

**Requisiti specifici  
per l'accreditamento  
delle Strutture di Psichiatria adulti**

## Premessa

### Caratteristiche e funzioni del Dipartimento di Salute Mentale

#### Mission

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura organizzativa e operativa per la gestione e la produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale e alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale della persona con disturbo mentale per l'intero arco della vita. Le discipline affini che afferiscono al DSM sono Unità Operative dirette da un Dirigente sanitario di II livello, in relazione alla specificità disciplinare. Il DSM è una rete di servizi che integra il privato, il volontariato, le associazioni di utenti e familiari.

#### Obiettivi

1. promuovere la salute mentale ed emozionale come aspetto della salute generale e prevenire le disabilità psicofisiche in ogni fascia di età;
2. tutelare i diritti di effettiva cittadinanza e migliorare la qualità della vita delle persone con disagio psichico o disturbo mentale;
3. facilitare il libero accesso ai servizi del DSM\* superando ogni forma di pregiudizio e favorendo la crescita di una cultura che superi lo stigma del disturbo mentale;
4. garantire la presa in cura precoce, globale, continua e definitiva nel tempo delle persone con disagio psichico o con disturbo mentale assicurandone il funzionamento sociale.
5. produrre servizi essenziali e prestazioni appropriate, integrando gli interventi con un uso razionale di tutte le risorse disponibili;
6. organizzare la produzione di prestazioni e servizi in relazione ai bisogni delle persone;
7. strutturare la multidisciplinarietà e l'interprofessionalità ad ogni livello della rete dei servizi del DSM e attuare una effettiva integrazione anche con altri servizi sanitari e sociali, aziendali ed extra- aziendali, per fornire una risposta tempestiva e completa;
8. valorizzare come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni di utenti e familiari, del volontariato e del privato sociale e imprenditoriale.

#### Contesti operativi delle strutture psichiatriche

L'assistenza psichiatrica può essere erogata nelle seguenti strutture:

- Centro di Salute Mentale
- Centro Diurno Psichiatrico
- Residenze Sanitarie Psichiatriche (a trattamento intensivo, protratto, socio-riabilitativo)
- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- Day Hospital Psichiatrico

Nell'ambito del DSM tali strutture sono organizzate come strutture semplici o complesse, all'interno dell'U.O. di specialità della Psichiatria.

\*N.B. Sigle e acronimi:

DSM	Dipartimento di Salute Mentale
UOP	Unità Operativa di Psichiatria
CSM	Centro di Salute Mentale
CDP	Centro Diurno Psichiatrico
DHP	Day Hospital Psichiatrico
RSP	Residenze Sanitarie Psichiatriche: nei requisiti autorizzativi comprendono tutti i tre tipi di Residenze Sanitarie Psichiatriche che, per l'accreditamento, hanno requisiti differenziati:
RTI	Residenze Sanitarie Psichiatriche a Trattamento Intensivo
RTP	Residenze Sanitarie Psichiatriche a Trattamento Protratto
RSR	Residenze Sanitarie Psichiatriche a trattamento Socio Riabilitativo
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

## **Unità Operativa di Psichiatria del DSM**

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti

### **A) REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, ORGANIZZATIVI**

#### **Personale**

L'U.O. di Psichiatria, in riferimento alla tipologia delle strutture, alle funzioni e alle attività deve assicurare la presenza delle seguenti figure professionali: psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, assistenti di base, personale amministrativo, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e operatori socio-sanitari.

L'U.O. di Psichiatria può avvalersi anche di altre figure specializzate e di prestatori d'opera (animatori, maestri d'arte, musicisti, promotori di salute ed altri).

La presenza di tali figure deve essere programmata nell'ambito delle attività dei servizi afferenti al DSM.

La dotazione del personale deve essere esplicitata per ogni singola struttura, con l'indicazione della assegnazione degli operatori e delle responsabilità loro attribuite .

## **Centro di Salute Mentale**

Rappresenta il punto di accesso alla rete dei Servizi. È il centro di integrazione delle attività terapeutiche e di verifica dell'efficacia dei trattamenti. È la struttura che favorisce l'utilizzo di strutture e di risorse in modo appropriato.

Svolge attività di diagnosi e terapia in regime ambulatoriale e domiciliare anche in integrazione con il Dipartimento delle Cure Primarie.

Oltre ai requisiti autorizzativi generali e specifici previsti dalla normativa vigente devono essere previsti i seguenti ulteriori requisiti.

### **A) REQUISITI TECNOLOGICI**

Il CSM deve avere in dotazione test per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica.

Gli arredi devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort.

Deve essere previsto impianto telefonico con almeno una linea dedicata e una connessione telefonica di accesso alla rete informatica.

### **B) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Il CSM è attivo nei giorni feriali per interventi ambulatoriali e domiciliari 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana .

Qualora il CSM sia una struttura esterna al Dipartimento, devono essere garantiti collegamenti con il DSM di riferimento territoriale, secondo apposito protocollo.

### **Personale**

L'équipe del Centro può avvalersi, in relazione alle attività programmate, di altre figure specializzate quali l'assistente di base e prestatori d'opera (animatori, maestri d'arte, musicisti, promotori di salute ed altri) e, in futuro, l'operatore socio sanitario.

## **Centro Diurno Psichiatrico**

Oltre ai requisiti autorizzativi generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

La dotazione di locali e di spazi del Centro Diurno deve essere adeguata per numero e dimensione alla tipologia e al volume delle attività svolte.

### **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

Devono essere presenti apposite attrezzature, strumentazioni e arredi, che facilitino lo svolgimento di attività di tempo libero, educazionale e riabilitativo.

