

# MANUALE PER LE SCHEDE DI RACCOLTA DATI

## DEFINIZIONI TERMINI E PROCEDURE PSICHIATRICHE

### Una valutazione dei Centri di Salute Mentale Territoriali Italiani: il Progetto PROG-CSM

"Programmi speciali" \_Art 12 bis, comma 6, d.lgs. 229/99



Direttore Scientifico  
**Carmine Munizza**

# Organigramma progetto

## **DIREZIONE**

Carmine Munizza  
Centro Studi e Ricerche in Psichiatria

## **SUPERVISIONE E COORDINAMENTO**

G. Tibaldi\*, M. Bassi \*\*, P. Bollini \*\*\*,  
S. Pampallona\*\*\*, L. Pinciaroli\*, R. Borio\*

\* Centro Studi e Ricerche in Psichiatria

\*\* Società Italiana di Psichiatria

\*\*\* forMed, Évolene

## **COMITATO SCIENTIFICO**

### **Internazionale**

P. Bollini (Switzerland), G. Glover (UK), T. Kallert (Germany),  
S. Johnson (UK), D. McDaid (UK), S. Pampallona (Switzerland),  
T. Ruud (Norway), L. Salvador (Spain),

## **COMITATO SCIENTIFICO**

### **Nazionale**

E. Aguglia, M. Bassi, G. DeGirolamo, L. Ferrannini, P.L. Morosini,  
C. Munizza, G. Neri, A. Picardi, G. Santone, G. Tibaldi

## **Responsabili Operativi Regionali (R.O.R.)**

R. Bignami, G. Borsetti, R. Bracco, M. Casacchia, I. Casula, V. Cei, L. Ciancaglini,  
G. Corlito, S. Cotugno, M. D'Arpa, G. Dell'Acqua, G. Di Marco, W. Di Munzio,  
G. Favaretto, T. Federico, A. Gaddini, M. Nicotera, M. Percudani, G. Pitzalis,  
R. Raimondi, E. Rossi, G. Santone, C. Scalise, S. Schiaffino, F. Scotti, R. Tomasi,  
S. Torresani, S. Varia, F. Veltro, E. Zanalda

## **Assistenti di Ricerca (A.R.)**

A. Amodeo, F. Basile, L. Biscaglia, R. Borio, P. Calò, B. Caporali, F. Cappelletti,  
V. Cei, P. Clemente, C. Costanzo, P. Di Fabio, P. Iazzetta, R. Magisano, L. Massella,  
G. Monterubbiano, I. Morandin, M. Nantron, T. Nespolo, C. Passanisi, L. Pazzi,  
L. Pinciaroli, M. Pisapia, G. Pitzalis, R. Pollice, W. Roberto, L. Sangiovanni,  
S. Signori, L. Svarca, S. Torresani, C. Villa, K. Wolf.

Si ringraziano, per la collaborazione,  
le Segreterie Regionali della Società Italiana di Psichiatria

## Una valutazione dei Centri di Salute Mentale Territoriali Italiani: il progetto **PROG-CSM**

La formulazione di un breve glossario in allegato alle schede PROG-CSM è stata sollecitata da tutti coloro che hanno partecipato allo sviluppo di queste schede al fine di adottare un linguaggio comune che eviti possibili fraintendimenti nell'interpretazione delle domande e di orienti il compilatore verso la risposta più esauriente.

Il manuale va quindi utilizzato come uno strumento operativo per:

- la codifica delle situazioni dubbie che si incontrano durante la valutazione dei vari Centri di Salute Mentale;
- la codifica delle attività offerte e degli interventi effettuati nei Dipartimenti di Salute Mentale delle varie Regioni italiane;
- l'utilizzo in modo univoco di alcuni termini della pratica clinica, soprattutto ambulatoriali, che facilmente assumono significati divergenti, nelle singole realtà locali o regionali.

