

Indicazioni per l'implementazione di Percorsi diagnostico- Terapeutico-assistenziali (PDTA) in salute mentale

Gruppo di lavoro

Giuseppe Ducci, Lucio Ghio, Marco Vaggi, Salvatore Varia, Vincenzo Villari, Antonio Vita

1. *Introduzione e definizioni*

I **Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)** sono da intendersi come la contestualizzazione di Linee Guida all'interno di una realtà organizzativa locale quale un'Azienda Sanitaria. Il termine "percorso" definisce sia l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario fino alla diagnosi e terapia sia l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente. I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" definiscono risposta completa e la presa in carico totale della persona con un problema di salute con interventi multi-professionali e multi-disciplinari in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità. I PDTA rappresentano l'elaborazione sistematica delle indicazioni basate su evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici e i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli esiti. Consentono, a livello locale, un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento.

Hanno valore vincolante la pratica clinica all'interno della Struttura che le adotta.

Entrano nel dettaglio operativo definendo processi sanitari condivisi, valutabili e periodicamente revisionabili.

Con **Linee Guida** (LG) si intendono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici, dirigenti ed eventualmente pazienti e loro famigliari nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in determinate circostanze cliniche. Richiedono identificazione di obiettivi, coinvolgimento delle parti in causa, rigore metodologico, chiarezza, applicabilità, indipendenza editoriale. Si può operare una distinzione tra *evidence-based guidelines* (EBG) e *not evidence-based guidelines* (NEBG). Le prime si muovono a partire da metanalisi di dati raccolti secondo una gerarchia che riconosce un ruolo fondamentale ai *trial* clinici randomizzati e controllati (RCT) come fonte di maggiore affidabilità. Le seconde nascono come espressione di consenso tra gruppi di esperti ritenuti rappresentativi delle conoscenze del settore.

Rappresentando il punto di vista più autorevole, spesso multidisciplinare, in merito ad un argomento clinico sono soggette, per definizione, a programmate revisioni sistematiche della letteratura, graduazione delle raccomandazioni e a indicatori di monitoraggio i più chiari possibile.

Le linee guida assumeranno un'importanza più ampia dopo l'approvazione della legge sulla responsabilità medica.

Le Linee Guida sono formulate da Agenzie governative (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Conferenza Stato-Regioni) e/o Società Scientifiche Nazionali/Internazionali.

Le **Raccomandazioni** sono documenti prodotti a livello nazionale o regionale con funzione di guida operativa per i soggetti istituzionali impegnati nella progettazione e attuazione dei processi assistenziali. Tendono a fornire strumenti di confronto comune con lo scopo di uniformare il più

possibile gli interventi sanitari a livello di diverse realtà locali. Hanno valore di 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 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.

Le Raccomandazioni sono formulate da organismi nazionali (ad esempio la Conferenza Stato-Regioni, l'AGENAS) o territoriali (ad esempio le Regioni, tramite le Direzioni o l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari).

Nella fase applicativa delle Raccomandazioni a livello locale, le Istituzioni coinvolte nei territori di competenza, se necessario coinvolte in un coordinamento appositamente istituito, sigleranno accordi operativi che siano concordati e sottoscritti in fase di elaborazione, e poi vincolanti nella fase operativa. Le forme di collaborazione, infatti, sono efficaci se c'è sintonia tra i diversi attori istituzionali e operativi; la collaborazione va programmata, regolamentata attraverso i **Protocolli d'intesa o attuativi**, monitorata e valutata. Inoltre assume grande importanza la formazione permanente degli operatori coinvolti.

I Protocolli d'intesa sono formulati da Tavoli di interesse costruiti a livello locale tra gli attori coinvolti nel processo specifico (ad esempio: Sanità + Forze dell'Ordine + Servizi Sociali + Associazionismo, ecc.).

L'**appropriatezza** definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Si distingue un'appropriatezza clinica ed una organizzativa.

Per **P.I.C.**, ovvero **Percorso Integrato di Cura**, si intende un PDTA che sia di pertinenza ospedaliera e al contempo territoriale, orientato alla continuità, all'integrazione ed alla completezza della presa in carico. Nell'ambito del Piano Nazionale di azioni per la Salute Mentale questa presa in carico si formula tramite la stesura di **P.T.I.**

I **PDTA/PIC** sono formulati dalle istituzioni/agenzie sanitarie (regionali e locali), identificando commissioni di lavoro cui viene dato il mandato della stesura e della revisione.

