
CCA	=	Comitato Commissione Aziendale
CCOT	=	Centrale di Continuità Ospedale Territorio
CD	=	Centro Diurno
CSM	=	Centro di Salute Mentale
DCA	=	Decreto del Commissario ad Acta
D.D.	=	Dual Disorder (Doppia diagnosi)
DSA	=	Disturbo del Comportamento Alimentare
DSM	=	Dipartimento Salute Mentale
EBM	=	Evidence-based medicine (medicina basata su prove di efficacia)
YLDs	=	Years Life with disability (Anni vissuti con disabilità)
MD	=	Multidisciplinare
MCIQ	=	Miglioramento Continuo Incrementale della Qualità
MMG	=	Medici di Medicina Generale
MTD	=	Metadone cloridrato
NPIA	=	Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
OMS	=	Organizzazione Mondiale Sanità
OSS	=	Operatori Socio Sanitari
PANSM	=	Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale
PLS	=	Pediatri di Libera Scelta
P.S.	=	Pronto Soccorso
PTI	=	Piano Terapeutico o di Trattamento Individuale
PTRP	=	Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato
PUA	=	Punto Unico di Accesso
REMS	=	Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
SAMSHA	=	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SER.D.	=	Servizio Dipendenze Patologiche
SDO	=	Scheda Dimissioni Ospedaliera
SIA	=	Sistema Informativo Aziendale
SIO	=	Sistema Informatico Ospedaliero
SINPIA	=	Sistema Informatico Neuropsichiatria Infantile
SIRD	=	Sistema Informatico Regionale Dipendenze
SISP	=	Sistema Informativo Statistico Psichiatrico
SRP	=	Struttura Residenziale Psichiatrica
SRTR(i)	=	Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti comunitari Intensivi
SRTR(e)	=	Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti comunitari Estensivi
SRTR(i)24 h:	=	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa ad elevata Intensità socio-sanitaria
SRSR(m.i.)12 h:	=	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a media Intensità socio-sanitaria
SRSR (b.i.)	=	Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a bassa Intensità socio-sanitaria
SISM	=	Sistema Informatico Salute Mentale
SISPC	=	Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva
SUT	=	Scheda Unica di Trattamento



TNPNEE= Terapista Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio
UO = Unità Operativa
UOC. = Unità Operativa Complessa
UOSD Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UVM. Unità Valutativa Multidisciplinare

Bibliografia

- AGENAS, (2014), *Progetto di Ricerca Corrente 2012 Analisi della metodologia di aggiornamento di percorsi diagnostico terapeutici di patologie ad elevato impatto assistenziale*, Relazione finale;
- AGENAS, (2014), *Progetto di Ricerca Corrente 2012 La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadini*, Report sintetico;
- AISIS, (2015), *Innovazione Digitale a supporto dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali*, a cura dell'Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità;
- Amato L., Colais P., Davoli M., et al., (2013), *Volumi di attività e esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia*, *Epidemiol Prev* 2013 Mar-Jun; 37 (2-3 Suppl. 2);1-100. Italian;
- Anessi Pessina E., Oinelli N. (2003), *L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione. Sistemi di contabilità generale e di programmazione e di controllo*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (2003) (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2003, EGEA, Milano
- ARESS-Piemonte, (2007), *Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte*;
- AAVV- GIMBE, (2016), *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025*, Evidence for Health;
- AAVV - GIMBE (2018), *Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio sanitario Nazionale* – Fondazione Gimbe;
- AAVV (2013), *Progetto Indicatori di Valutazione per percorso assistenziale*, Management e Sanità
- AAVV, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017
- Baraghini G., Capelli M., (1997), *Il sistema qualità ISO 900 in sanità*, Franco Angeli;
- Borgonovi E., (2014), *Il dibattito manageriale sul governo del territorio PDTA standard per le patologie croniche*, Cergas Fiaso Egea.

- Canadian Council on Health Services Accreditation (2002), *Indicatori di performance*, Torino, Centro Scientifico Editore;
- Casati G. (a cura di), (1999), *Il percorso del paziente*, Milano. EGEA,;
- Casati G., (2002), *La gestione per processi in sanità*, QA Vol 13, n. 1;
- Casati G., Vichi M. (a cura di), (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, Mc GrawHill Milano;
- Casati G., Vichi M., (2003), *Il percorso assistenziale del paziente*, Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche anno XV n. 2 Wichting Editore;
- Casati G., Panella M., Di Stanislao F., Vichi M.G., Morosini P., (2005), *Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali*, Manuale I Progetto Formazione Qualità Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanità Marche Ministero della Salute maggio 2005;
- Casati G., Marchese E., Roberti V., Vichi M., (2006), *La gestione dei processi clinico assistenziali per il miglioramento delle prassi*, Caleidoscopio ISSN03943291;
- CROW T.J: La schizofrenia come entità di malattia deve sopravvivere nel terzo millennio?, in "Schizofrenia" a cura di Maj M.Sartorius ed altri, Ed.ital. CIC Edizioni Internazionali, 2001
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano;
- Deming W.E., (1994), *Out of the crisis: quality, productivity and competitive position*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994 (19th edition);
- Department of Health (DoH), (1994), *A first class service: Quality in the new NHS*;
- Donabedian A., (1990), *La qualità dell'assistenza Sanitaria*, Primo Volume. VIS, Firenze;
- Donaldson L.J., (1998), *A First Class Service: Quality in the new NHS*;
- Ellrodt G et al., (1997), *Evidence-based disease management*, JAMA 1997 Nov 26; 278(20):1687-92;

- Focarile F., (2001), *Gli indicatori*, Torino, Centro Scientifico Editore, II edizione;
- Halligan A, Donaldson L., (2002), *Significato e attuazione del governo clinico*, Giornale Italiano di Nefrologia/Anno 19 n. S-21, 2002/pp.S8-13su nephronet.com;
- Hill, T. & R. Westbrook, (1997), *SWOT Analysis: it's time for product recall, Long Range Planning*;
- Hunter DJ, Fairfield G. (1997), *Disease management*, BMJ: British Medical Journal 1997 Jul 5; 315 (7099). 50-3;

Istituto Superiore Sanità – ISSsalute 2018 –Epicentro- Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale – 2018)

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation, (1999), *La realizzazione di un programma di miglioramento della qualità*, Centro Scientifico Editore;
- Lattuada L., Burba I., (2004), *Quali cautele sono consigliabili nell'interpretazione delle informazioni prodotte dagli indicatori?*, QA 15 (4): 277-285 200;
- Lecci F., Lega F. et al., (2015), *Misurare per governare le aziende sanitarie Controllo direzionale, governo clinico, valutazione delle performance e rendicontazione sociale*, Academy of Health Care Management and Economics, SDA Bocconi-Novartis, Egea;
- Lega F., Vendramini E. (2008), *Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS)*, in Journal of health organization and management, vol. 22, n. 1
- Liva C., Di Stanislao F., (1996), *L'accreditamento dei servizi sanitari. Uno strumento per la promozione della qualità*, NAM, vol.12 1996;
- Ministero della Salute, (2011), *L'Audit clinico, Governo Clinico, Sicurezza dei Pazienti*;
- Morosini P., Di Stanislao, F. Casati G, Panella M., (2005), *Qualità professionale percorsi assistenziali- Manuali di formazione per la valutazione e miglioramento della qualità professionale*, Quarta Edizione, Roma Ancona, Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanitaria Marche Ministero della Salute maggio 2005;
- Morosini P. (a cura di), (2005), *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*, Manuale 2 Quarta edizione, Roma Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanitaria Marche Ministero della Salute maggio 2005;

- Murray C.J.L., Evans E.B et al., (2003), *Health System Performance assessment. Debates, methods and empiricism*, WHO.
- Panella M., (2010), *I Percorsi assistenziali:attualità e prospettive di sviluppo* QA 2010-Volume 20 Numero 2:pp 80-2;
- Panella M., Vanhaecht K., (2010), *L'impatto dell'utilizzo dei percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali nelle organizzazioni sanitarie: risultati, sostenibilità e scenari di sviluppo*, QA 2010 Vol. 20 N. 4 pp. 174-76;
- Scally G., Donaldson L.J, (1998), *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. BMJ (1998); 317:61-5; "I riferimenti entro i quali le organizzazioni del NHS sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di alti livelli di assistenza e creano l'ambiente in cui l'eccellenza nell'ambito dell'assistenza clinica si svilupperà";
- Simons R. (1995), *Levers of control: how managers use innovative control system to drive strategic renewal*, Harvard Business School Press, Boston;
- Tozzi V.D., Longo F., Pacileo G., Salvatore D., Pinelli N., Morando N., (2014), *PDTA Standard per patologie croniche*, FIASO;
- W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- WHO Regional Office for Europe, (2003), *Measuring hospital performance to improve quality of care in Europe: a need for clarifying concepts and defining the main dimensions*.