La dotazione di attrezzature e strumentazioni deve essere presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte.

Gli arredi devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort.

### **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Deve essere garantito un collegamento funzionale, con procedure formalizzate, con il CSM di riferimento territoriale.

Devono esistere procedure per la manipolazione degli alimenti per scopi riabilitativi, rispettose della normativa vigente.

Il Centro Diurno deve garantire una programmazione delle attività in riferimento ad un'apertura di 8 ore quotidiane per almeno 5 giorni alla settimana.

### **Personale**

Nell'orario di apertura devono essere presenti contestualmente almeno 2 operatori

Il responsabile del Centro Diurno ha il compito di coordinare, in accordo con il CSM, anche le diverse figure che possono afferire da altri servizi o in convenzione, per le attività del Centro stesso.

## **Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è l'area di degenza ospedaliera dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori. Il Servizio esplica attività di consulenza alle altre strutture ospedaliere; accoglie casi di urgenza o di crisi nei quali sia inefficace ogni altro intervento terapeutico a livello territoriale o si renda necessario un intervento terapeutico intensivo in struttura ospedaliera.

Oltre ai requisiti autorizzativi generali e specifici previsti dalla normativa vigente devono essere previsti i seguenti requisiti.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) deve essere collocato all'interno dell'Ospedale, sede di Dipartimento di Emergenza o di Pronto Soccorso, di norma al piano terra con possibilità di accesso all'esterno in spazio verde riservato.

Il SPDC ha una dotazione di norma non superiore a 15 posti letto.

Le camere di degenza devono avere al massimo 2 posti letto per stanza, per le strutture di nuova progettazione.

Almeno una stanza deve essere ad 1 PL..

Deve essere disponibile un locale per consumazione di pasti e uno per attività terapeutiche di gruppo.

La dotazione di locali e spazi deve essere adeguata, per dimensioni, sicurezza, decoro, e comfort, all'attività erogata.

### **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

Gli arredi devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort.

Il SPDC deve avere in dotazione test per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica.

Il SPDC deve disporre di un apparecchio telefonico dedicato, in ambiente protetto, che consenta alle persone ricoverate che non possono allontanarsi dal reparto, di comunicare con l'esterno.

Tenuto conto della peculiarità organizzativa del reparto che effettua trattamenti sanitari anche obbligatori, con limitazione della possibilità di movimento della persona in cura, occorre prevedere la presenza di spazi riservati opportunamente attrezzati che consentano, nel rispetto delle norme "antifumo" vigenti, di gestire adeguatamente il problema del tabagismo in persone che presentano scompensi psicopatologici in atto.

Deve essere disponibile un locale o uno spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali delle persone ricoverate, effetti che devono essere gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia.

Deve essere presente un sistema di funzionamento delle porte di accesso al reparto che risponda sia a requisiti di sicurezza imposti dalla L. 626/94 che alla necessità di salvaguardia e protezione delle persone ricoverate con alterazione delle funzioni cognitive.

### **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

#### **Personale**

La dotazione di personale deve prevedere la presenza sulle 24 ore di psichiatri, infermieri, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, con la presenza programmata di psicologo e assistente sociale.

La dotazione di personale deve essere rapportata alle attività e concordata a livello aziendale.

## **Day Hospital Psichiatrico**

Di norma afferisce al CSM.

Oltre ai requisiti autorizzativi generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

La dotazione di locali e di spazi del DHP deve essere adeguata per numero e dimensione alla tipologia e al volume delle attività svolte.

### **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

Il Day Hospital deve disporre di postazioni attrezzate per trattamenti psicoterapeutici e farmacologici, anche in regime di urgenza.

Gli arredi devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort.

La dotazione di attrezzature e strumentazioni deve essere presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte.

### **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

Deve essere garantito un collegamento funzionale, definito da un protocollo, con il CSM di riferimento territoriale.

#### **Personale**

L'équipe del DHP deve prevedere le seguenti figure professionali: psichiatri, infermieri, psicologi, educatori professionali e addetti all'assistenza di base, con presenza programmata in relazione all'attività terapeutica svolta.

Nell'orario di apertura devono essere presenti contestualmente almeno 2 operatori.



## **Residenze Sanitarie Psichiatriche a Trattamento Intensivo, Protratto e Socio Riabilitativo**

Sono qualificate, in relazione all'intensità e alla durata dell'intervento, secondo le seguenti tipologie:

residenza a trattamento intensivo (RTI);  
residenza a trattamento protratto (RTP);  
residenza a trattamento socio riabilitativo (RSR).

Le **RTI** sono strutture con assistenza sanitaria sulle 24 ore, con degenza di durata massima di 30 gg. prorogabili fino a 60 gg..

Accolgono pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto, per i quali non è necessario o opportuno il ricovero in SPDC. Svolgono funzioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative per persone di esclusiva competenza psichiatrica.

Le **RTP** sono strutture con assistenza sanitaria non inferiore alle 12 ore, con degenza massima di 180 gg., prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico, per un periodo non superiore a un anno. Svolgono funzioni riabilitative e risocializzanti, finalizzate al trattamento di pazienti con psicopatologia complessa e disabilità elevata, con progetto personalizzato a termine.

Le **RSR** sono strutture con assistenza sanitaria di almeno 6 ore, con degenza massima di norma non superiore a un anno, prorogabile su riformulazione del progetto terapeutico per non oltre tre anni. Sono rivolte a persone con psicopatologia grave e con disabilità relazionale ed ambientale elevata, per le quali si rendono necessarie opportunità di assistenza specializzata in riabilitazione e risocializzazione, con l'obiettivo di dimissioni assistite in ambito familiare, territoriale o socio-assistenziale.