La complessità del sistema sanitario può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, di continuità e la scarsa integrazione nella cura, tutte condizioni che facilitano la possibilità di errore. Viene, quindi, identificato con il PDTA uno strumento metodologicamente standardizzato, che migliori l'operatività di tutte le strutture definendo:

- obiettivi singoli e comuni
- ruoli di ciascuno
- tempi di intervento
- ambiti di intervento e compiti degli operatori

I PDTA sono da intendersi come strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Il **processo** in ambito sanitario è l'unità elementare del PDTA: è volto ad identificare il chi opera, il dove, il quando e il come del percorso assistenziale. Ciascun processo prevede degli indicatori di valutazione. Rappresenta la sequenza reale di azioni ed eventi finalizzati al raggiungimento di un obiettivo. Le azioni (attività e compiti) sono quelle effettivamente svolte dai membri dell'organizzazione (ad es. dagli operatori di un servizio) per esplicare le loro funzioni.

Mentre le procedure sono le regole, “il dover essere”, i processi sono “l’essere”, i fatti reali che avvengono. Anche i processi, come le procedure, possono essere distinti in tecnici e gestionali.

Le Direzioni Aziendali Locali **valutano i processi in ambito sanitario**, identificando specifiche commissioni di lavoro.

La **procedura sanitaria** è la specifica istruzione operativa, che necessita di competenze specialistiche accreditate per essere svolta, cioè la sequenza di azioni tecnico-operative eseguite dal professionista. Rappresenta l’unità elementare del processo assistenziale, nel quale vengono erogate un numero variabile di procedure.

In un percorso assistenziale le procedure possono essere molto semplici (es. radiografia del torace) o particolarmente complesse (es. biopsia chirurgica). In genere, la complessità della procedura è direttamente correlata all’incremento del rischio clinico per i pazienti. La conformità delle singole procedure dovrebbe essere definita dagli standard di *competence* professionale.

Per **protocollo in ambito sanitario** si può identificare un PDTA, un processo o una procedura. E’ uno schema di comportamento predefinito e vincolante utilizzato per attività assistenziali definite nelle quali si debbano standardizzare le decisioni cliniche e/o assistenziali. Utilizzato sistematicamente nelle sperimentazioni cliniche.

Nell’interpretazione giuridica il contenuto di un protocollo è vincolante (*mandatory*) per un professionista. Pertanto si tende ad utilizzare il termine protocollo solo se viene condiviso l’obbligo di applicarne i contenuti al 100% dei pazienti di pertinenza.

Per **P.T.I.** si intende **Piano di Trattamento Individuale** (o progetto terapeutico individualizzato) ed è il percorso clinico di presa in carico per il singolo utente che, sulla base dei bisogni individuati, viene affidato al *case manager*. Tale modalità operativa va integrata con la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti *drop out* (persi di vista), oltre a specifica attenzione alle famiglie nell’ambito dei programmi di cura e, infine, lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

2. Ruolo e significato dei Percorsi di cura in salute mentale, come strumenti di gestione clinica

Il trattamento dei Disturbi mentali gravi si fonda fin dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici sui concetti di Presa in Carico e continuità assistenziale.

Un percorso di Presa in Carico si basa operativamente sull’integrazione di attività specifiche cliniche, riabilitative e assistenziali, in relazione ai bisogni psicosociali dei pazienti.

Il concetto di fondo è quello di continuità terapeutica, con cui si intende l’erogazione delle migliori cure disponibili per le diverse fasi di malattia, in modo appropriato e coordinato.

Obiettivi primari della continuità terapeutica sono il coordinamento di forme assistenziali distinte fra loro per organizzazione e risorse utilizzate e l’integrazione di trattamenti clinico-assistenziali, adeguati alle condizioni cliniche e di rischio dell’assistito, in una logica di efficacia degli interventi. Compito del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che assume la titolarità di un percorso di Presa in Carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, è quello quindi di garantire alcuni requisiti:

➤ Supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di

emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali)

- Flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee d'intervento
- Coordinamento organizzativo tra le varie Unità Operative del DSM e le agenzie esterne nel realizzare il principio della continuità terapeutica
- Attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali *drop-out* (i cosiddetti "persi di vista").

Possiamo definire questi aspetti organizzativi come elementi chiave di una Psichiatria di Comunità, perseguiti fin dal primo Progetto Obiettivo Nazionale (1994) dalla Psichiatria territoriale. Tuttavia alcuni studi nazionali (studi **Progres** e **Prog-CSM**) hanno evidenziato che la realizzazione sul campo di questi elementi è stata solo parziale, sia dal punto di vista strutturale che funzionale. In particolare a fronte di una diffusione quasi ubiquitaria del modello strutturale dipartimentale (ma con variabilità nella sua articolazione interna), da sempre è emersa un'alta variabilità dei trattamenti erogati, basati più sugli orientamenti personali e sulla tradizione del servizio che non sui bisogni dei pazienti o della Comunità di riferimento.