Riferimenti normativi - Linee guida

- ASL Latina - Piano della Performance 2019-2021 - Documento di Direttive 2019- Deliberazione n. 46 del 30/01/2019
- ASL Latina – Adozione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2018-2020- Deliberazione n. 69 del 31.01.19
- ASL Latina Deliberazione del Commissario Straordinario n. 706 del 30/10/2017 di adozione del Nuovo Atto Aziendale – ASL Latina
- Linee Guida – Regione Lazio – Decreto n° 00094/2017 del 17/03/2017;
- Linee guida OMS 2018
- Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva-Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; Giornale di Neuro Psichiatria e dell'età evolutiva 2018;38-57-72;
- Ministero della salute – Rapporto Salute Mentale- Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale – SISM – anno 2015;
- NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) del 2003 aggiornata al 2009, WFSBP (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*)
- Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020;
(Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto) D.C.A. del 22/12/2014, n° U00451
- Regione Lazio: Principali tabelle del Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale e degli ambulatori del Lazio – Anno 2016;
- Ministero della Salute: Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale; (anno??)
- Raccomandazioni Regionali per la Promozione della salute e del benessere in Persone all'Esordio Psicotico – Regione Emilia-Romagna ; (anno??)
- Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici – Gestione della Procedura: Patologie da Dipendenza – Det. Reg. B02807 del 04/07/2013;
- Regione Lazio – DCA n°U00451 del 22/12/2014 “Approvazione Protocollo Operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanze (con o senza psicopatologia in atto)”;

- Ministero della Salute – Accordo Conferenza Unificata del 13/11/2014 “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore ed i disturbi gravi di personalità”;
 - Regione Piemonte – “Raccomandazioni per la costruzione di PDTA e Profili Integrati di Cura nelle Aziende sanitarie della regione Piemonte – 1998;
 - Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale – PANSM -approvato dalla Conferenza Stato-Regioni del 24/01/2013;
- Ministero della Salute (Anno 2007) “Sistema nazionale per le Linee Guida: Gli interventi precoci nella schizofrenia”;
- Linee di Programmazione regionale per i Servizi di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza del Lazio, SINPIA – Sezione Regionale Lazio, 2013;

N.	TITOLO	PAG.
1	SCHEDE ANNOTAZIONE SCOSTAMENTI	131
2	SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE PER INSERIMENTO E PROROGA IN STRUTTURE DA SOTTOPORRE ALL'UVM (ALLEGATI AL D.C.A. N. 188/15 e s.m.i.)	133
3	PROCEDURA EROGAZIONE ASSISTENZA FARMACOLOGICA	153
4	SCHEDE TRIAGE	159
5	SCHEDE RICHIESTA DI RICOVERO CSM/SPDC	162
6	SCHEDE PER COMPILAZIONE PTI	164
7	SCHEDE RICHIESTA CONSULENZA SERD/CSM/NPI	179
8	SCHEDE DI DIMISSIONI NPIA	183
9	SCHEDE DI INSERIMENTO STRUTTURE RESID. E SEMIRESID.	185
10	SCHEDE DI SEGNALAZIONE CSM/NPIA PER DOPPIA DIAGNOSI	192
11	PROTOCOLLO MEDICINA PENITENZIARIA	201
12	VERBALE DI AUDIT	204

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>
--	--	---

ALLEGATO 1

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 02.04.19

ALLEGATO N. 1

PERCORSO ASSISTENZIALE PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI SCHIZOFRENICI				
SCHEDE ANNOTAZIONE DEGLI SCOSTAMENTI				
DATA	OPERATORE	STRUTTURA DI APPARTENENZA	ATTIVITA' SVOLTA	MOTIVAZIONE SCOSTAMENTO
	Medico Psichiatra			
	Case Manager			
	Infermiere			
	Assistente sociale			
	Educatore			
	Psicologo			
	Neuropsichiatra Infantile			
	TNPEE			
	Tecnico della Riabilitazione			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 02.04.19

ALLEGATO 2

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL _____
Unità di Valutazione Multidisciplinare
Scheda di valutazione per inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali

Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato

Scheda N. _____

A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE

CSM proponente	_____
Equipo curante	Medico referente _____
	Case Manager _____
Specialista privato invitato	_____

B. SEZIONE SOCIO-ANAGRAFICA DELLA PERSONA

CODICE FISCALE	_____
COGNOME	_____
NOME	_____
INDIRIZZO	_____
COMUNE	_____
TELEFONO	_____
DATA DI NASCITA	____/____/____
LUOGO DI NASCITA	_____
Cittadinanza	Italiana <input type="checkbox"/> Estera <input type="checkbox"/>
Se di nazionalità non italiana, specificare il paese estero	_____
Se di nazionalità non italiana, ha un permesso di soggiorno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> Iscrizione SSN <input type="checkbox"/> Codice STP <input type="checkbox"/> Codice EHI
Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedova <input type="checkbox"/> Convivente
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Lic. media inferiore <input type="checkbox"/> Lic. media superiore <input type="checkbox"/> Corso professionale <input type="checkbox"/> Laurea
Condizione lavorativa attuale	<input type="checkbox"/> Occupato/a <input type="checkbox"/> Disoccupato/a <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Sottoccupato/a <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Ritirato dal lavoro / Inabile
Se non occupato, anno dell'ultimo impiego (se presente)	____/____
Se attualmente occupato:	<input type="checkbox"/> Ha un impiego remunerato <input type="checkbox"/> Cooperative sociali tipo B <input type="checkbox"/> Formazione lavoro
Provvedimenti disposti in relazione alla capacità di tutelare i propri interessi	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Interdizione o inabilitazione temporanea
Nominativo dell'amministratore di sostegno (se presente)	_____
Nominativo del tutore (se presente)	_____
Invalità civile	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, totale <input type="checkbox"/> SI, parziale con punteggio ____
Posizione giuridica attuale: specificare se ha provvedimenti penali in atto	<input type="checkbox"/> NO, nessuno <input type="checkbox"/> SI
Se SI, di che genere di provvedimento si tratta?	<input type="checkbox"/> Misure di Sicurezza (Licenza Finalità di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) <input type="checkbox"/> Misure Cautelari (Arresti Domiciliari, Custodia Cautelare in Luogo di Cura) <input type="checkbox"/> Misure alternative alla detenzione (Detenzione Domiciliare) <input type="checkbox"/> Altro provvedimento

Se ha provvedimenti penali in atto, specificare per quali reati	<input type="checkbox"/> violenza sessuale su minori <input type="checkbox"/> violenza sessuale su maggiorenni <input type="checkbox"/> resistenza pubblico ufficiale <input type="checkbox"/> tentato omicidio <input type="checkbox"/> omicidio <input type="checkbox"/> omicidio plurimo <input type="checkbox"/> maltrattamenti in famiglia <input type="checkbox"/> lesioni personali <input type="checkbox"/> rapina <input type="checkbox"/> detenzione/traffico sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> incendio <input type="checkbox"/> danneggiamenti <input type="checkbox"/> altro
È mai stato sottoposto a provvedimenti penali in passato?	<input type="checkbox"/> NO, mai <input type="checkbox"/> SI
Se SI, di che genere di provvedimenti si è trattato?	<input type="checkbox"/> Misura di sicurezza (Licenza finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) <input type="checkbox"/> Misura cautelari (arresti domiciliari, custodia cautelare in luogo di cura, custodia cautelare in carcere) <input type="checkbox"/> Detenzione in carcere <input type="checkbox"/> Misure alternative alla detenzione (detenzione domiciliare) <input type="checkbox"/> Altro provvedimento
Se è stato sottoposto a provvedimenti penali in passato, per quali reati?	<input type="checkbox"/> Violenza sessuale su minori <input type="checkbox"/> Violenza sessuale su maggiorenni <input type="checkbox"/> Resistenza pubblico ufficiale <input type="checkbox"/> Tentato omicidio <input type="checkbox"/> Omicidio <input type="checkbox"/> Omicidio plurimo <input type="checkbox"/> Maltrattamenti in famiglia <input type="checkbox"/> Lesioni personali <input type="checkbox"/> Rapina <input type="checkbox"/> Detenzione/traffico sostanze stupefacenti <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Danneggiamenti <input type="checkbox"/> Altro
Anno dell'ultimo provvedimento penale (se presente)	
Situazione alloggiativa	<input type="checkbox"/> Presso proprio domicilio <input type="checkbox"/> Presso SR psichiatrico <input type="checkbox"/> Presso SR socio assistenziali <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Presso istituto penitenziario
Se attualmente alloggia presso una struttura residenziale psichiatrica, specificarne la tipologia	<input type="checkbox"/> STPT <input type="checkbox"/> SRTR_int <input type="checkbox"/> SRTR_est <input type="checkbox"/> SRSR_Alta <input type="checkbox"/> SRSR_Media <input type="checkbox"/> SRSR_Bassa <input type="checkbox"/> REMS
Con chi abita attualmente?	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Famiglia di origine <input type="checkbox"/> Famiglia propria <input type="checkbox"/> Altri parenti <input type="checkbox"/> Altre persone (coinquilini, conoscenti, altri utenti)
Membrì viventi del proprio nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente N. figli <input type="checkbox"/>
Nel proprio nucleo familiare vivono altri membri? (specificare quali)	
Con quali membri del proprio nucleo familiare sono mantenuti contatti? (specificare quali)	
Membrì viventi della famiglia di origine	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre N. Fratelli/Sorelle <input type="checkbox"/>
Specificare se la coppia genitoriale è convivente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare con quali membri della famiglia di origine sono mantenuti contatti	
Raddito economico	<input type="checkbox"/> impiego stabile <input type="checkbox"/> impiego saltuario <input type="checkbox"/> pensione invalidità <input type="checkbox"/> pensione di anzianità <input type="checkbox"/> pensione reversibilità <input type="checkbox"/> altro reddito <input type="checkbox"/> assegno di accompagnamento <input type="checkbox"/> sussidio