Oltre ai requisiti autorizzativi generali e specifici previsti dalla normativa vigente le Residenze Sanitarie Psichiatriche devono possedere i seguenti requisiti, che sono da considerarsi comuni alle tre tipologie.

### **A) REQUISITI STRUTTURALI**

La Residenza psichiatrica deve essere strutturata al suo interno in modo da prevedere un'area dedicata agli ospiti e un'area di servizio per il personale.

La dotazione di locali e di spazi deve essere adeguata per numero e dimensioni alla tipologia e al volume delle attività svolte.

### **B) REQUISITI TECNOLOGICI**

Gli arredi devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e comfort.

La dotazione di attrezzature e strumentazioni deve essere presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte.

### **C) REQUISITI ORGANIZZATIVI**

## **Personale**

La dotazione del personale della struttura deve essere esplicitata in un documento che indichi la distribuzione degli operatori e le responsabilità loro assegnate, in riferimento alle attività programmate.

L'équipe deve prevedere la presenza di psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, assistenti di base, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali, la cui presenza deve essere programmata in relazione al volume delle attività svolte e in riferimento alla tipologia della struttura.

Il personale medico, infermieristico e della riabilitazione deve assicurare una presenza programmata in specifiche fasce orarie o con pronta disponibilità, in relazione alla tipologia della struttura.

### **Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo**

La multiprofessionalità deve essere garantita dalla presenza programmata, nell'arco delle 24h, della figura dello psichiatra, dello psicologo, dell'OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB. E' prevista la presenza di un infermiere nelle 24 ore ogni 20 posti letto.

### **Residenze Psichiatriche a Trattamento Protratto e Socio-Riabilitativo**

La multiprofessionalità deve essere garantita dalla presenza programmata della figura dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere, dell'assistente sociale, dell'educatore professionale, dell'OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, eventualmente integrata da prestatori d'opera (maestri d'arte, animatori ed altri) e del tecnico della riabilitazione psichiatrica, del terapeuta occupazionale e dell'operatore socio sanitario. Tali figure sono presenti nelle 24 ore, in relazione a progetti e comunque viene individuata una figura professionale, come coordinatore dell'équipe che garantisca la continuità del progetto assistenziale.

## Acquisizione servizi

Devono essere definiti i rapporti funzionali con i servizi diagnostici (laboratori analisi, radiologia, ecografia, endoscopia) così come con le altre unità operative, con particolare riguardo a prestazioni odontoiatriche.

### **Laboratorio di Analisi Chimico- cliniche**

Devono essere concordati con il Laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

### **Radiologia**

Devono potersi avvalere di Servizi di Radiologia che garantiscano esami per urgenze cliniche motivate h.24, 7 giorni su 7, per la radiologia convenzionale e altre indagini diagnostiche.

### **Cardiologia**

Devono potersi avvalere di prestazioni cardiologiche ordinarie e urgenti secondo protocolli concordati

## **Clinical competence e formazione**

### **Clinical competence**

La clinical competence del medico psichiatra e degli operatori deve essere garantita dalla partecipazione documentata ad attività integrate fra strutture e professionisti che partecipano alla gestione dei casi in cura.

La competenza clinica di professionisti e operatori, acquisita a seguito dell'attivazione di percorsi clinico assistenziali di specializzazione, deve sempre essere documentata.

### **Formazione**

La partecipazione degli operatori a iniziative formative deve essere predisposta sulla base di un programma annuale.

La formazione nel DSM viene svolta su tre livelli:

- nell'ambito della struttura principale di lavoro. Va qui in particolare curata la dinamica dei rapporti individuali e di gruppo fra operatori e il paziente/gruppo di pazienti;
- nell'ambito del DSM, aperta anche agli operatori del volontariato e del privato accreditato; con servizi e professionisti che svolgono attività di collaborazione con il DSM, secondo riconosciute necessità di sviluppo di competenze cliniche condivise.

Per i Responsabili delle strutture organizzative semplici e complesse del DSM, deve essere prevista specifica formazione per l'acquisizione di competenze di tipo organizzativo e manageriale.

## Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali

La precocità, globalità e continuità della presa in cura a termine sono il compito prioritario dell'Assistenza Psichiatrica per la tutela della salute mentale, così come indicato dal Progetto Obiettivo nazionale Tutela Salute Mentale 1998-2000, dalla direttiva regionale di cui alla deliberazione n. 759/98 e dalle linee guida del marzo 2000 "Linee per l'attuazione della normativa nazionale e regionale sul Dipartimento di Salute Mentale". Queste prevedono:

- Accoglienza della richiesta con analisi della domanda e dei bisogni;
- Assunzione di impegno e di responsabilità professionale;
- Costruzione di una relazione terapeutica e ricerca attiva del coinvolgimento volontario della persona in cura;
- Elaborazione di un progetto terapeutico "personalizzato" e a termine, con interventi che prevedano l'integrazione di diverse professionalità nell'ambito della rete dei servizi sanitari e sociali;
- Formazione di personale orientata ad obiettivi di salute mentale e di miglioramento della qualità della vita delle persone assistite.
- Continuità terapeutica, garantita dal CSM attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse interne ed esterne al Servizio.