Più di recente il Piano Nazionale di azioni per la Salute Mentale (PANSM) ha sottolineato come in Salute Mentale vi sia una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza, riconducibile a una mancanza di governo dell'offerta assistenziale e una conseguente scarsa differenziazione della domanda, con la conseguenza che spesso pazienti gravi ricevono percorsi di assistenza simili a pazienti con disturbi lievi e viceversa, generando inevitabilmente inappropriately.

Questa situazione si è acuita negli ultimi anni in relazione al cambiamento della domanda di assistenza, che ha determinato un aumento della presa in carico di patologie diverse e meno gravi delle Psicosi, a fronte di un assetto organizzativo per lo più immutato rispetto ai primi anni novanta.

Tenendo conto dei nuovi bisogni di Salute Mentale è doveroso sottolineare che non esiste in questo ambito di assistenza, né in altre aree della Medicina, un Servizio in grado di dare risposta a tutti i bisogni della popolazione e occorre individuare quelli che necessitano di una risposta in modo prioritario. A conferma di tale esigenza sono i dati che indicano la forte sproporzione tra la quantità di utenza potenziale (ogni anno il 20-30% della popolazione adulta nei paesi sviluppati presenta un problema di salute mentale) e le possibilità di cura da parte dei servizi in grado di trattare il 2-3% della popolazione generale, cioè un decimo del bisogno (Tomasi et al, 2007).

Bisogna, quindi, passare da una logica del tutto a tutti, a una logica di definizione delle priorità, di obiettivi e di valutazione dei processi e dei risultati (Grassi, 2007), rendendo l'offerta dei servizi flessibile, integrata, collegata alla domanda attesa ed a quella rilevata.

Il Piano di azione nazionale per la salute mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, fermo restando l'assetto dipartimentale dei Servizi di Salute Mentale, propone una riorganizzazione dei medesimi, funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti d'intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e dell'implementazione di **Percorsi di Cura**, implicando ciò un approccio sistemico da parte delle equipe, rispetto a modalità di lavoro segmentali.

Il PANSM individua tre modelli clinico-organizzativi atti a governare i processi di cura:

1. La Collaborazione/Consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM, Medicina Generale, Unità Operative di NPIA, Pediatri di Libera Scelta, Servizi psicologici o sociali e area scolastica per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;

2. L'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico, ma non di interventi complessi e multi-professionali;
3. La Presa in Carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e che necessitano di una valutazione multidimensionale e di un intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "Presa in Carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e, sulla base dei bisogni individuati, richiede l'identificazione del "Case Manager". Tale modalità operativa va integrata con la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura ed infine, lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Considerate le indicazioni del PANSM, l'AGENAS in collaborazione con il GISM e il Ministero della Salute, ha proposto all'approvazione della Conferenza Unificata Stato-Regioni un documento di **Raccomandazioni sulla presa in carico dei pazienti affetti da Disturbi mentali gravi**, definendo dei percorsi di cura ottimali e standardizzati.

I Percorsi di Cura si propongono di individuare standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi, basati sulle evidenze e sulle raccomandazioni delle Linee Guida accreditate dalla comunità scientifica, e forniscono indicatori per la valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza erogata.

L'adozione dei Percorsi di Cura in Salute Mentale appare rilevante per ridurre la variabilità dei trattamenti, migliorare la qualità dei processi e degli esiti, implementare processi di accreditamento alla pari, identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere specifici ed efficaci risultati e per rendere misurabili e trasparenti all'esterno i percorsi assistenziali previsti

In Salute Mentale lo sviluppo di Percorsi di Cura è di particolare importanza per i Disturbi mentali gravi, per la presenza di consistenti problemi clinici e psicosociali che necessitano di interventi complessi da declinare in specifici Percorsi di Cura dove indicare i professionisti responsabili del caso, i vari *setting* in cui viene erogato l'intervento, le tempistiche cliniche e organizzative, la descrizione delle procedure.

Oltre a ciò i Percorsi di Cura rendono conto della complessità e dei costi reali dei percorsi assistenziali in Salute Mentale, aprendo alla possibilità di una diversa modalità di finanziamento sanitario, rispetto a quello attuale che penalizza la Psichiatria essendo prevalentemente centrato sulle prestazioni singole e sul singolo episodio di malattia.

Lo strumento principale per delineare i Percorsi di Cura è rappresentato da un set di indicatori sulla qualità organizzativa e di processo, differenziati per gravità e per fase, scelti tra gli indicatori usati correntemente nella letteratura internazionale e collegati alle raccomandazioni delle principali linee guida.

