

L'importanza del PDTA nella presa in carico del paziente con patologia psichiatrica

Giuliano Casu

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

ASL Toscana centro

Governo Clinico

- Il governo clinico (GC), liberamente tradotto da *Clinical Governance*, è una “strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l’eccellenza professionale

Gli strumenti del governo clinico

- **Pratica basata sulle evidenze**
- Gestione dei dati e delle informazioni
- **Utilizzo di linee guida**
- Ricorso all'audit clinico
- Gestione del rischio clinico
- Formazione continua
- Ricerca e innovazione
- **Gestione del gruppo di lavoro**
- **Coinvolgimento dell'utenza**

PANSM (Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale 2013)

- «I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare **una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza**. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa».

Legge n. 24 del 8 marzo 2017

- **"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"**, prevede che "gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle **raccomandazioni** previste dalle **linee guida** pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in **apposito elenco**".

- Tale elenco è istituito e regolamentato con [decreto 2 agosto 2017](#) pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale n. 186 del 10 agosto 2017
- **Tra le linee guida finora pubblicate non ve ne sono relative alla salute mentale e alle dipendenze**

Linee Guida

- «Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, ***per assistere medici e pazienti*** nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche» (*Institute of Medicine, 1992*)

- Linee guida
- Linee di indirizzo
- Raccomandazioni

Possono essere considerate sinonimi

- La **linea guida** è un insieme di raccomandazioni sviluppate sistematicamente, sulla base di conoscenze continuamente aggiornate e valide, redatto allo scopo di rendere appropriato, e con un elevato standard di qualità, un comportamento desiderato. Contrariamente ai **protocolli** o alle **procedure** non sono in linea generale obbligatorie.

- **Protocollo:** è una sequenza prescrittiva e vincolante di comportamenti diagnostico-terapeutici ben definiti (deriva dall'adattamento all'uso, con l'aggiunta di connotati operativi, delle linee guida)

- **Procedura:** parte dei protocolli che serve a circostanziare le modalità con le quali si realizzano determinate azioni.

Buone pratiche

- Per **buona** prassi o **buona** pratica (dall'inglese best practice) si intendono le esperienze, le procedure o le azioni più significative, o comunque quelle che hanno permesso di ottenere i migliori risultati, relativamente a svariati contesti e obiettivi preposti.

Stato dell'arte

- Raccomandazioni, linee di indirizzo, linee guida sulla salute mentale pubblicate in Italia

Linee guida SOPSI

- Linee guida per il trattamento farmacologico dell'episodio depressivo
- Linee guida per la terapia farmacologica della schizofrenia
- Linee guida per il trattamento psicofarmacologico del Disturbo di Panico
- Linee guida per il trattamento psicofarmacologico del Disturbo Ossessivo Compulsivo
- Il consenso al trattamento in Psichiatria
- Linee guida sulla Farmacoterapia dei Disturbi dell'Umore
- Linee guida per la Farmacoterapia della schizofrenia
- Linee guida per la Terapia dei Disturbi d'Ansia
- Comportamenti violenti in psichiatria. Diagnosi e farmacoterapia
- Sindrome metabolica e patologie correlate nella schizofrenia Linee guida per il monitoraggio medico
- Disturbi psichiatrici e alterazioni del sonno

Le raccomandazioni del Ministero della Salute

- Il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose, fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.
- La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti.

- Raccomandazione n.8: Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (2007)
- Raccomandazione n.4: Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale (2008)

Documenti pubblicati sul sito del ministero della salute per l'Area salute mentale

12 gennaio 2005 - [Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa - Affrontare le sfide, creare le soluzioni](#)

Area: Salute mentale

12 gennaio 2005 - [Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa - Affrontare le sfide, creare le soluzioni](#)

Area: Salute mentale

11 ottobre 2001 - [Il Sistema informativo nazionale per la salute mentale – modello per la rilevazione di strutture, personale, attività e prestazioni dei Dipartimenti di salute mentale](#)

Area: Salute mentale

10 novembre 1999 - [Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000](#)

Area: Salute mentale

Area: Salute mentale

30 aprile 2008 - [Tavolo nazionale di lavoro sull'autismo](#)

Area: Salute mentale

19 marzo 2008 - [Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari \(OPG\) e nelle case di cura e custodia](#)

Area: Salute mentale

18 marzo 2008 - [Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale](#)