Al fine di favorire la presa in cura tempestiva e la cura globale e a termine, si richiede un collegamento strutturato tra i Servizi e i professionisti appartenenti ad altre Unità operative disciplinari del DSM o ad altri Dipartimenti in particolare al Dip. dell'Emergenza-Urgenza e Dip. Cure Primarie, che consenta la gestione in continuità di problematiche eterogenee, garantendo l'appropriato utilizzo di competenze e risorse, tramite procedure formalizzate e protocolli.

In particolare vanno definite con i MMG le modalità di:

- consulenza su persone inviate dal Medico di Medicina Generale (MMG) al DSM e della
- trasmissione di informazioni adeguate al MMG da parte del DSM;
- gestione comune di casi con disturbi mentali severi;
- iniziative formative comuni e supervisione ai casi clinici.

Vanno definite con il Dipartimento d'emergenza o Pronto soccorso le modalità di:

- prima valutazione dell'urgenza notturna e festiva, per attivare la consulenza o la presa in cura della persona da parte del DSM, sia che l'Ospedale sia sede di SPDC, sia che lo psichiatra sia reperibile;
- sede di ricovero breve per la valutazione di situazioni cliniche la cui complessità richiede la competenza della psichiatria e di altre specialità mediche.

Vanno definite con il SERT le modalità per:

- attività valutative specialistiche ed eventualmente assistenziali, in particolare nelle situazioni di "doppia diagnosi".

Vanno definite con la Neuropsichiatria infantile le modalità per:

- funzioni di tipo assistenziale ai figli di persone con disturbi psichiatrici, per attività specialistiche o co-gestione dei casi in situazioni adolescenziali di grave patologia comportamentale e mentale e per iniziative rivolte all'adolescenza.

Vanno definite con la Geriatria le modalità per:

- attività valutative, terapeutiche ed assistenziali in relazione a persone con demenza o altre malattie psicogeriatriche che richiedono un intervento integrato.

Vanno definite con la Servizi territoriali e ospedalieri le modalità per:

- la costruzione di percorsi integrati di assistenza per la prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Vanno definite con la Psicologia clinica le modalità per:

- funzioni specialistiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con particolare riguardo ai problemi cognitivi delle persone con disagio psichico o disturbo mentale.

Vanno definite con i Servizi sociali le modalità per:

- gli interventi assistenziali di competenza ( reperimento di alloggio, ricerca del lavoro, sussidi ed altro) rivolti a persone con disturbo mentale e rilevanti problemi sociali.

La presa in cura va realizzata dai Servizi con atteggiamento assertivo, diretto e “non di attesa” nei confronti della persona assistita.

Tutte le strutture del DSM debbono concorrere in relazione alle proprie specificità alla realizzazione del progetto di cura.

Devono essere definiti regolamenti interni e linee-guida per lo svolgimento delle principali attività cliniche.

Deve essere definito un regolamento per l’effettuazione di interventi alternativi alla contenzione.

Devono essere previsti dei percorsi di supporto al paziente e alla sua famiglia nella fase della comunicazione della diagnosi, con procedure formalizzate per la tutela della privacy.

Ogni volta che vengono attivati percorsi clinico assistenziali di specializzazione deve essere documentata la competenza clinica specifica degli operatori e l’attività deve essere documentata attraverso indicatori e standard.

Devono essere documentate le modalità di monitoraggio adottate per il controllo delle procedure previste.

## **Monitoraggio nella erogazione dei servizi e valutazione della performance nelle strutture psichiatriche**

Deve essere definito un elenco di prodotti i cui fattori di qualità vengono posti in garanzia attraverso indicatori e standard. Tra i molti indicatori di qualità condivisi a livello regionale - che fanno riferimento sia all'organizzazione del lavoro che alla professionalità degli operatori – i seguenti costituiscono requisiti specifici di branca:

- il rispetto dei protocolli operativi
- la tempestività nella risposta (declinata sui prodotti: prima visita, visita urgente, consulenza, presa in cura, ricovero ospedaliero, ammissione in struttura, ed altro);
- risposta scritta al richiedente;
- utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti;
- continuità terapeutica;
- monitoraggio di eventi rilevanti, quali:
  - stati di abbandono a domicilio di pazienti psichiatrici e di anziani;
  - suicidi e tentativo di suicidio;
  - disturbi iatrogeni e in particolare sindromi da impregnazione di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis;
  - contenzione.
- progetto individualizzato (presa in carico);
- definizione del progetto in équipe;
- verifica dell'adesione al trattamento;
- verifica dell'appropriatezza del trattamento attraverso:
  - il monitoraggio della permanenza prolungata del paziente in sede di ricovero per problemi di natura sociale;
  - il ricorso ripetuto al ricovero per l'insufficienza degli interventi ambulatoriali e domiciliari.
- verifica periodica del progetto (in équipe);
- dimissione concordata.

Devono essere effettuati percorsi di verifica relativi all'applicazione delle linee guida e delle Direttive Regionali, con particolare riguardo:

- ai principali processi diagnostico-terapeutici,
- all'effettuazione di terapia elettroconvulsiva (Elettroshock)
- alle procedure per gli ASO e i TSO in psichiatria.
- alle norme per la sicurezza degli operatori e delle persone assistite nell'ambito del DSM

Devono essere definiti percorsi assistenziali complessi, in particolare per gli anziani con problemi di demenza iniziale ed alterazioni psichiche, per persone con doppia diagnosi e per persone con disturbi del comportamento alimentare.

La valutazione della performance deve prevedere audit effettuati continuamente e con sistematicità.

Deve essere garantita la redazione accurata e la corretta tenuta della documentazione clinica, favorendo l'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori e la rintracciabilità dei documenti che la compongono (cartella clinica, infermieristica, relazioni di passaggio in diverse strutture).

## Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale è il “Centro regolatore” della rete organizzativa che, a livello distrettuale, coordina gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale, con i seguenti compiti:

- Attività di accoglienza e valutazione delle richieste in situazioni urgenti e programmabili;
- Definizione e attuazione di programmi terapeutici e riabilitativi personalizzati, con le modalità dell’approccio integrato e attraverso:
  - Attività ambulatoriale
  - Attività territoriale, svolta al di fuori delle sedi proprie del Servizio, e distinta in:
    - a) attività domiciliare, effettuata di norma nell’ambito di specifici programmi terapeutico-riabilitativi anche in integrazione con il Dipartimento delle Cure Primarie;
    - b) attività di rete, svolta attraverso la creazione di stabili rapporti con i soggetti a qualunque titolo coinvolti e/o interessati nelle problematiche di salute mentale (istituzioni, enti pubblici e privati, associazioni, ecc.), che divengono componenti dei programmi stessi;
- Interventi sull’emergenza/urgenza, che gestisce attraverso l’attività ambulatoriale e domiciliare effettuata secondo le procedure dell’urgenza;
- Attività di filtro ai ricoveri e di controllo delle degenze in corso anche nel settore convenzionato, al fine di garantire la continuità terapeutica;
- Coordinamento degli interventi attuati nei luoghi alternativi di gestione dell’urgenza (domicilio del paziente, Pronto Soccorso, Medicina d’Urgenza, Servizio Diagnosi e Cura, Day-hospital, Residenza per Trattamenti Intensivi);
- Raccordo con i MMG, i Neuropsichiatri Età Evolutiva, il SERT, i Servizi Sociali.

### *Modalità di accesso e presa in cura*

Il CSM deve garantire il libero accesso e l’accoglienza della persona con risposte tempestive alle urgenze/emergenze.

L’invio della persona in cura presso altra struttura deve prevedere una relazione clinica scritta. Nella relazione deve inoltre essere indicato il referente del caso e i tempi di verifica del progetto, garantendo la continuità assistenziale .

Sono procedure specifiche del CSM quelle riguardanti:

- i rapporti e attività di consulenza con le altre discipline che concorrono alla salute mentale della persona;
- i rapporti con i servizi che si occupano di Disabilità adulta, con Servizi per le tossicodipendenze, con la Psicogeriatrics, con i MMG e con i Servizi Sociali. In particolare devono essere definiti specifici protocolli che prevedano:
  - modalità di interazione fra i Servizi interessati;
  - garanzia di continuità terapeutica;
  - tempestività nella risposta;
  - individuazione di un referente per ogni area di confine critica;
  - evidenza scritta dell’attività di consulenza svolta.

## **Strutture psichiatriche diurne - Day-Hospital e Centro Diurno**



Le strutture psichiatriche diurne - Day-Hospital e Centro Diurno - svolgono un ruolo centrale nella risposta terapeutica e riabilitativa, come alternativa a quella ospedaliera e residenziale. Si collocano in un'area intermedia tra residenzialità o ospedalizzazione e l'assistenza domiciliare o ambulatoriale. Le funzioni proprie di tali strutture, in stretta connessione con il CSM, sono prevalentemente di presa in cura e di cura delle forme gravi di disturbo mentale, con programmi terapeutici individualizzati di breve, medio o lungo periodo, concordati con il CSM.

Il ricorso alle aree diurne risulta attuabile e utile qualora sussista la collaborazione dell'ambiente familiare e sociale e non siano presenti stati di scompenso psicopatologico acuto e/o alterazioni comportamentali tali da rendere necessaria una funzione di assistenza e di protezione della persona in cura in altro ambiente terapeutico.

Le strutture diurne devono elaborare procedure operative concordate con il CSM relativamente a:

- continuità dell'assistenza con specifico riferimento alle modalità di accesso e di dimissione;
- appropriatezza dell'inserimento;
- consenso informato e modalità di informazione ai familiari.

Deve essere tenuto un registro di evidenza scritta di eventi rilevanti che riporti: data, identificativo del paziente, diagnosi, in relazione ai seguenti eventi:

- allontanamento non concordato dalla struttura,
- infortuni (infortuni tra pazienti, pazienti/operatori,...)

### Centro Diurno

Il CD accoglie pazienti con disturbi psichici differenziati, garantisce attività programmate terapeutico-riabilitative e può svolgere trattamenti riabilitativi con modalità intensive in stretta connessione con il CSM. I progetti sono finalizzati al recupero del funzionamento sociale, di autonomie nella gestione personale e di abilità lavorative e occupazionali.

- Deve definire la durata del trattamento e il suo monitoraggio in relazione al progetto terapeutico
- Deve definire eventuali connessioni con inserimenti lavorativi e Agenzie lavoro

### Day-Hospital

Il Day-Hospital garantisce prestazioni diagnostiche e terapeutiche con trattamento intensivo, mirate soprattutto a sostenere il paziente nel percorso di uscita da situazioni di scompenso e favorendo il suo reingresso nella società. Attua interventi di breve e medio termine con finalità di:

- Effettuare in modo coordinato accertamenti diagnostici complessi
- Effettuare trattamenti farmacologici e psicoterapeutici
- Evitare il ricorso al ricovero in degenza continua o limitarne la durata

Il DH deve garantire l'attivazione dei percorsi necessari per la gestione tempestiva delle urgenze/emergenze.

## **Strutture ospedaliere (SPDC) e le tipologie di strutture residenziali (RTI, RTP, RSR)**

Devono elaborare procedure operative concordate con il CSM relativamente a:

- continuità dell'assistenza con specifico riferimento alle modalità di accesso e di dimissione;
- appropriatezza del ricovero o dell'inserimento;
- consenso informato e modalità di informazione ai familiari.