**IL Progetto Obiettivo** "Tutela della Salute 1998-2000", da cui prende spunto l'intera formulazione delle schede PROG-CSM, individua la necessità di fornire dati sulle prestazioni effettuate adottando una classificazione ed un glossario comuni.

Una premessa fondamentale alla raccolta dei dati per il PROG-CSM è l'estrema variabilità che si registra nella struttura e nell'organizzazione dei Centri di Salute Mentale tra le varie regioni e, a volte, all'interno della stessa regione. Per questo motivo è essenziale che ogni ricercatore comprenda adeguatamente sia gli obiettivi generali del progetto, sia la struttura e l'organizzazione di ogni singolo CSM prima di completare la scheda di raccolta dati. Ciò consentirà di raccogliere informazioni omogenee ed affidabili, di segnalare al coordinatore regionale o nazionale dello studio le eventuali specificità di ogni CSM e di giustificare in modo convincente le scelte operate nella raccolta dei dati.

### Struttura della raccolta dati

La raccolta dei dati del PROG-CSM prevede:

1. **scheda DSM** che raccoglie informazioni sul Dipartimento di Salute Mentale;
  2. **scheda CSM** che raccoglie informazioni su ogni Centro di Salute Mentale dipendente da quel dipartimento;
  3. **scheda Riferimento Normativo Regionale** che il Centro Studi e Ricerche in Psichiatria compilerà intervistando i ROR di ogni Regione;
  4. **scheda Socio Demografica** che verrà compilata in maniera centralizzata dal Centro studi e Ricerche in Psichiatria attraverso i dati ISTAT.
- La scheda DSM e la scheda CSM (o più schede CSM se nello stesso DSM è presente più di un CSM) sono legate tra loro da un numero di identificazione composto di 6 cifre, di cui le prime due indicano la regione (codice regione attribuito dal ministero), le due intermedie il numero di riconoscimento del DSM nella regione, e le ultime due il numero progressivo del CSM all'interno di quel DSM.
  - Si raccomanda di compilare la scheda DSM prima di avviare la raccolta dei dati con la scheda CSM: questo consentirà un controllo incrociato tra le informazioni fornite dal Direttore del DSM e quelle ottenute dai Responsabili dei singoli CSM.

- La scheda CSM (censimento) sarà spedita dall'AR via e-mail e/o fax in anticipo ai responsabili delle strutture partecipanti, insieme con una lettera di accompagnamento; la sua compilazione sarà quindi eseguita, da parte dell'AR, nel corso di un incontro diretto con il responsabile della struttura o telefonicamente.
- La scheda DSM sarà spedita dall'AR via e-mail e/o fax in anticipo ai Direttori dei vari Dipartimenti di Salute Mentale a cui afferiscono i CSM censiti dall'AR. La sua compilazione sarà quindi eseguita, da parte del ROR o dell'AR, nel corso di un incontro con il Direttore e/o telefonicamente.
- La scheda Normativo Regionale sarà compilata congiuntamente dall'AR e dal ROR.
- La scheda Socio Demografica sarà compilata direttamente dal Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, una volta ricevute le informazioni esatte relative all'area geografica servita dai singoli CSM. Si suggerisce ai singoli AR di richiedere ai responsabili dei CSM una definizione aggiornata dell'area geografica servita da ciascun CSM.

#### **L'Assistente di Ricerca dovrà:**

- garantire l'esatta compilazione delle schede in ogni loro parte, secondo le istruzioni fornite;
- fotocopiarle;
- inviare mensilmente al Centro Studi:
  - ✓ l'originale delle schede CSM censimento compilate;
  - ✓ l'originale della scheda DSM;
  - ✓ l'originale della Scheda Normativo Regionale non appena completa dei dati richiesti.