7.5.20) INFORMAZIONI ESSENZIALI	
DIAGNOSI (ICD9-CM)	
Valutazione diagnostica per diagnosi principale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SITUAZIONE PSICOPATOLOGICA DI ESORDIO	
Età al momento dell'esordio psicopatologico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Valutazione diagnostica dalle condizioni d'esordio (utilizzare la prima tra cifre ICD9-CM)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ALTRE INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti in passato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti attualmente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Risulta uso problematico di alcolici in passato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Risulta uso problematico di alcolici attualmente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTI CON I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE	
Data primo contatto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CSM di presa in carico	
N. identificativo utilizzato dal Servizio (N. di cartella o altro)	
Progetto terapeutico in atto	<input type="checkbox"/> Trattamento psicoterapeutico <input type="checkbox"/> Trattamento farmacologico <input type="checkbox"/> Trattamento semiresidenziale CD <input type="checkbox"/> Trattamento residenziale SR psichiatrica <input type="checkbox"/> Inserimento presso SR socio-assistenziale <input type="checkbox"/> Interventi di servizio sociale, sostegno economico <input type="checkbox"/> Trattamento di sostegno
RICOVERI e/o INSERIMENTI IN STRUTTURE NEGLI ULTIMI DUE ANNI	
SPOC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SPOC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SPOC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SPOC	dove _____ <input type="checkbox"/> TSO <input type="checkbox"/> TSV gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> denominazione SRP _____ data inizio permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> data fine permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> denominazione SRP _____ data inizio permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> data fine permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> denominazione SRP _____ data inizio permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> data fine permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Struttura semiresidenziale psichiatrica (CD)	denominazione CD _____ data inizio permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> data fine permanenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TERAPIA FARMACOLOGICA	

Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci psicotropi	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Specificare eventuali altri farmaci assunti per patologie concomitanti	
Compliance terapeutica attuale del paziente	<input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona
Adesione al Piano Terapeutico Individuale (P.T.I.) da parte dei familiari, se presenti	<input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona

DISEZIONE VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE	
CONDIZIONE PSICOPATOLOGICA ATTUALE	
Punteggio totale MMSE (per la SRTRi, solo qualora si ipotizzi un decadimento cognitivo)	_____
Punteggio totale scala BPRS (allegare la BPRS compilata)	_____
Livelli di funzionamento: Punteggi dell'Asse K (solo per la SRTRi, scala opzionale)	[seguono i punteggi della 7 sottoscala dell'Asse K]
Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico	_____
Area 2 - Abilità sociali	_____
Area 3 - Eventi auto- o eteroaggressivi	_____
Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali	_____
Area 5 - Abuso di sostanze	_____
Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche	_____
Area 7 - Compromissione in altre aree (scala opzionale)	_____

SEZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

IL MEDICO REFERENTE DEL CASO, COMPLETATA LA PRESENTE SCHEDA,
RICHIEDE L'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN:

Struttura residenziale (SRP) proposta	<input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari intensiva (SRTRi) <input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari estensivi (SRTRe) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitativo - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitativo - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitativo - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.)
Struttura semiresidenziale proposta	<input type="checkbox"/> Centro Diurno (CD)
E' stato definito il P.T.I. comprensivo degli obiettivi intermedi e finali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se paziente è anche in carico al SERT, il PTI è stato concordato con il SERT competente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Data di presentazione della richiesta alla UVM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SEZIONE ESITO VALUTAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

L'UNITÀ VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE,
CONSIDERATE LE INFORMAZIONI DI ORDINE CLINICO ED ASSISTENZIALE DELLA PRESENTE SCHEDA,
RICONOSCE L'IDONEITÀ ALL'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN:

Struttura residenziale (SR) ritenuta idonea	<input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari intensiva (SRTRi) <input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitativo - trattamenti comunitari estensivi (SRTRe) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitativo - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitativo - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) <input type="checkbox"/> Socio - Riabilitativo - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.) <input type="checkbox"/> NON RITENUTO IDONEO ALL'INSERIMENTO IN SR PSICHIATRICA
Se non ritenuto idoneo all'inserimento in SR psichiatrica, specificarne le motivazioni:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Struttura semiresidenziale ritenuta idonea	<input type="checkbox"/> Centro Diurno (CD) <input type="checkbox"/> NON RITENUTO IDONEO ALL'INSERIMENTO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA
Se non ritenuto idoneo all'inserimento in struttura semiresidenziale psichiatrica, specificarne le motivazioni:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Ulteriori considerazioni / raccomandazioni della UVM in relazione alla richiesta valutata	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Nominativo o firma degli operatori che hanno effettuato la valutazione	
Data della presente valutazione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nota: la presente valutazione ha validità di 6 mesi. Trascorsa tale data senza che la persona sia stata inserita nella struttura concordata, non avrà più valore e dovrà essere ripetuta.	

Allegato 2

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

Prot. _____

Data _____

In considerazione della valutazione delle condizioni psicopatologiche e avendo sulla base di queste definito uno specifico PTI, si valuta che il Sig./Sig.ra _____ è idoneo all'inserimento in STPIT.

Il Medico referente

Allegato 3

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Trattasi di comunicazione contenente dati sensibili e a carattere riservato
ai sensi del D. L.vo n. 196/2003 e s.m.i.

Prot. _____

Data _____

In merito alla richiesta N. _____ del _____, l'UVM di questo DSM ha valutato il caso di _____ di competenza territoriale del Centro di Salute Mentale di _____ e lo ha ritenuto:

Idoneo per l'inserimento in Struttura Residenziale Psichiatrica sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011, per la seguente tipologia assistenziale (barrare quella corrispondente):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. <i>Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa per trattamenti comunitari intensivi (SRTR i)</i> concordando con la proposta del CSM |
| <input type="checkbox"/> | 2. <i>Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa per trattamenti comunitari estensivi (SRTR e)</i> , concordando con la proposta del CSM |
| <input type="checkbox"/> | 3. <i>Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a elevata intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR 24 h)</i> , concordando con la proposta del CSM |
| <input type="checkbox"/> | 4. <i>Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a media intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR 12h)</i> , concordando con la proposta del CSM |
| <input type="checkbox"/> | 5. <i>Struttura Residenziale Socio – Riabilitativa a bassa intensità assistenziale socio – sanitaria (SRSR f.o.)</i> , concordando con la proposta del CSM |

Non idoneo per l'inserimento in Struttura Residenziale Psichiatrica sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011.

Idoneo per l'inserimento in Struttura Semiresidenziale Psichiatrica sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. <i>Struttura semiresidenziale – Centro diurno</i> , concordando con la proposta del CSM |
|--------------------------|--|

Non idoneo per l'inserimento in Struttura Semiresidenziale Psichiatrica sita nel territorio della Regione Lazio, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 10/02/2011.

Il Referente UVM

Note:

Il presente documento ha validità di 6 mesi dalla data di valutazione. Trascorso tale periodo senza che la persona sia stata inserita nella struttura concordata, non avrà più valore e dovrà essere ripetuto.

Denominazione struttura residenziale STPIT

Attestazione di Inserimento in Lista di attesa

Prot. _____

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____ avendo presentato richiesta di inserimento in STPIT con proposta del DSM _____ (prot. _____ in data _____), il giorno _____ alle ore _____ è stato inserito nella lista di attesa di questa struttura per l'inserimento in STPIT.

Al momento della richiesta il suo nominativo occupa la ____° posizione nella lista d'attesa.

Il responsabile sanitario

Allegato 5

Denominazione struttura residenziale psichiatrica

Attestazione di Inserimento in Lista di attesa

Prot _____

Data _____

Il Sig./Sig.ra _____ avendo presentato certificazione di idoneità rilasciata dalla UVM del DSM _____ (prot. _____ in data _____), il giorno _____ alle ore _____ è stato inserito nella lista di attesa di questa SRP per la seguente tipologia assistenziale¹:

SRTR_j SRTR_e SRSR_a SRSR_m SRSR_f.o. CD

Al momento della richiesta il suo nominativo occupa la ____* posizione nella lista d'attesa.

Il responsabile sanitario

¹ Barrare solo una delle tipologie assistenziali elencata.

Allegato 6

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL _____

Scheda di proroga inserimento in struttura residenziale e semiresidenziale nei limiti delle soglie di permanenza previste

La proroga può essere rilasciata solo per gli inserimenti in SRP/CD che hanno già ricevuto una iniziale certificazione di idoneità per una tipologia assistenziale e per la SRP/CD in cui la persona è già attualmente inserita.
 Pertanto non è possibile rilasciare una proroga per strutture diverse da quelle in cui l'inserimento è già avvenuto o per tipologie assistenziali diverse da quelle per cui si è ricevuta l'iniziale certificazione di idoneità.
 Per eventuali inserimenti in altre strutture della stessa tipologia assistenziale o per inserimenti in SRP a diversa intensità assistenziale è necessario richiedere alla UVM di competenza una nuova certificazione di idoneità all'inserimento in SRP.
 La proroga disposta mediante questa scheda non supera le soglie di permanenza previste per le rispettive tipologie assistenziali, e pertanto deve essere semplicemente comunicata alla UVM di competenza.