3. I Percorsi di Cura come strumenti di gestione clinica

I Percorsi di Cura o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono, insieme alle Linee Guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

I Percorsi di Cura sono costituiti da singoli processi assistenziali, che possono essere semplici o complessi, in relazione alla quantità di risorse umane e strutturali coinvolte. Possono, inoltre, definirsi come strumenti di gestione clinica, finalizzati a fornire ai pazienti interventi di provata efficacia attraverso una sequenza logica di azioni in un tempo ottimale.

I principi chiave sono la centralità del paziente, l'integrazione multi-professionale, la pratica basata sull'EBM ed il miglioramento continuo della qualità. Infine attraverso il Percorso di Cura otteniamo la contestualizzazione delle raccomandazioni delle Linee Guida, relative ad una patologia o ad una problematica clinica, all'interno di una specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili e le circostanze locali.

I Percorsi di Cura, si configurano come percorsi ottimali e forniscono standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi, basati sulle evidenze e sulle raccomandazioni delle Linee Guida accreditate dalla comunità scientifica.

Nel documento approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni (*Definizione dei Percorsi di Cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i Disturbi schizofrenici, dell'Umore e i Disturbi gravi di Personalità*), i percorsi sono **costruiti per fasi di malattia (l'esordio, l'episodio acuto, la fase dei trattamenti continuativi e a lungo termine a livello territoriale)**, tenendo anche conto della gravità del paziente, in quanto il percorso di cura è basato su sequenze di processi clinici differenziati, a seconda dei livelli di gravità dell'espressione psicopatologica e della compromissione funzionale del paziente.

I punti qualificanti del documento sono:

- Focalizzare l'attenzione dei professionisti sanitari su un cittadino che esprime una domanda di assistenza e sulla soddisfazione "soddisfatta" di questa domanda.
- Coordinare e integrare i professionisti e i servizi nella risposta alla domanda di assistenza.
- Identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere specifici ed efficaci risultati.
- Rendere misurabile ciò che si fa.
- Rendere trasparente all'esterno il percorso previsto.
- Valutare i percorsi effettivamente attuati in quel Servizio/Azienda/Regione, alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili.
- Attenzione prioritaria va assegnata agli interventi nelle situazioni di esordio la cui efficacia è strettamente correlata all'adozione di specifici protocolli di collaborazione con le Unità Operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza, i Servizi per le Dipendenze Patologiche, con i Medici di Medicina Generale.
- Estrema attenzione va risposta al lavoro con le famiglie.
- Adottare criteri per facilitare l'accessibilità ai servizi e garantire equità.
- Adottare criteri per garantire la continuità di cure.
- Adottare pratiche mirate al raggiungimento del maggior livello di autonomia personale e sociale.

La metodologia prevede le seguenti fasi.

La prima parte del documento riguarda l'impatto sulla popolazione e l'impatto sui Servizi di Salute Mentale delle diverse patologie, segue un capitolo sull'inquadramento diagnostico; vengono quindi declinati i criteri e le raccomandazioni per ciascuna delle tre fasi di malattia individuate: a) presa in carico precoce, b) gestione della fase acuta, e 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.

La seconda parte del documento presenta il set di indicatori individuati per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi, corredato dalle modalità di utilizzo, è posto in allegato, come parte integrante del presente documento.

4. Applicabilità attuale delle raccomandazioni e degli indicatori dei documenti della C.U. nel contesto reale

Lo strumento principale per delineare i percorsi nel Documento della CU è rappresentato da un set di indicatori sulla qualità organizzativa e di processo, ripetuti per ciascuno dei quattro raggruppamenti patologici e differenziati per gravità e per fase, scelti tra gli indicatori usati correttamente nella letteratura internazionale e collegati alle raccomandazioni delle principali linee guida.

Tali indicatori, per essere applicabili in un contesto routinario, devono essere rilevabili dai sistemi informativi comunemente utilizzati nei Dipartimenti di Salute Mentale; i sistemi informativi rappresentano, infatti, il principale strumento per veicolare le informazioni che riguardano i pazienti in contatto con i servizi di salute mentale e i trattamenti loro erogati.

Nella comune pratica dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) esistono diverse criticità che si frappongono alla corretta applicazione di questi indicatori.