Deve essere tenuto un registro di evidenza scritta di eventi rilevanti che riporti: data, identificativo del paziente, diagnosi, in relazione ai seguenti eventi:

- terzo ricovero nell'arco di 12 mesi (nel SPDC e nella RTI)
- allontanamento non concordato dalla struttura,
- infortuni (infortuni tra pazienti, pazienti/operatori,...)
- contenzioni

### *Modalità di accesso e presa in cura*

- L'invio da parte del CSM avviene sulla base di protocollo per l'accesso definito fra CSM e Responsabile della struttura.
- Deve esistere un protocollo che regoli gli accessi provenienti da altre strutture sanitarie, in particolare dall'Ospedale e dai MMG, ma anche da strutture quali Carcere, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, ecc.. Tale protocollo deve prevedere anche le modalità da adottarsi per le eventuali richieste urgenti.
- I protocolli di accesso devono indicare le modalità specifiche relative all'acquisizione dell'informazione clinica e alla consegna e trasmissione dell'informazione, tesa a garantire la continuità terapeutica e assistenziale.
- Devono essere previste modalità di dimissione assistita.
- Ad ogni paziente e ai suoi familiari deve essere garantita, secondo modalità esplicitate, la possibilità di incontrare il medico referente della struttura o, in sua assenza, un suo sostituto.
- Deve esistere un piano clinico-assistenziale che preveda:
  - controllo clinico periodico
  - colloqui programmati con le figure professionali di riferimento
  - partecipazione all'attività terapeutico-riabilitativa
  - contatti con il responsabile del CSM di riferimento della persona assistita
  - terapia farmacologica

### *Documentazione sanitaria*

Ai fini dell'accreditamento, il progetto personalizzato già previsto nei requisiti minimi autorizzativi, relativamente ad ogni ricovero, deve contenere:

- data di ingresso, obiettivi del ricovero, durata prevista;
- indicazione del medico del CSM con cui si è concordato il progetto;
- data di dimissione e indicazione del medico con cui si sono concordate le dimissioni.

Nella documentazione sanitaria devono essere accuratamente registrati per iscritto i seguenti eventi:

- eventuali limitazioni di permessi di uscita per motivi clinici;
- eventuali interventi di contenzione (data, ora, nome e cognome del paziente, diagnosi, motivi dell'intervento, tipo di intervento restrittivo attuato, firma del medico).

## Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Attua ricoveri a breve termine con finalità di:

- Contenimento intensivo della crisi
- Formulazione/riformulazione della diagnosi
- Osservazione intensiva
- Impostazione di strategie terapeutiche e progettuali immediate

Devono essere presenti attività di:

- monitoraggio dei ricoveri attraverso l'accurato inserimento dei dati informativi della scheda nosologica ospedaliera
- valutazione di esito dei ricoveri attraverso una scala di valutazione validata in ambito scientifico
- monitoraggio delle consulenze effettuate in altri reparti o Pronto Soccorso

Devono essere definite procedure per la gestione del paziente psichiatrico con la definizione dei rapporti con il Dipartimento di Emergenza Urgenza.

L'accesso avviene previa valutazione di uno specialista del DSM.

### Residenza a Trattamento Intensivo

La RTI opera in stretta connessione con i Centri Salute Mentale, il Servizio Diagnosi e Cura e le altre Strutture residenziali.

Attua ricoveri volontari a breve e medio termine con finalità di:

- Valutazione diagnostico-terapeutica di patologie acute-subacute
- Assistenza intensiva successiva al ricovero ospedaliero
- Impostazione e prima attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi
- Revisione del programma di cura e del progetto terapeutico-riabilitativo per persone già in trattamento

#### *Modalità di accesso e presa in cura*

Si deve prevedere:

- accessibilità entro 24 ore nei casi urgenti e di norma entro cinque giorni;
- presenza medica diurna, presenza infermieristica sulle 24 ore, guardia medica psichiatrica o pronta disponibilità notturna

La durata massima del ricovero prevista è di 30 giorni, prorogabile fino a 60 giorni.

Proroghe oltre i 60 giorni debbono essere motivate con apposita relazione clinica comprendente un set minimo di informazioni.

La scheda giustificativa deve essere composta da:

- motivazione sintetica per la richiesta di proroga oltre i 60 giorni comprendente le seguenti informazioni
  - Permanenza dell'acuzie clinica
  - Insorgenza di complicanze cliniche
- valutazione dei primi 60 giorni di ricovero la cui responsabilità è in capo al reparto di ricovero
  - **Prima valutazione**  
Incontro con i familiari/persona tenuta alla cura entro 10 gg. dal ricovero  
Consulto con il medico curante del CSM entro 10 gg. dal ricovero
  - **In corso di ricovero**  
Valutazione/Rivalutazione della possibile criticità della dimissione entro 15 giorni dal ricovero

Cambiamenti di programma terapeutico significativi adottati congiuntamente con i curanti esterni  
Sintesi degli Interventi attuati nel corso dei 60 gg.  
Esito dei trattamenti  
Valutazione del raggiungimento dell'obiettivo atteso formulato all'ingresso/prima valutazione  
Terapia in atto  
Diagnosi e valutazione clinica attuale

- criticità = dimissione complessa per difficoltà di contesto, malgrado la stabilizzazione delle condizioni cliniche che permetterebbero la cura in ambulatorio o a domicilio.

Deve esistere un piano clinico-assistenziale che preveda il controllo clinico-quotidiano della persona assistita.