Ovo presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato

Scheda N. _____

A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE

CSM proponente	
Medico referente	
Case Manager	
Equipe curante	

B. SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

CODICE FISCALE	_____
COGNOME	_____
NOME	_____
INDIRIZZO	_____
COMUNE	_____
TELEFONO	_____
LUOGO DI NASCITA	_____
DATA DI NASCITA	____/____/____
SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

C. SEZIONE DATI ATTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE

Tipologia della struttura per cui viene disposta la proroga	<input type="checkbox"/> RESIDENZIALE <input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALE																								
Tipologia assistenziale della struttura in cui la persona si trova attualmente inserita	<input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitativa - trattam. comunitari intensivi (SRTRI) <input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitativa - trattam. comunitari estensivi (SRTRe) <input type="checkbox"/> Socio-Riabilitativa - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) <input type="checkbox"/> Socio-Riabilitativa - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) <input type="checkbox"/> Socio-Riabilitativa - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.) <input type="checkbox"/> Centro Diurno (CD)																								
Denominazione della struttura in cui è inserita la persona	_____																								
Prima richiesta alla UVM di inserimento nella struttura	Scheda N. _____ in data ____/____/____																								
Certificazione idoneità UVM	N. _____ in data ____/____/____																								
Data inserimento nella struttura	____/____/____																								
E' stato definito il PRTP comprensivo degli obiettivi e della scadenze di verifica? (allegare il PRTP definito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																								
Sono state eseguite le valutazioni periodiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																								
Riportare le date delle valutazioni periodiche effettuate	<table border="1"> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> <tr><td>____</td><td>____</td><td>____</td></tr> </table>	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____																							
____	____	____																							
____	____	____																							
____	____	____																							
____	____	____																							
____	____	____																							
____	____	____																							
____	____	____																							

Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per la prima valutazione effettuata (al momento dell'inserimento)	MMSE (Mini Mental State Examination) _ _ _ _ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) _ _ _ _ (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico _ _ _ _ K2 - Area 2 - Abilità sociali. _ _ _ _ K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. _ _ _ _ K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. _ _ _ _ K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. _ _ _ _ K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. _ _ _ _ K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. _ _ _ _
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per l'ultima valutazione effettuata	MMSE (Mini Mental State Examination) _ _ _ _ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) _ _ _ _ (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico _ _ _ _ K2 - Area 2 - Abilità sociali. _ _ _ _ K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. _ _ _ _ K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. _ _ _ _ K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. _ _ _ _ K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. _ _ _ _ K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. _ _ _ _
Se sono state utilizzate altre scale di valutazione multidimensionale, riportarne la denominazione e il punteggio	_____ _____ _____ _____ _____
L'equipe curante ha svolto incontri periodici con l'equipe della struttura?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Se sì, con che frequenza?	
Ci sono stati ricoveri in SPDC durante il presente inserimento nella struttura?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Se sì, specificare	TSO _ TSV _ gg. di degenza _ _ _ _ TSO _ TSV _ gg. di degenza _ _ _ _ TSO _ TSV _ gg. di degenza _ _ _ _
Specificare sinteticamente le motivazioni per la richiesta di una proroga dell'inserimento nella struttura (allegare una relazione di valutazione complessiva dell'inserimento)	_____ _____ _____ _____ _____

Definire gli obiettivi che si intendono raggiungere con una prosecuzione dell'inserimento nella struttura	_____

D. SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO	
Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Se sta assumendo altri farmaci per patologie concomitanti, specificare quali	
Compliance terapeutica attuale del paziente	scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/>
E. SEZIONE PROROGA	
Durata della proroga nella struttura (il periodo di proroga non può superare un anno)	1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 9 mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi <input type="checkbox"/> altro _____
Nominativo e firma degli operatori che hanno proposto e autorizzato la proroga	_____

Data della presente valutazione	____/____/____

Allegato 7	
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL _____ Unità di Valutazione Multidisciplinare	
Scheda di valutazione della proposta di <u>proroga inserimento</u> in struttura residenziale e semiresidenziale per certificazione di idoneità	
<p><i>La <u>certificazione di idoneità alla proroga</u> può essere rilasciata dalla UVM di competenza solo per gli inserimenti in SRP/semiresidenziali che hanno già ricevuto una iniziale certificazione d'idoneità per una specifica tipologia assistenziale nella SRP/CD in cui la persona è già attualmente inserita.</i></p> <p><i>Pertanto non può essere rilasciata certificazione di idoneità alla proroga per strutture diverse da quelle in cui l'inserimento è già avvenuto o per tipologie assistenziali diverse da quelle per cui si è ricevuta l'iniziale certificazione di idoneità.</i></p> <p><i>Per eventuali inserimenti in altre strutture della stessa tipologia assistenziale o per inserimenti in SRP a diversa intensità assistenziale è necessario richiedere una nuova certificazione di idoneità all'inserimento in SRP.</i></p>	
Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato	
Scheda N. _____	
A. DATI DEL SERVIZIO PROPONENTE	
CSM proponente	_____
Medico referente	_____
Case Manager	_____
Équipe curante	_____
B. SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA	
CODICE FISCALE	_____
COGNOME	_____
NOME	_____
INDIRIZZO	_____
COMUNE	_____
TELEFONO	_____
LUOGO DI NASCITA	_____
DATA DI NASCITA	____/____/____
SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
C. SEZIONE DATI ATTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE	
Tipologia della struttura per cui viene proposta la proroga	<input type="checkbox"/> RESIDENZIALE <input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALE
Tipologia assistenziale della struttura in cui la persona si trova inserita	<input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitative - trattam. comunitari intensivi (SRTRi) <input type="checkbox"/> Terapeutico-Riabilitative - trattam. comunitari estensivi (SRTRe) <input type="checkbox"/> Socio-Riabilitative - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) <input type="checkbox"/> Socio-Riabilitative - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) <input type="checkbox"/> Socio-Riabilitative - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.) <input type="checkbox"/> Centro Diurno (CD)
Denominazione della struttura in cui è inserita la persona	_____
Prima richiesta alla UVM di inserimento nella struttura	Scheda N: _____ in data ____/____/____
Certificazione idoneità UVM	N. _____ in data ____/____/____
Data inserimento nella struttura	____/____/____
E' stato definito il PRTP comprensivo degli obiettivi e delle scadenze di verifica? (allegare il PRTP definito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Sono state eseguite le valutazioni periodiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																					
Riportare le date delle valutazioni periodiche effettuate	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _
_ _	_ _	_ _ _																				
_ _	_ _	_ _ _																				
_ _	_ _	_ _ _																				
_ _	_ _	_ _ _																				
_ _	_ _	_ _ _																				
_ _	_ _	_ _ _																				
_ _	_ _	_ _ _																				
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per la prima valutazione effettuata (al momento dell'inserimento)	MMSE (Mini Mental State Examination) _ _ , _ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) _ _ _ (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico _ _ _ K2 - Area 2 - Abilità sociali. _ _ _ K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. _ _ _ K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. _ _ _ K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. _ _ _ K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. _ _ _ K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. _ _ _																					
Riportare i punteggi delle scale di valutazione multidimensionale utilizzate per l'ultima valutazione effettuata	MMSE (Mini Mental State Examination) _ _ , _ BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) _ _ _ (allegare la BPRS compilata) SCALA KENNEDY K1 - Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico _ _ _ K2 - Area 2 - Abilità sociali. _ _ _ K3 - Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi. _ _ _ K4 - Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali. _ _ _ K5 - Area 5 - Abuso di sostanze. _ _ _ K6 - Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche. _ _ _ K7 - Area 7 - Compromissione in altre aree. _ _ _																					

Se sono state utilizzate altre scale di valutazione multidimensionali, riportarne la denominazione e il punteggio	_____
L'equipe curante ha svolto incontri periodici con l'equipe della struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, con che frequenza?	
Ci sono stati ricoveri in SPOC durante il presente inserimento nella struttura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, specificare	TSO <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> gg. di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TSO <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> gg. di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TSO <input type="checkbox"/> TSV <input type="checkbox"/> gg. di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Specificare sinteticamente le motivazioni per la richiesta di una proroga dell'inserimento nella struttura (allegare una relazione di valutazione complessiva dell'inserimento)	_____
Definire gli obiettivi che si intendono raggiungere con una prosecuzione dell'inserimento nella struttura	_____
D. SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO	
Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Se sta assunto altri farmaci per patologie concomitanti, specificare quali	
Compliance terapeutica attuale del paziente	<input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona

E SEZIONE RICHIESTA PROROGA

Proposta di proroga dell'inserimento nella attuale struttura (il periodo di proroga non può superare un anno)	<input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 9 mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi altro _____
---	---

F SEZIONE ESITO VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROROGA

L'unità valutativa multidisciplinare, considerate le informazioni di ordine clinico ed assistenziale della presente scheda e la tipologia assistenziale:

Ritiene idonea la proposta di proroga dell'inserimento nella attuale struttura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Durata ritenuta idonea (il periodo di proroga non può superare un anno)	<input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/> 9 mesi <input type="checkbox"/> 12 Mesi altro _____
---	---

Se la proroga dell'inserimento nella struttura non è ritenuta idonea, specificarne le motivazioni:	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---

Ulteriori considerazioni / raccomandazioni della UVM in relazione alla richiesta valutata	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	---

Nominativo e firma degli operatori che hanno effettuato la valutazione	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---

Data della presente valutazione	____/____/____
---------------------------------	----------------

Allegato 8

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASL _____

UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM)

Trattasi di comunicazione contenente dati sensibili e a carattere riservato
ai sensi del D. L.vo n. 196/2003 e s.m.i.

Prot. _____

Data _____

In merito alla richiesta di proroga N. _____ del _____, l'UVM di questo DSM ha valutato il caso di _____ di competenza territoriale del Centro di Salute Mentale di _____ e lo ha ritenuto:

Idoneo per la proroga dell'inserimento nella Struttura Residenziale Psichiatrica denominata _____

per la seguente durata (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	1. 1 mese
<input type="checkbox"/>	2. 3 mesi
<input type="checkbox"/>	3. 6 mesi
<input type="checkbox"/>	4. 9 mesi
<input type="checkbox"/>	5. 1 anno
<input type="checkbox"/>	6. Altro (mai superiore ad 1 anno)

Non idoneo per la proroga dell'inserimento nella Struttura Residenziale Psichiatrica denominata _____

Il Referente UVM

Allegato 9

Criteria di stesura del PTRP

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di Trattamento Individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Ogni SRP al momento dell'ammissione di una persona deve stilare una scheda di PTRP che deve contenere le seguenti informazioni:

- *Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale*
- *Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di Trattamento Individuale (PTI, che viene allegato)*
- *Osservazione delle problematiche relative a:*
 - ✓ *area psicopatologica*
 - ✓ *area della cura di sé / ambiente:*
 - ✓ *area della competenza relazionale*
 - ✓ *area della gestione economica*
 - ✓ *area delle abilità sociali*
- *Obiettivi dell'intervento a breve, medio e lungo termine*
- *Arete di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:*
 - ✓ *Terapia farmacologica*
 - ✓ *Psicoterapia*
 - ✓ *Interventi psicoeducativi*
 - ✓ *Interventi abilitativi e riabilitativi*
 - ✓ *Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa*
- *Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato*
- *Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche:*
 - ✓ *indicazione degli strumenti standardizzati utilizzati per valutare i problemi clinici e psicosociali dei pazienti e l'esito dei trattamenti*
 - ✓ *aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica*

Criteri di stesura della proposta di inserimento in SRP da parte di professionisti privati

Qualora un professionista privato ritenga opportuno per una persona che ha in trattamento l'inserimento in una Struttura Residenziale Psichiatrica di una specifica tipologia assistenziale, dovrà far pervenire la propria proposta documentata al referente del CSM di residenza della persona il quale, se in accordo, confermerà la proposta e procederà alla richiesta.