1. Dalla nascita dei servizi psichiatrici di comunità la insufficiente diffusione dei **sistemi informativi** ed i ridotti investimenti in termini di *information technology*, ha rappresentato l'ostacolo principale per una sistematica raccolta di informazioni. Solo recentemente la costruzione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) ha obbligato le Regioni e quindi le singole Aziende Sanitarie ed i DSM ad adeguare i propri sistemi per fornire costanti flussi informativi basati su codifiche condivise a livello nazionale; questo cambiamento ha certamente rappresentato un enorme progresso verso la costruzione di un sistema di monitoraggio delle attività dei servizi psichiatrici su scala nazionale. Purtroppo i dati ricavati dal solo SISM non sono sufficienti per applicare gli indicatori contenuti nel documento della CU sui percorsi di cura, ma è necessario integrare queste informazioni con quelle relative ad altri *database*, come quello delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), del servizio farmaceutico, della specialistica ambulatoriale o di attività svolte in *setting* non psichiatrici (cfr. cure primarie); talvolta, anche quando esiste l'accessibilità a questi database, sistemi costruiti in maniera indipendente e spesso con finalità profondamente differenti, non sempre permettono adeguata integrazione dei dati. Alcuni indicatori richiedono dati che non sono al momento inclusi in alcun sistema informatico e la loro raccolta necessita di indagini specifiche con evidenti problemi di sostenibilità fuori da *setting* di ricerca. Inoltre i dati raccolti dai comuni sistemi informativi dai sistemi qualità aziendali sono solitamente più orientati agli aspetti amministrativi. Per renderli leggibili in senso clinico, devono essere 'trattati' grazie agli indicatori, che però rappresentano delle *proxy* dei fenomeni in oggetto. Gli indicatori che ne derivano non fotografano quindi la qualità complessiva della cura, ma la qualità di alcuni processi che insieme ad altri danno un'idea della qualità complessiva.

2. Ne deriva che l'utilizzo degli indicatori è una condizione necessaria, ma non sufficiente a definire la qualità della cura nel sistema di salute mentale. Essa può e deve essere integrata anche da altri sistemi di valutazione del sistema, quali ad esempio le raccomandazioni presenti nelle **procedure di accreditamento tra pari** o **specifici PDTA costruiti in ambito locale** intorno a quesiti mirati. La disponibilità di questi strumenti di lavoro appare un elemento fondamentale per supportare gli operatori in percorsi di buona pratica clinica e progetti di miglioramento della qualità degli interventi erogati; ciò può avere positive ripercussioni non solo sulla qualità tecnico professionale degli interventi, ma anche la loro sostenibilità e la loro appropriatezza in una ottica medico-legale. Paradigmatico appare in questo contesto il dato relativo alle **prescrizioni farmacologiche**. La classificazione dei trattamenti sulla base della classificazione del sistema ATC (cui sono legate le indicazioni riportate in scheda tecnica) fa riferimento ad un sistema basato su criteri diagnostici categoriali (trattamenti per la Schizofrenia, per la Depressione Maggiore, etc.) che è spesso molto lontano ai reali criteri di scelta di un trattamento nella comune pratica clinica; infatti

nella pratica routinaria spesso la scelta di un trattamento risponde a caratteristiche specifiche del paziente che non rientrano nella diagnosi categoriale, a specifiche dimensioni psicopatologiche o segue razionali non supportati da evidenze forti, ma sostenute da dati osservazionali, da pratiche consolidate, o legate a variabili di contesto. La possibilità di dar dignità a queste prassi attraverso specifici PDTA può ridurre il *bias* tra le indicazioni contenute nelle linee guida e la comune pratica clinica. È importante sottolineare che la nuova normativa in tema di responsabilità professionale potrebbe rendere la disponibilità di specifici PDTA legati a contesti locali uno strumento di lavoro determinante anche per contenere il rischio di contenziosi medico legali.

3. Un altro elemento critico è rappresentato dalla **qualità dei dati** raccolti nel sistema informativo, relativamente ad esempio alla validità delle diagnosi psichiatriche o alla riproducibilità delle codifiche con cui vengono classificati gli interventi; al fine di garantire la qualità del dato devono essere messe in atto costantemente azioni migliorative e periodici interventi di manutenzione del sistema, al fine di ridurre la variabilità e aumentare la riproducibilità di alcune delle informazioni raccolte.

4. Un'ulteriore limitazione è rappresentata dalla **variabilità dei modelli organizzativi dei Dipartimenti Salute Mentale** nelle diverse realtà regionali. Si pensi per esempio al livello di integrazione con i servizi di neuropsichiatria infantile o con i servizi per le dipendenze. L'inclusione di questi servizi all'interno dei Dipartimenti Salute Mentale o una loro diversa collocazione appare spesso determinante sulla possibilità di creare percorsi di cura integrati, con un adeguato passaggio di informazioni e con la possibilità di un costante monitoraggio delle attività.

Dopo aver passato in rassegna i principali ostacoli che si frappongono alla applicazione in un contesto routinario delle indicazioni contenute nel Documento sui percorsi di cura, vengono elencati di seguito i principali obiettivi a cui sarebbe necessario tendere per passare ad una completa fase attuativa.