Devono essere elaborate procedure operative concordate fra Residenza e DSM relativamente all'appropriatezza del ricovero secondo i quadri primari e secondari individuati negli accordi tra Regione e AIOP/ARIS.

#### Residenze a Trattamento Protratto

Svolgono funzioni riabilitative e risocializzanti, finalizzate al trattamento di pazienti con elevata psicopatologia e disabilità da riaffidare al territorio nel medio termine, attraverso programmi personalizzati di reinserimento sociale, prevedendo percorsi di formazione, di abilitazione al lavoro e di inserimento abitativo.

#### Residenze a Trattamento Socio Riabilitativo

Sono rivolte a persone con disabilità psichica ed ambientale elevata per le quali si rende necessaria l'assistenza specializzata in riabilitazione per prevenire ulteriori inabilità, con l'obiettivo di dimissioni assistite.

*Per RTP e RSR*

*Modalità di accesso e presa in carico*

Accessibilità programmata

presenza medica e infermieristica programmata

#### *Documentazione sanitaria*

Il progetto personalizzato in continuità con quello terapeutico riabilitativo del CSM, deve riportare:

- la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazionale presente nel contesto di vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni della famiglia con il CSM;
- gli obiettivi in ordine agli ambiti della cura, della socializzazione, abitativo e lavorativo;
- la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio del trattamento (almeno ogni 3 mesi);
- data di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del CSM e del professionista responsabile del trattamento riabilitativo.

La documentazione clinica deve inoltre registrare gli interventi riabilitativi e di gruppo con indicazione dell'attività.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b>								
1) Rilevazione della soddisfazione dell'utenza	N° pazienti/familiari rispondenti / N° totale dei pazienti  se si usano metodi qualitativi	Graduazione della soddisfazione distinguendo tra pazienti e familiari/ totale rispondenti	Indicatore che valuta la qualità dell'assistenza come percepita da utenti/familiari	Presenza del sistema di rilevazione	Regionale e aziendale	Questionario Qualità Percepita  Focus group, interviste	La rilevazione può essere effettuata con strumenti diversi (gruppi di discussione, focus, questionari, ...) secondo programmi definiti.  Valutazione annuale	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI CENTRO SALUTE MENTALE</b>								
2) Pz. con visita di accoglienza non urgente, accolti entro XX giorni*	N.° pz. con visita di accoglienza non urgente, accolti entro XX giorni/totale dei pz. non urgenti accolti		Selezionando i pazienti con visita di accoglienza non urgente, accolti entro XX giorni si ottiene un indicatore di attività che serve per rilevare la tempestività alla risposta declinata sulle prestazioni: prima visita, consulenza, presa in carico, ammissione in struttura.....	Standard regionale 7 - 15 gg. più specifico Standard aziendale.  90% dei pazienti accolti entro i tempi stabiliti in azienda/struttura	C.S.M. e Aziendale	Registro informatico di prenotazione	Valutazione annuale su tutti i pazienti*  *necessario sistema informativo omogeneo e informatizzato	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato ai fini epidemiologici e gestionali
*ogni struttura deve definire il suo impegno specifico compreso fra i 7 - 15 gg								

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
3) Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale e la temporizzazione della verifica del progetto	Rilevare la presenza degli elementi nella documentazione clinica	a) N° pazienti con progetto personalizzato scritto /N° pazienti in carico  b) N. progetti personalizzati verificati almeno una volta nell'anno/ N. progetti stilati	Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica	Presenza di documentazione (progetto scritto e verifica) nel 95% dei casi	D.S.M. Azienda U.O.	Cartella clinica	Rilevazione sistematica a cura del C.S.M. pubblico o privato	Indicatore che misura l'accuratezza della presa in carico e del processo di continuità assistenziale.
4) Utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti (I.C.D.-D.S.M)	N° cartelle cliniche complete dei criteri riconosciuti (I.C.D.-D.S.M) /N°cartelle cliniche totale *100		Indicatore di attività che serve per valutare il mix di prestazioni (complessità della casistica e assorbimento di risorse dell'U.O.)	100%	U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato a fini epidemiologici e gestionali.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI CENTRO DIURNO PSICHIATRICO</b>								
5) Presenza di documentazione clinica completa (set informativo minimo): <ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche</li> <li>• informazioni cliniche</li> <li>• informazioni relative all'attività integrata socio-sanitaria comprensive della relazione d'invio e di dimissione.</li> </ul>	Rilevare la presenza della documentazione relativa	a) N° pazienti con relazione di invio/N° pazienti assistiti nell'anno  b) N° pazienti con relazione di dimissione /N° pazienti dimessi dal CD nell'anno	Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale.	Presenza della documentazione completa nel 100% dei casi	D.S.M. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione a cura del Centro Diurno Psichiatrico.  Rilevazione annuale su tutti i pazienti in carico e dimessi.	Indicatore che misura l'efficienza del processo di continuità assistenziale.