Per consentire una appropriata e corretta valutazione da parte del referente del CSM incaricato, la proposta firmata dal professionista privato che ha in cura la persona deve comprendere :

Informazioni socio-anagrafiche e clinico-sanitarie della persona proposta per l'inserimento in SRP:

- Cognome e Nome;
- Data di nascita;
- Indirizzo di residenza;
- Recapiti telefonici o e-mail da utilizzare.
- Tipologia assistenziale ritenuta opportuna e motivazioni per l'inserimento in una struttura residenziale con queste caratteristiche.
- Definizione del Progetto terapeutico individuale (PTI) comprensivo degli obiettivi terapeutici.

Note anamnestiche:

- Anamnesi patologica prossima e remota
- Diagnosi principale ed eventuali diagnosi secondarie (ICD 9 CM)
- Trattamenti in corso (terapia farmacologica psicotropa e non, trattamenti psicoterapici, interventi socio riabilitativi)

Informazioni relative al professionista che propone questo inserimento in SRP:

- Cognome e Nome;
- Professione ed eventuali specialità;
- Da quanto tempo ha in trattamento questo paziente?
- Recapiti telefonici o e-mail da utilizzare.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 02.04.19

ALLEGATO 3



Direzione Regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria
Area Politica del Farmaco

Prot. n. 140/14

GR/11/02

Roma, li 13/01/2015

ASL Roma E

N. 0001214 del 13/01/2015 - Arrivo



05809120150001214A555



Direttori / Commissari Straordinari e
Direttori DSM
delle ASL Regione Lazio

AIOP
ARIS
FEDERLAZIO
CONFINDUSTRIA SANITA'
FENASCOF

Oggetto: Procedure per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica alle Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP)

Al fine di assicurare la terapia a gli assistiti in carico alle Strutture di Trattamento Psichiatrico Intensivo Territoriale (STPIT) o a Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitativo Intensive (SRTRI), i farmaci di fascia A e H inerenti alle patologie dell'assistito saranno erogati dai servizi farmaceutici della ASL in cui insiste la struttura, ad eccezione del caso in cui il medico del DSM di residenza che autorizza l'inserimento nelle SRP valuti la necessità di prescrivere su ricettario SSR una confezione di una nuova terapia o una terapia aggiuntiva non in possesso del paziente, al fine di garantire l'assistenza farmaceutica.

In considerazione delle caratteristiche dei pazienti e della patologia psichiatrica, e in via sperimentale, saranno inoltre erogati i farmaci di fascia C strettamente attinenti alla patologia fatto salvo quanto già nominato a livello nazionale (come ad es. per la fibrosi cistica).

Saranno forniti farmaci presenti in gara regionale/aziendale, e a tal fine la prescrizione dovrà indicare esclusivamente il principio attivo.

La prescrizione dovrà essere redatta su apposita Scheda di Prescrizione Farmaceutica (SPF) che si allega (all. 1).

Al primo accesso nella struttura, la prescrizione viene effettuata dal sanitario referente del DSM di residenza.

Il servizio farmaceutico della ASL territorialmente competente, verificata la completa e corretta compilazione della Scheda SPF, allestirà i farmaci e li consegnerà al referente della SRP che ospita il paziente.

La prescrizione farmacologica, unitamente a tutta la documentazione prevista, sarà consegnata alla struttura residenziale al momento dell'accesso dell'assistito. Qualora l'assistito provenga da reparto di degenza ospedaliera, riceverà al momento della dimissione la terapia farmacologica necessaria per almeno sette giorni di trattamento.

I farmaci prescritti saranno consegnati, in confezione integra, al referente della SRP a cura del Servizio Farmaceutico della ASL sul cui territorio la SRP insiste, previa verifica della correttezza e completezza dei dati inseriti.

Le successive prescrizioni che confermano le terapie in atto saranno redatte dal sanitario della struttura.

Qualora il sanitario della struttura ravvisi la necessità di modificare sostanzialmente la prescrizione dovrà, contestualmente, darne comunicazione scritta al DSM di residenza del paziente.

La richiesta delle successive terapie sarà a cura del sanitario della struttura, che dovrà preventivamente inviare al servizio farmaceutico della ASL territorialmente competente, in modalità elettronica, il *Report delle Prescrizioni Farmaceutiche (RPF)*. Il *Report RPF* (all. 2) contiene tutti i dati presenti nella Scheda SPF e deve esprimere un fabbisogno non superiore a 30 giorni. Le informazioni contenute nel report sono indispensabili per la corretta rendicontazione in FarMed.

Il servizio farmaceutico, verificata la corretta compilazione del report, concorderà il ritiro delle terapie con la struttura. Il personale incaricato dalla struttura consegnerà contestualmente tutte le schede di prescrizione SPF dei pazienti indicati nel report RPF.

Le modalità operative dell'intera procedura dovranno, in ogni caso, essere concordate con il servizio farmaceutico della ASL che, a suo giudizio, potrebbe ritenere necessario integrare le informazioni richieste alla struttura.

La rendicontazione in FarMed per la compensazione economica sarà a cura della ASL territorialmente competente.

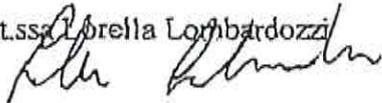
I farmaci detenuti dalla struttura dovranno essere conservati secondo quanto previsto dalle schede tecniche del farmaco e nel rispetto della normativa vigente.

La prescrizione, l'approvvigionamento e la conservazione dei farmaci stupefacenti e psicotropi di cui al DPR 309/90 e s.m.i. sarà a carico del Direttore Sanitario/Responsabile Medico della struttura.

È competenza di ciascuna ASL l'invio della presente procedura alle strutture psichiatriche insistenti sul proprio territorio

Il Dirigente Area Politica del farmaco

Dott.ssa Lorella Lombardozzi



Il Dirigente Area Programmazione

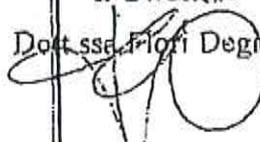
Rete servizi soggetti deboli

Dott.ssa Simona Fratini



Il Direttore

Dott.ssa Flavia Degnassi



Scheda Prescrizione Farmaceutica (SPF)

DENOMINAZIONE SR PSICHIATRICA



REGIONE LAZIO

Direzione Regionale
Servizio Integrato
Sociale Sanitario - Area
Politica del Farmaco

DATI UTENTE

COGNOME

NOME

SESSO

DATA NASCITA (GG/MM/AAAA)

CODICE FISCALE

VIA e NUMERO CIVICO

ASL DI RESIDENZA

DIAGNOSI PRINCIPALE:

DIAGNOSI SECONDARIA/E:

(se presente/i) ICD IX-cm

FARMACI PSICHIATRICI

Principio attivo

Posologia (es: 2 cps/die, 1 fl/sett, etc)

DURATA (almeno 15 gg e non oltre 12 mesi)

FARMACI NON PSICHIATRICI (non prescritti dal Dipartimento Salute Mentale)

Denominativo e Codice Regionale del Medico:

Principio attivo

Posologia (es: 2 cps/die, 1 fl/sett, etc)

DURATA (almeno 15 gg e non oltre 12 mesi)

Segnalazioni eventuali / note AIFA

PRIMA PRESCRIZIONE

PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA DELLA RICHIESTA

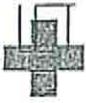
Timbro e firma del Medico

Nota 1: Il PTI deve essere conservato dagli operatori sanitari per un anno dalla data di adesura.

Nota 2: In presenza di patologie specifiche non psichiatriche la scheda deve essere corredata di eventuale documentazione di dettaglio.

<p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</p>  <p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</p> <p>Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>Data: 02.04.19</p>
---	--	--

ALLEGATO 4



DSM SCHEDA TRIAGE (primo contatto)

COGNOME _____ NOME _____

precedente contatto con il Servizio si no

(se si).....

Appropriatezza della richiesta medica: si no

Comorbidità _____

Assume terapia farmacologica:

Altri Servizi Coivolti _____

Assegnazione del caso in fascia di emergenza si no

Assegnazione del caso al Servizio, si prevede presa in carico multidisciplinare?

si no

Osservazioni _____

Data prima visita _____

Medico



Data.....