- A livello Regionale collaborare, attraverso specifici gruppi di lavoro, alla costruzione di un "cruscotto" contenente questi indicatori ed in grado di dare informazioni periodiche sulla qualità della cura erogata nei DSM e sul *bench marking* tra Dipartimenti. Lo sviluppo dei sistemi informativi regionali ed il passaggio al SISM attraverso i *data warehouse* regionali fanno ritenere questo obiettivo praticabile.
- Integrare i dati ricavabili dal SISM con le informazioni disponibili in altri sistemi informativi (dalla Medicina Generale, ai DEA, dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ai Servizi per le Dipendenze).
- A livello di singoli Dipartimenti di Salute Mentale attivare momenti di discussione sul significato degli indicatori e sui risultati della valutazione, individuando criticità e punti di forza rispetto alla qualità della cura erogata a livello locale e, in sinergia con gli uffici qualità, legare obiettivi di miglioramento ad obiettivi di budget.
- A livello di singola Unità Operativa favorire dei percorsi migliorativi, anche inserendo all'interno degli obiettivi formativi l'analisi dei risultati ottenuti dalla singola unità rispetto alle altre unità operative dipartimentali.
- Applicare tale metodologia di lavoro alla definizione di percorsi di cura attraverso l'implementazione di specifici PDTA per popolazioni di pazienti che non rientrano nelle categorie descritte dal documento della CU, ma che accedono sempre più frequentemente ai servizi psichiatrici e per cui esiste uno scarso consenso tra i clinici rispetto ai trattamenti più appropriati (es pazienti psichiatrici autori di reato, soggetti affetti da stati di intossicazione acuta, soggetti affetti da autismo ad alto funzionamento, ADHD, etc.).
- Favorire con le associazioni di familiari e di utenti un dibattito sull'*accountability* e sulla qualità della cura come strumento di *empowerment* del cittadino, stimolandone in prospettiva

anche un ruolo attivo e partecipato nel processo.

5. Suggestioni per l'implementazione di PTDA a livello locale

I PTDA locali sono da intendersi come la contestualizzazione di linee guida o raccomandazioni all'interno di una **realità organizzativa locale** quale un'azienda sanitaria. Sono strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, **il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione**

Per implementare un PDTA si possono seguire due metodologie.

Model pathway: processo pro-attivo che muove dalla prospettiva internazionale, a quella nazionale, fino a quella locale, seguendo lo stesso modello su scala diversa.

- Grandezza consigliata: ASL di 1.000.000 di abitanti, circa.
- Requisiti organizzativi: presenza di un sistema informativo che comprenda la dimensione ospedaliera e quella territoriale e che integri il flusso dati delle prestazioni ambulatoriali e semi-residenziali, dei ricoveri, degli inserimenti in strutture residenziali, della farmaceutica. Presenza di una rete ospedaliera e territoriale confrontabile con lo standard nazionale.
- Requisiti di processo: integrazione con i Distretti, i MMG e i PLS. DSM inclusivo (con NPI e SERT), o, se non inclusivo, fortemente integrato. Presenza di servizi dedicati per l'identificazione degli stati a rischio e per l'intervento precoce. Progetto di formazione dedicato.

Operation pathway: contestualizzazione a livello locale e applicazione alla cronicità. Analisi retroattiva di confronto con le indicazioni nazionali a partire da ciò che già si fa nella realtà locale.

Proveremo qui a descrivere i passaggi del *model-pathway* a partire dagli indicatori clinici principali per il monitoraggio dei percorsi di cura nei disturbi schizofrenici, come riportati nel documento della CU Stato-Regioni, che vengono qui riportati.

5. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio

Numero	S5
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale nei pazienti con disturbo all'esordio
Disturbo	Disturbo schizofrenico
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
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Media di contatti per paziente per mese di presa in carico nel periodo
Fonti Informative	SISM

Note	<p>Sono inclusi sia i contatti erogati in CSM che i giorni di presenza presso il Centro Diurno</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 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</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 dei DSM</p>
-------------	--

6. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio

Numero	S6
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari nei pazienti con disturbo con disturbo all'esordio
Disturbo	Disturbo schizofrenico
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
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Media di interventi in CSM rivolti ai familiari per mese di presa in carico per i pazienti con disturbo all'esordio
Fonti Informative	SISM
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 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.</p>

9. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio

Numero	S9
Definizione Indicatore	Trattamenti psicoeducativo per i pazienti con disturbo all'esordio
Disturbo	Disturbo schizofrenico
Raccomandazione	Ai pazienti all'esordio sono erogati <i>routinariamente</i> 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
Fase	Presa in carico precoce
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio, le cui famiglie ricevono almeno 4 sedute o incontri psicoeducativi
Denominatore	Numero di pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio, che vivono con i familiari e con almeno un contatto con il DSM nell'anno
Fonti Informative	SISM