Area: Salute mentale

31 ottobre 2007 - [Linea guida "Gli interventi precoci nella schizofrenia"](#)

Area: Salute mentale

14 ottobre 2005 - [Libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione"](#)

Area: Salute mentale

14 aprile 2015 - [Seconda Relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento](#)

[degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 30 maggio 2014 n. 81](#)

Area: Investimenti in sanità, Salute mentale

30 novembre 2014 - [Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali](#)

[Psichiatrici Giudiziari, ai sensi del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, convertito dalla legge](#)

[30 maggio 2014 n. 81](#)

Area: Salute mentale, Investimenti in sanità

12 giugno 2013 - [Disturbi del Comportamento Alimentare \(DCA\) negli adolescenti e nei giovani adulti](#)

Area: Salute mentale

13 febbraio 2013 - [Piano di azioni nazionale per la salute mentale](#)

Area: Salute mentale

22 novembre 2012 - [Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e](#)

[dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo \(DPS\),](#)

[con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico](#)

5 gennaio 2016 - [Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020](#)

Area: Salute mentale

5 gennaio 2016 - [Piano d'azione europeo per la salute mentale](#)

Area: Salute mentale

16 ottobre 2015 - [Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza](#)

Area: Salute mentale

16 ottobre 2015 - [Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità](#)

Area: Salute mentale

16 ottobre 2015 - [Le strutture residenziali psichiatriche](#)

Area: Salute mentale

19 maggio 2015 - [Terza Relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 30 maggio 2014 n. 81](#)

Area: Salute mentale, Investimenti in sanità

7 settembre 2017 - [Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione](#)

Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017

Area: Nutrizione , Salute mentale

13 aprile 2017 - [mhGAP Guida Interventi per disturbi mentali, neurologici e dovuti all'uso di sostanze in strutture sanitarie non specializzate \(traduzione in italiano da testo OMS\)](#)

Area: Salute mentale

14 dicembre 2016 - [Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale \(SISM\) anno 2015](#)

Area: Salute mentale

4 febbraio 2016 - [Relazione al Parlamento sul processo di superamento degli OPG di cui all'art. 1, comma 2 bis, della Legge 81/2014 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"](#)

Documenti più significativi per la Salute mentale adulti

- [Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996”](#)
- [Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000”](#)
- **Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** (Il contributo programmatico è contenuto nello schema di Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 al [Cap. 5.4 - La tutela della Salute Mentale](#)).
- **Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale**

Il piano è stato approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013. Elaborato dal Ministero della salute in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, definisce gli obiettivi di salute per la popolazione, le azioni e gli attori necessari per conseguirli, i criteri e gli indicatori di verifica e valutazione.

- Da questa documenti generali discendono una serie di altri documenti operativi che aiutano a promuovere una maggiore appropriatezza ed efficacia degli interventi messi poi in atto dalle Regioni, che sono le titolari dell'organizzazione dell'assistenza

Documenti che hanno avuto una ricaduta a livello di Regione Toscana

- [Le strutture Residenziali Psichiatriche](#) in età adulta, documento approvato in Conferenza unificata con [accordo n.116 del 17 ottobre 2013](#).
- Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, documento approvato in Conferenza unificata con accordo n. 138 del 13 novembre 2014.
- [Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e dei disturbi gravi di personalità](#), documento approvato in Conferenza unificata con [accordo n. 137 del 13 novembre 2014](#)

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome(31/10/2014)

- Propone una riorganizzazione dei Dipartimenti di Salute mentale fondata sulla necessità di **lavorare per progetti di intervento**...sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, favorendo un approccio sistemico da parte delle equipe rispetto a modalità di lavoro segmentali.

GESTIONE PER PROCESSI

- **PROCESSO:** insieme organizzato di risorse (umane, metodologiche, tecnologiche) finalizzato alla produzione di sequenze logiche di attività che producono risultati (prodotti): da input ad output (misurabili)