Firma

ANAGRAFE ASSISTITI

Data 1° contatto

Data richiesta

Codice operatore

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

Nato /a il _____ Comune o Stato Estero _____ Prov. _____

Residenza:

Indirizzo _____ Telefono _____

Comune o Stato Estero _____ Prov. _____

Domicilio:

Indirizzo _____ Telefono _____

Comune o Stato Estero _____ Prov. _____

Medico di base _____

Codice Fiscale

Stato Civile

Coniugato/a celibe/nubile Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Professione _____

Reddito _____

Scolarità _____

Con chi vive _____

Esenzione patologia _____

Invalidità _____ %

NOTA INFORMATIVA EX DL gs 196/2003

I dati personali forniti direttamente dall'utente sono tutelati dalla Legge e pertanto saranno utilizzati per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

Data _____ Firma _____

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>
---	--	---

ALLEGATO 5

RICHIESTA DI RICOVERO IN SPDC

Da UOC Area Salute Mentale NO/SE
CSM _____

Cognome e
nome _____

nato il ___/___/___ a _____ prov

residente a _____ prov

via/piazza _____ n° _____ tel

orientamento diagnostico _____

paziente seguito _____

presso _____
equipe di riferimento territoriale _____

terapia farmacologica abituale _____

terapia somministrata all'invio _____

malattie organiche _____

abuso di sostanze _____

pregressi comportamenti
violenti _____

progetto terapeutico/obiettivi del ricovero _____

piano di dimissione _____

recapito familiari _____

osservazioni e
note _____

Data _____ Medico proponente _____

<p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</p>  <p>ASL LATINA</p>	<p>PDTA</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</p> <p>Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00</p> <p>Data: 02.04.19</p>
---	--	--

ALLEGATO 6

Dipartimento Salute Mentale ASL Latina

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Nome cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Esenzione ticket	
Altro	

stato civile	1	nubile/celibe
	2	coniugato/ convivente
	3	vedovo/a
	4	separato/a
	5	libero/a di stato

Cittadinanza	
Residenza	
Eventuale domicilio	
Recapito/i telefonici	
Familiare o altra persona di riferimento	

Posizione giuridica:	0	Nessun istanza inoltrata al Giudice Tutelare
	1	Istanza inoltrata e in attesa di definizione
	2	Amministrazione di sostegno
	3	Curatela
	4	Tutela
Persona incaricata dell'amministrazione/ curatela/tutela		nome e cognome:
		Recapito:

Referenti del progetto:

Qualifica professionale	Nome e cognome leggibili

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Composizione del nucleo familiare convivente

Cognome e nome	Legame di parentela	Età	Condizione lavorativa	Recapito telefonico

Familiari e/o altre persone di riferimento non conviventi

Cognome e nome	Legame di parentela	Età	Condizione lavorativa	Recapito telefonico

Situazione abitativa precedente al presente progetto (si possono selezionare più opzioni):

1		vive da solo/a
2		vive da solo/a con figlio/i
3		vive con il coniuge/partner
4		Vive con il coniuge/ partner e figlio/i
5		Vive con altri familiari:
6		Struttura residenziale:

7		Accoglienza presso associazione di auto-aiuto	Precisare dove Precisare costo mensile a carico del paziente
8		Accoglienza presso altri	Precisare dove Precisare costo mensile a carico del paziente
9		Privo di abitazione	
10		Vive in abitazione in affitto	Precisare canone
11		Vive in abitazione di proprietà	
12		Altro (precisare)	

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

--	--

Scuola e lavoro

Titolo di studio:													
1	ANALFABETA	2	LICENZA ELEMENTARE	3	SCUOLA MEDIA INFERIORE	4	SCUOLA MEDIA SUPERIORE	5	LAUREA				
Per risposte 4 o 5 Precisare													
Situazione lavorativa													
1	Occupato/a	2	Disoccupato/a	3	In cerca di prima occupazione	4	Casalingo/a	5	Studente	6	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro	7	Altra condizione ¹
Note:													
Valutazione invalidità civile				NO	SI'	Richiesta il							
ESITO		%		INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO			NO	SI'	Richiesta il				
Variazioni:										data:			

Valutazione stato di handicap				NO	SI'	Richiesta il							
Esito:													
Variazioni:										data:			

Valutazione per collocamento mirato (legge n° 68/99 e successive integrazioni)						NO		SI'		In attesa di valutazione			
Effettuata il						0	1	2	3	4	5	6	
Esito valutazione:	1	Non possiede residue capacità lavorative											
	2	Sussistono potenziali capacità lavorative. Il recupero e/o lo sviluppo delle capacità lavorative può avvenire tramite percorsi e progetti individuali											
	3	Sussistono capacità lavorative che possono essere utilizzate in mansioni compatibili ed in ambienti idonei attraverso il collocamento mirato											
	4	Altro: ²											
Percorsi di supporto in ambito lavorativo in atto o precedenti (corsi di formazione, tirocini, borse lavoro, altro) Precisare periodo, tipologia ed esito						01							
						02							
						03							
						04							
						05							
						06							
Variazioni:										data:			

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

--	--

Situazione economica

	Fonte delle risorse economiche	Importo dell'entrata in Euro	note ¹
1	Senza reddito	€	
2	Reddito da lavoro	€	
3	Pensione da lavoro	€	
4	Assegno o Pensione di Invalidità Civile	€	
5	Indennità di accompagnamento	€	
6	Pensione INAIL	€	
7	Pensione inabilità INPS	€	
8	Pensione invalidità INPS	€	
9	Pensione ai superstiti	€	
10	Pensione sociale	€	
11	Contributo economico del Comune	€	
12	Aiuto dei familiari	€	
13	Aiuto da associazioni di volontariato	€	
14	Altro:	€	

¹ Nelle note possono essere indicate eventuali modificazioni previste nella situazione economica del paziente : richieste di contributi in attesa di erogazione o sospensioni di indennità di accompagnamento, o qualsiasi altra precisazione si ritenga utile.

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Diagnosi :			
Raggruppamento/i:		ICD 10	
Punteggio GAF			
Altre patologie non psichiatriche:			

VALUTAZIONE PSICOPATOLOGIA⁴:

Sintomi	Non presente	Molto lieve	Lieve	Moderato	Moderato/Grave	Grave	Molto grave	Non valutabile
PREOCCUPAZIONE SOMATICA								
ANSIETA'								
DEPRESSIONE								
TENDENZA SUICIDARIA								
SENTIMENTI DI COLPA								
OSTILITA'								
UMORE ESALTATO								
GRANDIOSITA'								
SOSPETTOSITA'								
ALLUCINAZIONI								
CONTENUTO INSOLITO DEL PENSIERO								
TRASCURATEZZA DELLA PROPRIA PERSONA								
DISORIENTAMENTO								
DISORGANIZZAZIONE CONCETTUALE								
APPIATTIMENTO AFFETTIVO								
RITIRO EMOTIVO								
RALLENTAMENTO MOTORIO								
TENSIONE								
MANCANZA DI COLLABORAZIONE								
ECCITAMENTO								
DISTRAIBILITA'								
IPERATTIVITA' MOTORIA								

⁴ Lo strumento utilizzato è la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 229-236

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE⁵:

		nessun problema	Nessuno/moderato problema grazie all'aiuto fornito	Grave problema	sconosciuto
1	ALLOGGIO				
2	ALIMENTAZIONE				
3	CURA DELLA CASA				
4	CURA DI SÉ				
5	ATTIVITÀ QUOTIDIANE				
6	SALUTE FISICA				
7	SINTOMI PSICOTICI				
8	INFORMAZIONI				
9	DISAGIO PSICOLOGICO				
10	SICUREZZA PERSONALE				
11	SICUREZZA PER GLI ALTRI				
12	ABUSO DI ALCOOL				
13	ABUSO DI FARMACI				
14	VITA DI RELAZIONE				
15	VITA DI COPPIA				
16	VITA SESSUALE				
17	CURA DEI FIGLI				
18	ISTRUZIONI DI BASE				
19	TELEFONO				
20	TRASPORTI				
21	DENARO				
22	SUSSIDI				

⁵ La scheda di valutazione del funzionamento personale e sociale contiene i quesiti della CAN. Si consiglia la consultazione del manuale specifico per effettuare tale valutazione. Cfr "La versione italiana della Camberwell Assessment of Need, un'intervista per l'identificazione dei bisogni di cura", Ruggeri M. Lasalvia A., et Al. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999, 8, 135-167. Si allegano le istruzioni e lo strumento. Questa tabella potrebbe registrare la sintesi di un processo valutativo che integra le diverse prospettive: staff curante, paziente, famiglia.

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

--	--

Interventi assistenziali e/o riabilitativi di base previsti dal progetto	Visite/Colloqui con il medico Psichiatra	1	Frequenza:
			Finalità:
	Psicoterapia	2	Frequenza:
			Finalità:
	Visite domiciliari	3	Frequenza:
			Finalità:
			Effettuate da ⁶ :
	Colloqui/interventi Assistente Sociale	4	Frequenza:
			Finalità:
	Colloqui/interventi Assistente Sanitario/a	5	Frequenza:
		Finalità:	
SPDC	6	Frequenza:	
		Finalità:	
Colloqui in strutture accreditate	7	Frequenza:	
		Finalità:	
Centro Diurno/CSM	8	Frequenza:	
		Finalità:	
Incontri con il nucleo familiare	9	Frequenza:	
		Finalità:	
Altro intervento:	10	Frequenza:	
		Finalità:	

⁶ Indicare il/i profili professionali degli operatori che si recheranno in Visita Domiciliare

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° _____

Altri interventi assistenziali e/o terapeutico riabilitativi previsti dal progetto personalizzato	Assistenza territoriale socio-educativo-riabilitativa	Numero di ore settimanali previste			
		OSS		ED. PROF.	TeRP
		Usò dell'auto			N° Km. mensili
		Data di attivazione dell'intervento			
		Data cessazione intervento			
		Esito dell'intervento	Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

Altri interventi assistenziali e/o terapeutico riabilitativi previsti dal progetto	Attività semi-residenziali	presso			
		Giornate di presenza (indicare il numero di giorni settimanali o annuali previsti)			
		Data di attivazione dell'intervento			
		Data cessazione intervento			
		Esito dell'intervento	Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

--	--

Altri interventi assistenziali e/o terapeutico riabilitativi previsti dal progetto	Inserimento presso struttura residenziale (specificare quale)	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8	STRUTTURA RESIDENZIALE DIVERSA DALLE PRECEDENTI:	
		9	ALTRA SITUAZIONE ABITATIVA:	
		Data di attivazione dell'intervento		
Data cessazione intervento				
Compartecipazione alla spesa	SI' NO	QUOTA COMPARTICIPAZIONE ⁸ : €		
		Note ⁹ :		
Esito dell'intervento	Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati:			

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.