**In ogni caso è d'obbligo conservare le fotocopie degli originali in un archivio al fine di operare eventuali controlli.**

## GLOSSARIO di termini generali

- ✓ DSM
- ✓ CSM
- ✓ Ambulatori periferici
- ✓ Centro Diurno
- ✓ SPDC
- ✓ Day Hospital
- ✓ Strutture Residenziali
- ✓ Centro Crisi

1. **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM):** modello organizzativo per l'assistenza psichiatrica della popolazione adulta. Ogni Azienda Sanitaria istituisce il Dipartimento di Salute Mentale che comprende tutte le componenti organizzative (servizi territoriali, servizi ospedalieri, strutture residenziali e semiresidenziali) e gestisce autonomamente le risorse e le attività per la tutela della salute mentale esistenti nel territorio dell'Azienda stessa.
2. **CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM):** sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza, anche negli ospedali, se sprovvisti di SPDC. Secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo, è attivo per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e vi lavorano équipe multidisciplinare, con presenza di personale medico e infermieristico per tutto l'orario di apertura.
3. **AMBULATORI PERIFERICI:** strutture dipendenti dal CSM, che svolgono prevalentemente attività ambulatoriale, con orario di apertura limitato ad alcune ore e/o giorni della settimana.
4. **CENTRO DIURNO (CD):** struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel contesto territoriale, che accoglie i pazienti durante le ore diurne su specifici progetti individualizzati di tipo terapeutico e/o riabilitativo. Secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo, la struttura è attiva almeno per 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed è dotata di

una équipe multidisciplinare, comprendente operatori di cooperative sociali e di organizzazioni del volontariato.

5. **SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):** servizio ospedaliero interno ad un ospedale generale dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in regime di ricovero; esplica attività di consulenza e, nel contesto del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, di pronto soccorso. Il numero di posti letto è tendenzialmente 1 ogni 10.000 abitanti.
6. **DAY HOSPITAL (DH):** costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato in ambito ospedaliero, con un collegamento funzionale e gestionale con il SPDC, oppure in ambito territoriale, collegato con il CSM. Secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo, è attivo per 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana, garantendo la presenza fissa di personale medico-infermieristico e la presenza programmata di altre figure professionali.
7. **STRUTTURE RESIDENZIALI:** strutture extraospedaliere che accolgono per l'intero arco delle 24 ore soggetti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio riabilitativi.  
Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore:
  - SR con presenza continua di personale sanitario lungo l'arco delle 24 ore
  - SR con presenza di personale sanitario non inferiore alle 12 ore nei giorni feriali (nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta)
  - SR con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali (non più di 12 ore al giorno). Nei giorni festivi questa presenza può essere ulteriormente ridotta o assente.
8. **CENTRO CRISI:** servizio di Pronta Accoglienza Residenziale che nasce come opportunità per aiutare persone in grave difficoltà, che vivono una situazione di crisi acuta della quale avvertono, pesantemente, la stanchezza, l'emarginazione, i disagi.

## ***SCHEDA DSM***

La compilazione della scheda DSM va effettuata con il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale. Va completata un'unica versione della scheda DSM a prescindere dal numero di CSM che fanno parte del Dipartimento di Salute Mentale.

**E' fortemente raccomandato far pervenire copia (per posta PRIORITARIA o per fax) della scheda al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale PRIMA dell'intervista telefonica, così che egli possa averla davanti a sé nel corso dell'intervista stessa.**

Può essere somministrata anche direttamente, nel corso di una visita in loco effettuata dal rilevatore presso il Servizio.

**Tutte le informazioni relative alle varie voci si riferiscono al giorno della rilevazione (eccetto quelle in cui è indicato un periodo di riferimento differente).**

Nella compilazione fare attenzione alle seguenti modalità:

1. tutte la **caselle "chiuse"** di questo tipo ①, devono essere barrate con una croce ben evidente: ⊗
2. tutte le **caselle "aperte"** di questo tipo |\_\_|\_\_, devono riportare all'interno della casella, scritto in modo chiaro ed evidente, il/i numero/i relativi alla domanda formulata. Se non è possibile reperire il dato inserire "9" in ogni casella. Es. |\_9\_|\_9\_|\_9\_|



---

## DESCRIZIONE DEL DSM

---

1. La data di compilazione fa riferimento al giorno di rilevazione dei dati.

2. Il codice richiesto è composto da:

- **REG: numero Regione** (due cifre), attribuito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma dal SIS (Sistema Informativo Sanitario) del Ministero della Sanità.