Processi	Prodotti
Intervento sulle acuzie	Ricovero in SPDC
	Gestione domiciliare e ambulatoriale della crisi
Attività ambulatoriale	Visita specialistica ambulatoriale
	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
	Psicoterapia individuale, di gruppo e familiare
	Psicoeducazione
Presenza in carico terapeutico-riabilitativa	Intervento a domicilio del paziente
	Attività comunitarie esterne al servizio
	Centro diurno
	Abitare supportato
	Inserimento in struttura residenziale socio-riabilitativa
	Inserimento in struttura residenziale terapeutico-riabilitativa
Interventi di riabilitazione lavorativa	Inserimento socio-terapeutico (terapeutico lavorativo)
Attività di consulenza	Progetti riabilitativi multidisciplinari
	Certificazioni
	Consulenze in Pronto Soccorso ed altri reparti ospedalieri
	Consulenze ai MMG
	Consulenza ad agenzie socio-sanitarie e socio-assistenziali: case di riposo, RSA ed altro
Attività di promozione della salute	Incontri con la popolazione
	Attività di salute mentale di comunità
	Rapporti con Associazionismo e Volontariato
Attività formativa	Eventi formativi (organizzazione/partecipazione giornate e corsi; formazione fra pari, ecc.)
Rischio clinico	Audit e M&M

PDTA

Gestione per processi

- 1. analizzare attività e processi che compongono il percorso di cura;
- 2. individuare quali processi risultano critici;
- 3. capire come dovrebbero essere svolti;
- 4. confrontare il modello con il processo reale;
- 5. riprogettare i percorsi.

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome(31/10/2014)

Viene formulata una proposta di accordo Stato-Regioni sulla definizione dei **percorsi di cura** da attivare nei Dipartimenti di Salute mentale per i **Disturbi Schizofrenici, i Disturbi dell'Umore e i Disturbi gravi di Personalità**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (o Profilo di Cura)

Rappresenta la contestualizzazione di LINEE GUIDA relative ad una patologia o problematica clinica nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili (formula: PDTA = LG + CL)

Si tratta di modelli locali che consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità.

- **I PDTA come strumenti di gestione clinica**

Utilità dei PDTA

- 1. centrare l'attenzione dei sanitari sul **cittadino** che esprime una domanda di assistenza e sulla risposta che si dà a questa domanda;
- 2. identificare correttamente le **risorse** necessarie per ottenere i risultati voluti;
- 3. **coordinare e integrare** sia i professionisti che i servizi che devono rispondere alla domanda di assistenza;
- 4. poter **valutare** ciò che si fa;
- 5. **rendere trasparente all'esterno** il percorso previsto;

Finalità dei percorsi di cura in Salute mentale

(AGENAS)

- ridurre la **variabilità** dei trattamenti
- migliorare la **qualità** dei processi e degli esiti
- consentire la **valutazione** dell'aderenza degli interventi effettuati nella realtà dei vari Dipartimenti di Salute mentale alle indicazioni dei percorsi di cura, evidenziando le variabili organizzative e professionali che stanno alla base dell'eventuale divario e le aree di criticità;
- favorire/attivare **processi di accreditamento** fra pari

Criteri di priorità per costruire un PDTA in Salute mentale

La costruzione di un PDTA in salute mentale è tanto più necessaria quanto più il disturbo impatta sulla salute del cittadino e della comunità, compromette la rete familiare, quando esiste un'eccessiva variabilità e disomogeneità di prestazioni

I punti qualificanti dei percorsi in Salute mentale (AGENAS)

- attenzione prioritaria assegnata agli interventi nelle situazioni di **esordio** (rapporti servizi infanzia-adolescenza, SerD, MMG)
- lavoro con le **famiglie**;
- facilitare l'**accessibilità** ai servizi;
- **continuità** di cure;
- adozione di pratiche mirate al conseguimento del maggior livello di **autonomia** personale e sociale.

Raccomandazioni caratterizzanti il percorso di cura del paziente con Disturbo Schizofrenico

- a) presa in carico precoce,
- b) gestione della fase acuta,
- c) trattamenti continuativi e a lungo termine che implicano sia interventi mirati alla promozione del recupero psicosociale, sia interventi specifici sulla compromissione di funzioni e abilità.

1-Presa in carico precoce

1. Facilitare **l'accessibilità** al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra **DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), Medici di medicina generale** e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla **continuità della cura** tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta.

1-Presa in carico precoce

2. 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.
3. Durante i primi contatti con il DSM il paziente con disturbo mentale grave all'esordio riceve una **completa valutazione multi professionale** dei suoi problemi clinici e psicosociali; è indicato che venga valutata anche la famiglia sotto il profilo dei bisogni e del carico familiare.