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 di comunicazione all'interno della famiglia e ad aumentare le capacità del nucleo familiare nell'affrontare le situazioni problematiche e lo stress che ne può derivare. Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei 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>
-------------	---

10. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico

Numero	S10
Definizione Indicatore	Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico
Disturbo	Disturbo schizofrenico
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio che ricevono almeno quattro sedute di psicoterapia o quattro colloqui psicologici
Denominatore	Numero di pazienti con diagnosi di disturbo schizofrenico all'esordio con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata)
Fonti Informative	SISM
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 cognitiva comportamentale) rispetto ad altre (ad esempio 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>

14. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione

Numero	S14
Definizione Indicatore	Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione
Disturbo	Disturbo schizofrenico
Raccomandazione	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.
Fase	Gestione della fase acuta
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di 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	SISM, SDO

15. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni

Numero	S15
Definizione Indicatore	Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni
Disturbo	Disturbo schizofrenico

Raccomandazione	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
Fase	Gestione della fase acuta
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	SISM, SDO

18. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto

Numero	S18
Definizione Indicatore	Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto.
Disturbo	Disturbo schizofrenico
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.
Fase	Gestione della fase acuta
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti con disturbo schizofrenico a cui viene prescritto un farmaco antipsicotico nella fase acuta ed in cui non vi è interruzione della terapia farmacologica a) per almeno 90 giorni b) per almeno 180 giorni c) per 365 giorni a seconda che siano 1) pazienti al primo contatto o 2) pazienti con nuovi episodi
Denominatore	Numero di pazienti con disturbo schizofrenico all'inizio del trattamento con un farmaco antipsicotico
Fonti Informative	SISM, SDO, Assistenza Farmaceutica
Note	Per interruzione s'intenda la presenza di un gap di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva La copertura farmacologia è calcolata utilizzando la Defined Daily Dose. I pazienti a cui viene prescritto un farmaco specifico nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere: 1) pazienti al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CSM 2) pazienti con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi in cui non vi è alcuna interruzione del farmaco.

19. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici

Numero	S19
Definizione Indicatore	Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici
Disturbo	Disturbo schizofrenico
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 fino dall'inizio del trattamento alla sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, monitorando gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici.

Fase	Gestione della fase acuta
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici, che possono causare una sindrome dismetabolica, con almeno due controlli di glicemia, livello ematico di colesterolo, livello ematico di trigliceridi nelle 12 settimane che seguono l'inizio della terapia
Denominatore	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici che possono causare una sindrome dismetabolica
Fonti Informative	SISM Assistenza Farmaceutica Assistenza specialistica ambulatoriale
Note	Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della glicemia, della colesterolemia e della trigliceridemia Per pazienti all'inizio del trattamento si intende i pazienti che assumono per la prima volta farmaci antipsicotici, che possono causare una sindrome dismetabolica, o che, avendoli già assunti, non sono in trattamento da almeno 12 mesi L'indicatore è relativo a pazienti che assumono continuativamente il farmaco nelle 12 settimane di osservazione

20. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC

Numero	S20
Definizione Indicatore	Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC
Disturbo	Disturbo schizofrenico
Raccomandazione	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.
Fase	Gestione della fase acuta
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti che dimessi dal SPDC ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione
Denominatore	Numero di pazienti dimessi dal SPDC
Fonti Informative	SISM e SDO
Note	L'intervallo di tempo tra la dimissione e la visita è calcolato sulla base dei giorni solari e non di quelli lavorativi

26. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente

Numero	S26
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente
Disturbo	Disturbo schizofrenico
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 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(co definizione della figura del case manager).
Fase	Trattamenti continuativi e a lungo termine
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti con più di cinque interventi territoriali erogati in CSM
Denominatore	Numero di pazienti in contatto con 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 CD. L'indicatore può essere riformulato a livello regionale in base alle esigenze organizzative dei DSM.

27. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta a familiari

Numero	S27
Definizione Indicatore	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari
Disturbo	Disturbo schizofrenico
Raccomandazione	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.
Fase	Trattamenti continuativi e a lungo termine
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti i cui familiari ricevono più di due interventi specificatamente a loro rivolti in CSM
Denominatore	Numero di pazienti in contatto con i CSM
Fonti Informative	SISM
Note	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. Sono inclusi solo i pazienti che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli) L'indicatore può essere riformulato a livello regionale in base alle esigenze organizzative dei DSM

33. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici

Numero	S 33
Definizione Indicatore	Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici
Disturbo	Disturbo schizofrenico
Raccomandazione	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.
Fase	Trattamenti continuativi e a lungo termine
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci antipsicotici a) per almeno 90 giorni b) per almeno 180 giorni c) per 365 giorni. A partire dalla prima prescrizione nell'anno.
Denominatore	Numero di pazienti in contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata)
Fonti Informative	SISM Assistenza farmaceutica
Note	L'indicatore non si applica ai pazienti all'inizio del trattamento nel corso del periodo, ma a coloro che hanno già iniziato un trattamento nei dodici mesi precedenti alla prima prescrizione nell'anno. L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico. Con il termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico con la data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione si intenda la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la DDD (Defined Daily Dose): la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia.

39. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici

Numero	S39
Definizione Indicatore	Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici

Disturbo	Disturbo schizofrenico
Raccomandazione	I pazienti con disturbo schizofrenico ricevono un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici in mono terapia 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.
Fase	Trattamenti continuativi e a lungo termine
Misura	Percentuale
Numeratore	Numero di pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici con almeno un controllo di glicemia, livello ematico di colesterolo, livello ematico trigliceridi nel periodo.
Denominatore	Numero di pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici per almeno 180 giorni nel periodo
Fonti Informative	SISM , assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale
Note	Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della glicemia, colesterolemia e trigliceridemia. L'indicatore è relativo a pazienti che assumono continuamente il farmaco per almeno 180 giorni nel periodo. L'indicatore non comprende i pazienti che assumono per la prima volta farmaci antipsicotici o che, avendoli già assunti non sono in trattamento da almeno 12 mesi.

Esempio di obiettivi e indicatori di PDTA (di ASL) per la schizofrenia						
Macro Obiettivo	Micro Obiettivo	Standard o valore atteso	Indicatore	Risultato	Azioni	Fonte dei dati
Intervento precoce	Identificazione degli esordi psicotici	0,5 nuovi casi anno/10.000 abitanti	Almeno 0,3/10.000	0,1/10.000	Sviluppare il rapporto con MMG e PLS e introdurre Eri-Raos. Sviluppare presenza nelle scuole	SISM, SIO + altri sistemi
	Riconoscimento e presa in carico precoce del disagio psichico grave	In riferimento allo storico, nazionale o locale	n. nuove prese in carico fascia 14-25 (diagnosi ICD IX 295, 297, 298) con contatto SIES o SIO nei 12 mesi precedenti/n. totale prese in carico 14-25, stesse diagnosi	n...	Sviluppare il rapporto con MMG e PLS e introdurre Eri-Raos	SISM, SIO, SIES + altri sistemi
Restituzione sociale	Abitare assistito (<i>Supportive housing</i>)	In riferimento allo storico, nazionale o locale	% pazienti inseriti/standard	n....	Implementazione di funzioni dedicate all'assistenza e al reperimento immobili	Altri sistemi
	Lavorare assistito (<i>Supportive employment</i>)	In riferimento allo storico, nazionale o locale	%inserimenti lavorativi/standard	n....	Implementazione di funzioni dedicate all'assistenza e al reperimento di opportunità lavorative	Altri sistemi

Continuità, appropriatezza e prossimità della presa in carico	Riduzione del <i>drop-out</i> nei trattamenti di pazienti gravi	In riferimento allo storico, nazionale o locale	% di pazienti 295, 297, 298 che concludono il trattamento con max 3 prestazioni/totale dei trattamenti conclusi di pazienti stessa diagnosi	n....	Sviluppo di interventi domiciliari e di assertive treatment	SISM, SIO, SIES + altri sistemi
	Riduzione ricorso al ricovero	In riferimento allo storico, nazionale o locale	n. episodi di ricovero dei pazienti in carico in SPDC e strutture residenziali intensive/giornate libere da ricovero dei pazienti in carico	n....	Sviluppo di interventi domiciliari e di assertive treatment	SISM, SIO, SIES + altri sistemi
	Applicazione del Case Manager	In riferimento allo storico, nazionale o locale	% pazienti in Case Management/pazienti presi in carico	n....	Formazione applicazione diffusa del modello del Case Management	Altri sistemi
	Rispettare le indicazioni contenute dai Percorsi di cura da attivare nei DSM relativi al documento approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 13/11/2014	In riferimento allo storico, nazionale o locale	Numero di prestazioni al mese per paziente schizofrenico/standard	n....	Vedi	SISM, SIO, SIES + altri sistemi
			Altri indicatori tratti dalle Raccomandazioni	n....	Vedi	SISM, SIO, SIES + altri sistemi
	Continuità del trattamento farmacologico	In riferimento allo storico, nazionale o locale	Pazienti in monoterapia con AP LAI e AP di II generazione/totale pazienti in trattamento con AP	n.	Formazione applicazione diffusa del modello di trattamento precoce con AP LAI	SISM, altri sistemi