Codice Regione	Denominazione Regione
01	PIEMONTE
02	VALLE D'AOSTA
03	LOMBARDIA
04	P.A. BOLZANO
04	P.A. TRENTO
05	VENETO
06	FRIULI VENEZIA GIULIA
07	LIGURIA
08	EMILIA ROMAGNA
09	TOSCANA
10	UMBRIA
11	MARCHE
12	LAZIO
13	ABRUZZO
14	MOLISE
15	CAMPANIA
16	PUGLIA
17	BASILICATA
18	CALABRIA
19	SICILIA
20	SARDEGNA

- **DSM: numero DSM** (due cifre), che è un numero di riconoscimento del DSM nella regione. Il ricercatore assegnerà in ordine crescente ad ogni DSM un codice a partire da 01 (esempio: al primo DSM considerato in Piemonte attribuiremo il codice 0101).

3. Ogni Regione ha una propria realtà organizzativa interna ed il DSM può effettivamente corrispondere a parti diverse di territorio.

4. Con questa domanda si intende verificare se L'ASL a cui afferisce il suo DSM ha approvato una delibera specifica relativa al Regolamento riguardante la struttura ed il funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale (G. R. n. 411 del 31.3.1998, dal D.L.gs. 229 del 19.6.99 e dal DPR del 10.11.99).

5. Al DSM possono afferire più **unità operative** specifiche per tipologia di utenza (dipendenza da sostanze, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, ecc...).

Per unità operative si intendono servizi che svolgono funzioni specifiche per specifiche tipologie di pazienti.

Indicare ①=si quando tali unità operative dipendono dal Dipartimento di Salute Mentale.

Esistono realtà differenti da regione a regione, è importante sapere se il Direttore del DSM è anche Direttore delle altre Unità operative.

6. Se non ci sono strutture del tipo elencato nel DSM indicare |\_|\_|0\_|.

Se ci sono strutture ambulatoriali diurne con finalità specifiche indicarle in Altro.

- prevenzione primaria (info. alla popolazione, promozione salute mentale, riduzione stigma)
- intervento precoce all'esordio psicotico
- intervento su adolescenti a rischio
- prevenzione e recupero dei casi di drop-out
- prevenzione al suicidio
- formazione ai medici di base
- interventi di supporto domiciliare intensivo (alternativi al ricovero)
- programmi di liaison in ospedale generale
- gruppi di auto mutuo aiuto
- gruppi con familiari di pazienti
- doppia diagnosi

7. Per strutture a **direzione tecnica** del DSM si intende quelle in cui la responsabilità della gestione dei casi e della direzione del personale è affidata ad operatori del DSM.

7.1. Indicare il numero complessivo di posti letto disponibili differenziando tra strutture residenziali ad alta intensità assistenziale (24 ore), a media intensità assistenziale (< 24 ore e >=12 ore) o a bassa intensità assistenziale (< 12 ore).

8. Si chiede qui di indicare il numero complessivo di posti letto utilizzati dal DSM nell'anno 2004 considerando nel conteggio dei posti letto utilizzati sia quelli a gestione diretta del DSM sia quelli nelle strutture private convenzionate.

9. per **inserimenti lavorativi** si intendono attività volte a facilitare l'inserimento e il reinserimento nel mondo del lavoro di pazienti psichiatrici o volte alla tutela del posto di lavoro in caso di rischio di licenziamento.

Per **reperimento di soluzioni abitative** autonome si intendono attività volte a facilitare la ricerca di abitazione e la gestione della stessa.

Per **rapporti con i medici di medicina generale** si intendono attività volte all'integrazione, sensibilizzazione e formazione del Dipartimento di Salute Mentale con i medici di medicina generale e specialisti di altre branche mediche.