1-Presa in carico precoce

4. Formulata la diagnosi di Disturbo schizofrenico ed effettuata la valutazione del funzionamento personale e sociale, il Centro di salute mentale attiva per il paziente ed i suoi familiari interventi di natura multi professionale con il coinvolgimento nel trattamento non solo dello psichiatra, ma anche di altre figure professionali (psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere ed educatore). Tale attività viene effettuata non solo nella sede del CSM ma anche nel contesto di vita del paziente.

1-Presa in carico precoce

- 5. Ai pazienti all'esordio sono erogati routinariamente **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.
- 6. Il paziente all'esordio riceve un trattamento continuativo con **farmaci antipsicotici con dosaggio e durata del trattamento adeguati** alla stabilizzazione del quadro clinico, monitorando in modo attento la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, sia all'inizio del trattamento che nei mesi seguenti

2-Gestione della fase acuta

7. Il paziente con episodio acuto può venire trattato in **differenti setting**, a seconda della configurazione del servizio: oltre che in SPDC, anche a livello ambulatoriale e domiciliare a cura del CSM, a livello semiresidenziale nei Centri Diurni, e a livello residenziale nelle Strutture Residenziali.

8. 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.

2-Gestione della fase acuta

9. 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

2-Gestione della fase acuta

10. 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.

2-Gestione della fase acuta

- 11. Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente **riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM** e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto. Nei pazienti con ricadute frequenti/condizione clinica instabile durante la degenza o alla dimissione, viene attuata una revisione del programma di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o dell'equipe congiunta CSM - SPDC

3-Trattamenti continuativi e a lungo termine

- 12. 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 multi professionale, 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. 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).

3-Trattamenti continuativi e a lungo termine

- 13. Gli operatori del servizio di salute mentale hanno **contatti regolari** con i familiari dei pazienti; pongono attenzione alle loro opinioni e valutano periodicamente i loro bisogni all'interno del piano di cura.
- 14. Ai pazienti, in particolare a quelli con frequenti ricadute, e alle loro famiglie sono erogati interventi di carattere **psicoeducativo**; quando appropriato, è offerto un trattamento psicoterapico.

3-Trattamenti continuativi e a lungo termine

- 15. 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 tossicodipendenze**.
- 16. I pazienti con disturbo schizofrenico ricevono un trattamento continuativo con **farmaci antipsicotici** in monoterapia e con un dosaggio all'interno del range terapeutico, e nei casi di schizofrenia resistente viene offerto un trattamento con clozapina. Viene attuato un monitoraggio costante della **sicurezza** dei trattamenti psicofarmacologici.
- 17. Ai pazienti con ricadute frequenti e/o che esprimono una preferenza per tale tipo di trattamento viene offerto un trattamento con **farmaci antipsicotici depot**, seguendo i dosaggi, la frequenza delle somministrazioni e i controlli clinici previsti.

3-Trattamenti continuativi a lungo termine

- 22. Ai pazienti in età lavorativa, che siano disoccupati o presentino problemi lavorativi, sono offerti interventi sia di supporto sociale che **inserimento lavorativo e supporto al lavoro**; per tutti i pazienti si deve attivare una valutazione delle competenze lavorative che possa essere utile all'elaborazione di un progetto di inserimento lavorativo come articolazione del PTI.
- 23. Ai pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave sono proposti interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale basati sulle evidenze, mentre a coloro che presentano sia problemi relazionali di livello moderato/grave in termini di isolamento sociale che assenza/carenza di attività strutturate durante il giorno, vengono rivolte **attività di risocializzazione, espressive e corporee** sia a partire dal CSM che in Centro Diurno

3-Trattamenti continuativi a lungo termine

- 24. 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 dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente **può essere inserito in strutture residenziali** caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale. L'intensità e la specificità del trattamento riabilitativo **viene monitorata** attraverso le attività erogate, che devono comprendere una varietà di interventi di carattere psichiatrico, psicologico, riabilitativo e risocializzante basati sulle evidenze.
- 25. Per i pazienti con moderate compromissioni di funzioni e abilità, e un buon livello di autonomia personale vengono proposti percorsi di **supporto all'abitare** con l'assistenza di operatori di salute mentale

- **INDICATORI CLINICI PER IL MONITORAGGIO DEI
PERCORSI DI CURA NEI DISTURBI SCHIZOFRENICI**

(Documento Conferenza Regioni e PA 2013)