INTEGRAZIONE CON ALTRI SERVIZI/ENTI/AGENZIE COINVOLTE NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

01	Medicina Generale	02	NPI ¹⁰	03	SeRD	04	Alcologia	05	Area Disabilità	06	SIL	07	Consultorio Familiare
Referenti :		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		Nome cognome e recapito											

08	Servizio Sociale di base	09	Volontariato/auto-aiuto/coop. sociali	10	Ospedale Psichiatrico Giudiziario	11	Ufficio Esecuzione Penale (UEPE)	12	Tribunale Minori	13	Altro:
Referenti :		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									

Interventi attivati da altro servizio/agenzia	Tipologia di intervento		Indicare il servizio che si fa carico dei costi e della verifica dell'intervento. Inoltre, se diverso, indicare l'agenzia che fornisce il servizio
	01	CONSULENZA	
	02	ASSISTENZA DOMICILIARE	
	03	CENTRO DIURNO	
	04	INSERIMENTO RESIDENZIALE	
	05	AIUTO ECONOMICO	
	06	INSERIMENTO LAVORATIVO	
	07	VALUTAZIONE NUCLEO FAMILIARE	
	08	TRASPORTO	
	09	ATTIVITA' TEMPO LIBERO	
	10	ALTRO:	

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

--	--

UVMD effettuata:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI'	Data:	
Elementi significativi contenuti nel verbale di UVM				

Data compilazione progetto :		
OPERATORI CHE HANNO FORMULATO IL PROGETTO		
Qualifica professionale	Cognome e nome	Firma

firma destinatario progetto _____

firma famigliari _____

luogo _____ data _____

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

--	--

Progetto a favore di	Nome e cognome dell'interessato:
----------------------	----------------------------------

CONSENSO INFORMATO e TUTELA DEI DATI PERSONALI

Informazione

Sono stato informato in modo chiaro e comprensibile su tutti gli aspetti del presente progetto ed ho potuto porre tutte le domande di approfondimento che ho ritenuto opportune.

Nome e cognome	Firma
----------------	-------

Consenso

Esprimo il mio consenso alla realizzazione del presente progetto personalizzato

Nome e cognome	Firma
----------------	-------

Tutela della riservatezza dei dati sensibili

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per un loro utilizzo strettamente legato alla realizzazione del progetto. Il presente progetto potrà essere consultato dal sottoscritto e dagli operatori che collaborano alla realizzazione dello stesso e sarà parte integrante della mia cartella clinica.

Nome e cognome	Firma
----------------	-------

Eventuale persona incaricata di tutela /curatela/ amministrazione di sostegno ¹¹	
Nome e cognome	Firma

	ACCONSENTO
	NON ACCONSENTO

A condividere con i miei familiari e/o altre persone di riferimento (precisare: nome, cognome e rapporto) i contenuti del presente progetto personalizzato:

luogo _____ data _____

Nome e cognome	Firma
----------------	-------

Eventuale persona incaricata di tutela /curatela/ amministrazione di sostegno ¹²	
Nome e cognome	Firma

¹¹ La firma della persona eventualmente incaricata di tutela o curatela è da considerarsi obbligatoria. La firma dell' eventuale amministratore di sostegno sarà da apporre qualora il progetto terapeutico sia condizionato dai contenuti del provvedimento di nomina emesso dal Giudice Tutelare

¹² La firma della persona eventualmente incaricata di tutela o curatela è da considerarsi obbligatoria. La firma dell' eventuale amministratore di sostegno sarà da apporre qualora il progetto terapeutico sia condizionato dai contenuti del provvedimento di nomina emesso dal Giudice Tutelare

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
		<p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>

ALLEGATO 7

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE (CON RICHIESTA DI CONSULENZA/INVIO, del minore)
EFFETTUATA DAL SERVIZIO**

Al Servizio.....

Si richiede:

- Consulenza
- Appuntamento

Per il /la minore.....nato/a.....ilrecapito.....

In carico presso lo scrivente Servizio/Reparto, per problematiche probabilmente connesse all'uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti.

Si fa presente che sono stati rilevati i seguenti elementi:

A. CRITERI ANAMNESTICI

- Precedenti trattamenti (documenti o riferiti): specifica.....
- Anamnesi prossima (raccolta dal paziente e dagli accompagnatori, anche separatamente):

specifica.....

B. ESAME OBIETTIVO (Segni e Sintomi)

Presenza di segni e sintomi primari: specifica.....

Presenza di segni e sintomi aspecifici o secondari principali (da considerare quale warning, in associazione al quadro complessivo): specifica.....

C. ACCERTAMENTI DI LABORATORIO TOSSICOLOGICI

Sostanza.....Referto: pos./neg.

Sostanza.....Referto: pos./neg.

Sostanza.....Referto: pos./neg.

Data.....

Il Sanitario



PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI) PER IL MINORE

MINORE.....

Trattamento:

- In parallelo, tra i Servizi.....
- Di Consulenza del Servizio.....presso.....

Descrizione del Piano di Trattamento (ambulatoriale/residenziale/semiresidenziale):

.....

Obiettivi di trattamento.....

Durata orientativa, prevista per il trattamento.....

CASE MANAGER.....

Equipe di trattamento:

.....

Incontri programmati per verifica Piano di Trattamento Individuale:

.....
.....
.....



SCHEDA DI CONSENSO INFORMATO PER CONSULENZA/INVIO – IN CASO DI PZ. MINORE

Il /La sottoscritto/a.....

Genitore/Tutore del minore.....

Essendo stato informato, in relazione alle condizioni di salute del/la proprio/a figlio/a, assistito/a

Dal/la Dott./ssa.....

Del Servizio/Reparto.....della ASL.....

Dei rischi per la salute correlati all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, fornisce il proprio formale consenso affinché sia assicurato un approfondimento diagnostico, attraverso:

- Richiesta di Consulenza al Servizio specialistico.....dellaASL.....
- Invio per Visita, con prenotazione di appuntamento, presso il Servizio specialistico.....della ASL.....

Sono stato, altresì, informato che i dati relativi alla motivazione di richiesta di Consulenza/Invio sono comunicati ai professionista contattato per la prestazione.

Data.....

il Sanitario

.....

Il Genitore/Tutore

.....

Nome e Cognome

.....

Firma

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n. 196/2003 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.legs.196/2003, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Firma leggibile.....

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>
--	--	---

ALLEGATO 8

SCHEDA DI DIMISSIONE E PROGRAMMA DI FOLLOW-UP (Minore)

Al Genitore/Tutore del Minore.....

A conclusione del Piano di Trattamento Individuale, in data....., si raccomanda:

.....
.....

Si prescrive la seguente terapia:.....

.....

Si invita a successiva visita di controllo da effettuare tramesi, in data:.....

Per qualsiasi necessità o dubbio sulle condizioni di salute, è invitato a contattare il Dott./ssa.....

.....al seguente recapito:.....

Data.....

Il Sanitario.....

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>
--	--	---

ALLEGATO 9



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINA



REGIONE
LAZIO

Data, _____

SCHEDA D'INVIO

Nome:
(Prime due lettere)

Cognome:
(Prima lettera)

Proposta di inserimento in:

Struttura Residenziale

Struttura Semiresidenziale

EQUIPE DI RIFERIMENTO:

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residenza indirizzo _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____
Codice Fiscale _____ Recapiti telefonici _____
Stato civile _____ Scolarità _____
MMG _____ TEL _____ Num. Esenz. _____
Familiare di riferimento _____ tel. _____
Seconda persona/familiare di riferimento _____
Tel _____
Tutore _____ tel. _____
Amministratore di sostegno _____ tel. _____
Curatore _____ tel. _____

ANAMNESI

DIAGNOSI

TERAPIA FARMACOLOGICA

Storia personale dell'utente e della famiglia, eventi significativi, riferimenti affettivi importanti, altri percorsi progettuali e/o riabilitativi già realizzati

Cura dell'ambiente di vita, relazioni con il vicinato e habitat cittadino

FORMAZIONE/LAVORO (Attività quotidiane, condizione lavorativa e condizione economica)

AFFETTIVITA'/SOCIALITA' (Nucleo familiare, relazioni interpersonali, rete sociale, interessi personali)

CURA DELLA PROPRIA PERSONA

CONDIZIONI DI SALUTE FISICA E PSICHICA

SCALE DI VALUTAZIONE SOMMINISTRATE (Allegare eventuale documentazione)

INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI (Casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività)

ASPETTATIVE/RICHIESTE DELL'UTENTE E DEI FAMILIARI

VALUTAZIONE RISORSE SOCIO-ASSISTENZIALI

Rapporti parentali esistenti	Capacità assistenziale	Capacità organizzativa
Coniuge	1 2 3	1 2 3
Figli	1 2 3	1 2 3
Rete socio-familiare	1 2 3	1 2 3

Utente	Capacità organizzativa	Capacità adattiva
Autonomia personale e sociale (valutazione tramite test specifici)	1 2 3	1 2 3

INDICI

- **Capacità assistenziale**
 1. i familiari esistenti garantiscono una tipologia di assistenza adeguata per ogni tipologia di bisogno presente o che può manifestarsi;
 2. i familiari esistenti riescono a garantire livelli di risposta limitate ai bisogni presenti ed esprimono forte preoccupazione per quelli nuovi che potranno presentarsi;
 3. i familiari esistenti garantiscono una assistenza inadeguata o inutile (senza responsabilità - con responsabilità).