<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
6) Presenza di verifiche del progetto assistenziale.	N° progetti personalizzati verificati almeno una volta / N° totale dei progetti nell'anno		Indicatore che valuta la conformità del percorso a quanto programmato	Presenza verifica positiva nel 100% dei casi	D.S.M. Aziendale U.O.	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura del Centro Diurno Psichiatrico	Indicatore che misura la conformità dei comportamenti organizzativi rispetto a quelli stabiliti.
7) Capacità di trattenimento	% autodimissioni sul totale delle dimissioni		Indicatore che valuta la qualità dell'assistenza come percepita da utenti		Regionale DSM Aziendale U.O.	Cartella clinica	Rilevazione annuale su tutti i pazienti	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA</b>								
8) Presenza di un sistema di sorveglianza degli eventi rilevanti ( n. di allontanamenti di pazienti, sindromi da sovradosaggio di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis, n. infortuni per conflitto tra pazienti, n. infortuni per conflitto tra pazienti e operatori;...)	N° eventi/ N° totale di dimessi anno		Indicatore che valuta la sicurezza per il paziente	Presenza del sistema di rilevazione degli eventi	D.S.M. Aziendale U.O.	Sistema regionale di rilevazione eventi	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali e gestionali. Il raggiungimento dello standard garantisce attenzione alla sicurezza dei pazienti e favorisce l'assunzione di misure preventive. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero permette di attivare percorsi di miglioramento.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FORNITE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
9) Presenza di incidenti (suicidi e tentativo di suicidio)	N° totale suicidi + N° tentativi di suicidio / N° totale di dimessi anno	N° totale suicidi / N° totale di dimessi anno  N° tentativi di suicidio / N° totale di dimessi anno	Indicatore che valuta l'efficacia del progetto terapeutico in relazione alla prevenzione dei comportamenti suicidari	Presenza del sistema di rilevazione degli incidenti	D.S.M. Aziendale U.O.	Sistema regionale di rilevazione incidenti.  Morte per suicidio: SDO  Tentativo di suicidio: rilevazione ad hoc	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali, gestionali e l'attenzione alla sicurezza dei pazienti. La conoscenza del fenomeno favorisce l'assunzione di misure preventive e permette di attivare percorsi di miglioramento.
10) Utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti (I.C.D.-D.S.M)	N° cartelle cliniche complete dei criteri riconosciuti (I.C.D.-D.S.M) / N° cartelle cliniche totale * 100		Indicatore di attività che serve per valutare il mix di prestazioni (complessità della casistica e assorbimento di risorse dell'U.O.)	100%	U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato a fini epidemiologici e gestionali.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
11) % pazienti SPDC con necessità di terzo ricovero nell'arco dei 12 mesi	N° pazienti SPDC con 3 o più ricoveri anno/N. totale pazienti ricoverati nell'anno *100		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.	Presenza del sistema di rilevazione	Regione Aziendale U.O.	SDO	Valutazione annuale aziendale e regionale.	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali. I risultati debbono essere valutati in riferimento all'analisi della gestione dei casi.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI DAY HOSPITAL PSICHIATRICO</b>								
12) Capacità di trattenimento	% autodimissioni sul totale delle dimissioni		Indicatore che valuta la qualità dell'assistenza come percepita da utenti		Regionale DSM Aziendale U.O.	Cartella clinica	Indagine annuale su tutti i pazienti	

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTI DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
<b>INDICATORI RESIDENZE SANITARIE PSICHIATRICHE</b>								
13) Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale e la temporizzazione della verifica del progetto	Rilevare la presenza degli elementi nella documentazione clinica	a) N° pazienti con progetto personalizzato scritto /N° pazienti in carico  b) N° progetti personalizzati verificati almeno una volta l'anno/ N. progetti stabiliti	Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica	Presenza di documentazione (progetto scritto e verifica) nel 95% dei casi	D.S.M. Azienda U.O.	Cartella clinica	Rilevazione a cura del RSP pubblico o privato	Indicatore che misura l'accuratezza della presa in carico e del processo di continuità assistenziale.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FORNTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
14) Presenza di un sistema di sorveglianza degli eventi rilevanti ( n. di allontanamenti di pazienti, sindromi da sovradosaggio di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis, n. infortuni per conflitto tra pazienti, n. infortuni per conflitto tra pazienti e operatori;...)	N° eventi/ N° totale di pazienti in carico		Indicatore che valuta la sicurezza per il paziente	Presenza del sistema di rilevazione degli eventi	D.S.M. Aziendale U.O.	Sistema regionale di rilevazione eventi	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali e gestionali. Il raggiungimento dello standard garantisce attenzione alla sicurezza dei pazienti e favorisce l'assunzione di misure preventive. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero permette di attivare percorsi di miglioramento.

<b>DEFINIZIONE</b>	<b>CALCOLO</b> (definire numeratore e denominatore)	<b>ARTICOLAZIONI</b> (ulteriori indicatori)	<b>RAZIONALE</b>	<b>STANDARD</b> (se esiste)	<b>LIVELLO DI UTILIZZO</b> (a quale livello fornisce informazioni)	<b>FONTE DI DATI</b>	<b>LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)</b>	<b>IMPLICAZIONI</b> (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
15) % pazienti con terzo ricovero in Residenze a Trattamento Intensivo nell'arco dei 12 mesi	N° pazienti con 3 o più ricoveri anno/N. totale pazienti ricoverati nell'anno *100		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.	Presenza del sistema di rilevazione	Regione Aziendale U.O.		Valutazione annuale aziendale e regionale.	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali. I risultati debbono essere valutati in riferimento all'analisi della casistica



## Indice

Premessa .....	2
Unità Operativa di Psichiatria del DSM .....	3
Centro di Salute Mentale .....	4
Centro Diurno Psichiatrico .....	5
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura .....	6
Day Hospital Psichiatrico .....	8
Residenze Sanitarie Psichiatriche a Trattamento Intensivo, Protratto e Socio Riabilitativo .....	9
Acquisizione servizi.....	11
Clinical competence e formazione.....	12
Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali.....	13
Monitoraggio nella erogazione dei servizi e valutazione della performance nelle strutture psichiatriche.....	15