Indicatori

- Sono variabili misurabili che servono a descrivere sinteticamente un fenomeno significativo per i Servizi di Salute mentale e per la popolazione che ne usufruisce e che possono essere utilizzati per misurare il cambiamento.
- Possono essere sia quantitativi che qualitativi

A- Indicatori per Presa in carico precoce

- Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio (numero di visite nell'orizzonte temporale indicato)
- Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio (numero di visite nell'orizzonte temporale indicato)
- Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio
- Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico sui totali

B- Indicatori per la Gestione della fase acuta

- Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione
- Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni
- Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto
- Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 (7 in Toscana) giorni dalla dimissione in SPDC

C- Trattamenti continuativi e a lungo termine

- Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente (numero nell'orizzonte temporale indicato)
- Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari
- Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici
- Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici: o Orali vs LAI o Tipici vs atipici
- Monitoraggio periodico della glicemia, dell'iperlipemia, del BMI e della prolattina in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici

Costruzione degli indicatori

Definizione Indicatore :
Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta
Disturbo: Disturbo schizofrenico
Raccomandazione Facilitare l'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), medici di medicina generale e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta
Fase: Presenza in carico precoce
Misura Percentuale Numeratore: Pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico di età compresa tra 17 ed i 19 anni trattati nei DSM ed in contatto con i servizi di NPIA nei 12 mesi precedenti il primo contatto con il DSM Denominatore: Pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico di età compresa tra 17 ed i 19 anni in contatto con il DSM
Fonti Informative <ul style="list-style-type: none">• SISM• Flussi contenenti attività di Neuropsichiatria per Infanzia e Adolescenza

Costruzione degli indicatori

<p>Disturbo schizofrenico</p> <p>Definizione Indicatore Intensità dell'assistenza territoriale nei pazienti con disturbo all'esordio</p>
<p>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</p>
<p>Fase Presa in carico precoce Misura Media di contatti per paziente per mese di presa in carico nel periodo</p>
<p>Fonti Informative</p> <ul style="list-style-type: none">• SISM
<p>Note</p> <ul style="list-style-type: none">• Sono inclusi sia i contatti erogati in CSM che i giorni di presenza presso il Centro Diurno• 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 dividerli poi 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• 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.• L'indicatore può essere riformulato a livello regionale in base alle esigenze organizzative dei DSM

INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO SCHIZOFRENICO

Presenza in carico precoce

1.	Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta	
2.	Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio	
3.	Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale	
4.	Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti all'esordio	
5.	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio	X
6.	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio	X
7.	Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio	
8.	Attività multi professionale erogata nei CSM per i pazienti con disturbo all'esordio	
9.	T Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio	X
10.	Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	X
11.	Interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio basati sulle evidenze nei pazienti all'esordio	
12.	Attività domiciliare nei pazienti con disturbo all'esordio	

INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO SCHIZOFRENICO

Gestione della fase acuta

13. Ricoveri in regime di TSO	
14. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X
15. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X
16. Contenzione fisica in SPDC	
17. Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC	
18. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto	X
19. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici	X
20. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X
21. Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC	
22. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC	
23. Revisione del programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti	

INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO SCHIZOFRENICO

Trattamenti continuativi a lungo termine

24. Treatment gap nella schizofrenia	
25. Continuità della cura	
26. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente	X
27. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari	X
28. Piano di trattamento individuale	
29. Case manager	
30. Attività multi professionale erogata nei CSM	
31. Trattamenti psicoeducativi	
32. Pazienti in trattamento psicoterapico	
33. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici	X
34. Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico	
35. Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici long-acting	
36. Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci long-acting	
37. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento	
38. Visita psichiatrica in CSM entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico	
39. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia	X
40. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze	
41. Conclusione non concordata del trattamento	
42. Pazienti senza casa, pazienti destinatari di provvedimento penale	
43. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio	
44. Mortalità nei pazienti in carico	
45. Attività di risocializzazione, espressive, motorie e pratico manuali nel territorio	
46. Attività riabilitative territoriali	
47. Supporto all'abitare	
48. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo	

Criticità

- Accessibilità ai Servizi
- Continuità fra Servizi NPIA e Adulti
- Integrazione tra professionalità
- Variabilità di prestazioni
- Lo «scandalo» della diagnosi