(l'assenza di coniuge, figli, parenti significativi produce il punteggio 3 per ognuna delle voci)

- **Capacità organizzativa dei familiari**
 1. il familiare gestisce autonomamente le risposte ai bisogni o coordinano gli aiuti per le necessità;
 2. il familiare compie alcune azioni di aiuto ma non riesce ad organizzare altri aiuti oltre il proprio;
 3. il familiare non riesce ad organizzarsi rispetto a nessun tipo di bisogno.

- **Capacità organizzativa dell'utente**
 1. il cittadino gestisce autonomamente le risposte ai propri bisogni o coordina gli aiuti per le necessità;
 2. il cittadino compie alcune azioni a lui utili ma manca di un punto di riferimento affidabile;
 3. il cittadino necessita di guida, aiuto, coord. di interventi.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 02.04.19

ALLEGATO 10

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE****U.O.S.D. Ser.D.** (Servizio per le Dipendenze Patologiche)

Distretto _____

ALLEGATO – Scheda di invio per utenti con sospetto D.D. (Doppia Diagnosi)

SCHEDA DI INVIO AL CSM PER SOSPETTO di D.D.	
SERVIZIO INVIANTE: _____	DATA ____ / ____ / ____
SERVIZIO DA CONTATTARE competente per territorio: _____	
CASO URGENTE: SI _____ NO _____ Motivazione dell'urgenza _____	
COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: _____	
DATA DI NASCITA: ____ / ____ / ____	
COMUNE DI RESIDENZA: _____	
Domicilio: _____	
Se in Struttura residenziale indicare denominazione e recapito: _____	
Se ricoverato indicare il Reparto e l'Ospedale: _____	
Se senza fissa dimora indicare il domicilio attuale: _____	
Data di sospetto/certezza di Doppia Diagnosi (estratto da cartella clinica): ____ / ____ / ____	
Data del 1° accesso al Servizio inviante (estratto da cartella clinica): ____ / ____ / ____	
Data dell'ultima presa in carico del paziente nel Servizio inviante: ____ / ____ / ____	
EQUIPE (Cognome e Nome, Figure professionali): _____	
MEDICO INVIANTE (Cognome e Nome) _____	
Firma _____	Recapito telefonico _____



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

U.O.S.D. Ser.D. (Servizio per le Dipendenze Patologiche)

Distretto _____

ALLEGATO . SCHEDA DI SEGNALAZIONE CON RICHIESTA DI CONSULENZA/INVIO AL NPI

AL Servizio.....

Si richiede:

Consulenza

Appuntamento

Per il/la minore.....nato/a il.....a.....residente a.....
in Via.....

in carico presso lo scrivente Servizio, per problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti,
segnalato a questo Servizio da.....

Si fa presente che sono stati rilevati i seguenti elementi:

A. CRITERI ANAMNESTICI

Precedenti trattamenti (documentati o riferiti): specifica.....

Anamnesi prossima (raccolta dal paziente e dagli accompagnatori, anche separatamente):
specifica.....

B. ESAME OBIETTIVO (Segni e Sintomi)

Presenza di segni e sintomi primari: specifica.....

Presenza di segni e sintomi aspecifici o secondari principali (da considerare quale warning, in
associazione al quadro complessivo): specifica.....

C. ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI DI LABORATORIO

Sostanza.....Referto: positivo negativo

Sostanza.....Referto: positivo negativo

Sostanza.....Referto: Positivo negativo

Data _____

Il Medico



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

U.O.S.D. Ser.D. (Servizio per le Dipendenze Patologiche)

Distretto _____

ALLEGATO . SCHEDA DI CONSENSO INFORMATO PER CONSULENZA/INVIO NPI

Il/La sottoscritto/a.....

Genitore/Tutore del minore.....

Essendo stato informato/a, in relazione alle condizioni di salute del/la proprio/a figlio/a, assistito/a

dal/la Dott./Dott.ssa.....

del Servizio.....della ASL.....

dei rischi per la salute correlati all'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti fornisce il proprio formale
consenso affinché sia assicurato un approfondimento diagnostico, attraverso:

° richiesta di consulenza al Servizio specialistico NPI.....della ASL

° invio per visita, con prenotazione di appuntamento, presso il Servizio specialistico NPI.....
della ASL.....

Sono stato altresì, informato che i dati relativi alla motivazione di richiesta di consulenza/invio sono
comunicati al professionista contattato per la prestazione.

Data _____

Il Medico

Il Genitore/Tutore

Nome e Cognome

Firma

Il /La Sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del
D.lgs. n.196/2003, e

Consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1
lett.D, nonché all'art.26 del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari
allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e per la comunicazione dei dati ai soggetti
indicati nell'informativa.

Firma leggibile

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>
--	---	---

ALLEGATO 11



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINA



REGIONE
LAZIO

Dipartimento Organizzativo Gestionale
Rete Ospedaliera
U.O.S. Medicina Penitenziaria

Prot.asl/lt _____

Latina

PROTOCOLLO OPERATIVO TRA DSM E MEDICINA PENITENZIALIA

Tale protocollo tra i soggetti contraenti in calce definisce :

- ° le risorse professionali che il DSM di Latina mette a disposizione della Casa Circondariale di Latina tramite il CSM territoriale e il Ser.D di Latina.
- ° le specifiche funzioni che verranno svolte da parte del personale del CSM e del Ser.D .
- ° l'organizzazione delle presenze del personale dedicato presso la Casa Circondariale.

1. Tenendo conto di quanto previsto nel Piano Locale di Prevenzione (PLP) per quanto riguarda la salute mentale, il personale dedicato e' il seguente:

2 PSICHIATRI (in organico Medicina Penitenziaria)
2 PSICOLOGI (uno in organico Medicina Penitenziaria e l'altro al CSM)

le funzioni svolte sono le seguenti:

- * *OSSERVAZIONE NUOVI GIUNTI*
- * *DEFINIZIONE DI EVENTUALI MISURE DI SORVEGLIANZA*
- * *MONITORAGGIO ANDAMENTO CLINICO DEI DETENUTI CON MISURE DI SORVEGLIANZA*
- * *ELABORAZIONE DEI PIANI DI TRATTAMENTO INDIVIDUALI (PTI)*
- * *RAPPORTI CON L'AUTORITA' GIUDIZIARIA*

2. Per quanto riguarda il Ser.D. Il personale dedicato e' il seguente:

1 MEDICO
1 PSICOLOGO
1 ASSISTENTE SOCIALE (su chiamata)

le funzioni svolte sono le seguenti:

* *OSSERVAZIONE NUOVI GIUNTI*

* *ASSICURARE LA CONTINUITA' DELLA PRESA IN CARICO AI
DETENUTI GIA' IN TRATTAMENTO PRESSO IL Ser.D.*

Il DSM Territoriale :

- si occupera' delle incombenze cliniche e amministrative in caso di inserimento dei detenuti presso REMS, Comunita' Terapeutiche o altra struttura ritenuta idonea .
- provvedera' alla sostituzione degli specialisti psichiatri e degli psicologi in caso di assenza o indisponibilita' del personale in turno
- si occupera' delle urgenze in caso delle seguenti evenienze in ambito carcerario:
 - tentativo o effettuazione di atti autolesionistici
 - tentativo di suicidio
 - scompenso psicotico

In presenza di una di tali evenienze si richiedera' consulenza al CSM o invio al P.S.
Per consulenza.

Per la Medicina Penitenziaria

Dr. A.A. Ciurleo

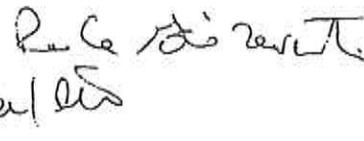
* Dr. S. Parrocchia



Per il DSM

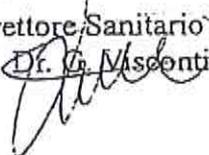
Dr.ssa P. Fioravanti

DR. L. Carfagna



Il Direttore Sanitario Aziendale

Dr. G. Mascanti



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 00 Data: 02.04.19</p>
--	---	--

ALLEGATO 12

 ASL LATINA	PDPA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente con disturbi schizofrenici	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 00 Data: 01.10.18

ALLEGATO N.

SCHEDA n° - VERBALE DI AUDIT

PERCORSO:

Data	Luogo
Ora inizio	Ora termine

ORDINE DEL GIORNO

- Audit Percorso
- Varie ed eventuali

DESCRIZIONE DELL'AUDIT (traccia)

In fase di progettazione del percorso:

- E' stato individuato il problema di salute?
- Sono state individuate le linee guida di buona qualità?
- Sono stati identificati i criteri di ingresso del paziente nel percorso?
- Sono state identificate le prestazioni?
- Sono stati identificati gli accessi?
- Sono state identificate le giornate (in caso di ricovero)?
- Sono stati descritti i criteri di gestione-frequenza?
- Sono stati definiti gli indicatori per la valutazione?
- E' stata definita la matrice di rilevazione?
- E' presente una specifica cartella riportante tutta la documentazione?

In fase di sviluppo del Percorso:

- Sono stati raccolti i dati e gli indicatori per il processo di valutazione?
- Sono rilevati gli scostamenti tra percorso atteso di riferimento e percorso osservato attraverso l'analisi degli indicatori?
- Sono state raccolte le informazioni nella matrice di rilevazione per il processo di valutazione?
- Sono rilevati gli scostamenti tra percorso atteso di riferimento e percorso osservato attraverso l'analisi della matrice di rilevazione?
- Se sono presenti gli scostamenti, quali le possibili cause?
- Sono possibili azioni di miglioramento efficaci e fattive?
- Se sono possibili azioni di miglioramento efficaci e fattive, chi è il responsabile, quali sono le modalità, i tempi di realizzazione, gli operatori coinvolti, quali sono i mandati di lavoro?

In fase di mantenimento del Percorso:

- Le azioni di miglioramento sono state effettuate?
- Quale efficacia hanno avuto?

905