- Benefici connessi all'adozione dei percorsi di cura includono una maggiore soddisfazione ed una migliore comunicazione tra i membri dell'equipe curante e la possibilità di cambiamenti nella cultura organizzativa del servizio, attraverso la promozione della collaborazione e dell'intervento multidisciplinare

(Documento Regioni e PA 2013)

- Particolare attenzione va posta al **clima, alla cultura e al funzionamento** organizzativi all'interno dei Centri di Salute mentale. Bisogna puntare ad un'organizzazione orientata a curare massimamente **le relazioni orizzontali** fra gli tutti gli operatori, con una chiara individuazione dei ruoli e dei compiti in una visione articolata e unitaria della cura.

(Documento Regioni e PA 2013)

Il gruppo di lavoro

- L'équipe del servizio non può essere un'équipe piramidale, con gerarchizzazione di ruoli e funzioni rigidamente definite e delimitate. Un modello alternativo è rappresentato da quello a leadership diffusa. *“In tale équipe la gerarchia è funzione, non di una presunta detenzione di verità sull'oggetto e sul rimedio, ma della distribuzione delle responsabilità. Il processo decisionale coinvolge ogni membro dell'équipe, perché non esiste un'unica visione privilegiata, che meglio definisca problemi, bisogni e possibili risposte: può esistere, piuttosto, una visione competente rispetto al caso contingente, che si caratterizza per le migliori conoscenze rispetto al problema specifico e che prescinde da ruolo e professione”* (Guccione)

C8a.5.1 Tasso di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni

Codice Azienda	Azienda	Valutazione	Valore 2015	Numeratore 2015	Denominatore 2015	Valore 2014	Numeratore 2014	Denominatore 2014
105	Ausl 5 Pisa	non valutato	29,97	87	290.278,00	32,15	93	289.273,00
109	Ausl 9 Grosseto	non valutato	31,09	60	193.003,00	44,98	87	193.420,00
108	Ausl 8 Arezzo	non valutato	34,43	101	293.323,00	34,78	102	293.271,00
933	Ausl SE	non valutato	41,77	299	715.740,00	42,43	304	716.458,00
913	Area Vasta SE	non valutato	41,77	299	715.740,00	42,43	304	716.458,00
103	Ausl 3 Pistoia	non valutato	48,09	119	247.428,00	50,65	125	246.772,00
106	Ausl 6 Livorno	non valutato	48,5	145	298.955,00	56,63	170	300.187,00
931	Ausl NO	non valutato	48,66	533	1.095.447,00	50,13	550	1.097.164,00
911	Area Vasta NO	non valutato	48,66	533	1.095.447,00	50,13	550	1.097.164,00
104	Ausl 4 Prato	non valutato	49,08	103	209.874,00	58,98	124	210.248,00
102	Ausl 2 Lucca	non valutato	52,09	100	191.989,00	38,99	75	192.342,00
90	Toscana	non valutato	55,44	1.762,00	3.177.929,00	59,13	1.878,00	3.175.988,00
101	Ausl 1 Massa Carrara	non valutato	57,12	98	171.562,00	60,94	105	172.291,00
111	Ausl 11 Empoli	non valutato	59,92	121	201.932,00	68,42	138	201.683,00
107	Ausl 7 Siena	non valutato	60,15	138	229.414,00	50,05	115	229.767,00
912	Area Vasta Centro	non valutato	68,05	930	1.366.742,00	75,16	1.024,00	1.362.366,00
932	Ausl Centro	non valutato	68,05	930	1.366.742,00	75,16	1.024,00	1.362.366,00
112	Ausl 12 Viareggio	non valutato	72,2	103	142.663,00	74,79	107	143.071,00
110	Ausl 10 Firenze	non valutato	82,97	587	707.508,00	90,53	637	703.663,00

- L'analisi professionale della qualità dell'assistenza possiede un valore formativo per il professionista, in particolare educa ad un atteggiamento di autovalutazione, facilita l'individuazione dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica, incoraggia l'aggiornamento ed il miglioramento della pratica, obbliga a misurare ed allena a confrontare ed interpretare i dati, è pertanto uno strumento utile per la diffusione e la verifica dell'aderenza dei professionisti alla cultura della "buona pratica clinica" (Documento Regioni e PA 2013)