Per **attività di sostegno a problemi di solitudine o povertà della propria rete sociale** si intendono attività volte a consentire ai pazienti di frequentare ambienti e persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le proprie capacità di socializzazione. Sono escluse nella valutazione della risposta a questo item quelle attività svolte dal Centro Diurno.

10. Il **sistema informativo** è una base dati integrata che ha lo scopo di raccogliere, elaborare e archiviare tutti i dati di struttura, processo ed esito e può essere a livello del singolo modulo, dipartimentale piuttosto che regionale.

11. Per **procedure di valutazione standardizzata** si intendono attività per la valutazione interna e il miglioramento di qualità professionale, qualità percepita e qualità manageriale del servizio. Rientrano in questa voce anche le attività finalizzate alla valutazione dei piani di cura o di riabilitazione sui pazienti con verifica dei progressi dei trattamenti psichiatrici e dei programmi riabilitativi, valutazione della soddisfazione di pazienti, familiari e operatori, valutazione dell'appropriatezza degli interventi e dei loro costi.

12. Il DSM ha promosso progetti di ricerca quando ha coordinato la pianificazione, l'esecuzione e la divulgazione dei risultati di essi.

Per trial farmacologico si intende uno studio clinico controllato che prevede la procedura di randomizzazione dei soggetti inseriti nello studio e i differenti livelli di cecità necessari per garantire l'indipendenza della valutazione degli esiti.

Per altri studi non farmacologici si intendono progetti del tipo di valutazione dei servizi e altri studi epidemiologici.

13. Il DSM ha partecipato quando ha preso parte a progetti di ricerca pianificati e coordinati da altri Servizi o da altri soggetti (Aziende, Enti di ricerca, ecc).

## ***SCHEDA CSM***

La scheda CSM è stata predisposta per essere compilata nel corso di una intervista telefonica con il Responsabile o Referente Operativo del Centro di Salute Mentale. **Tuttavia è fortemente raccomandato di far pervenire copia (per posta **PRIORITARIA** o per fax) della scheda al Responsabile del Servizio **PRIMA** dell'eventuale compilazione guidata nel corso di una o più interviste telefoniche, così che egli possa averla davanti a sé nel corso dell'intervista stessa.**

Può ovviamente essere somministrata nel corso di una visita in loco effettuata dall'AR presso il singolo CSM.

**Tutte le informazioni relative alle varie voci si riferiscono al giorno della valutazione (eccetto quelle in cui è indicato un periodo di riferimento differente).**

Nella compilazione fare attenzione alle seguenti modalità:

1. tutte le **caselle "chiuse"** di questo tipo ①, devono essere barrate con una croce ben evidente: ⊗
2. tutte le **caselle "aperte"** di questo tipo |\_|\_|\_|, devono riportare all'interno della casella, scritto in modo chiaro ed evidente, il/i numero/i relativi alla domanda formulata. Se non è possibile reperire il dato inserire "9" in ogni casella. Es. |\_9\_|\_9\_|\_9\_|

---

## INFORMAZIONI GENERALI

---

1.1 La data di compilazione fa riferimento al giorno di rilevazione dei dati.

1.2 Il codice richiesto è composto da:

- REG: **numero Regione** (due cifre), attribuito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma dal SIS (Sistema Informativo Sanitario) del Ministero della Sanità.
- DSM: **numero DSM** (due cifre), che è un numero di riconoscimento del DSM nella regione. Il ricercatore assegnerà in ordine crescente ad ogni DSM un codice a partire da 01 (esempio: al primo DSM considerato in Piemonte attribuiremo il codice 01\_01).
- CSM: **numero CSM** (due cifre), che è un numero di riconoscimento del CSM nel DSM. Il ricercatore assegnerà in ordine crescente ad ogni CSM un codice a partire da 01 (esempio: al terzo CSM considerato in Piemonte nel DSM 5 attribuiremo il codice 01\_05\_03).

1.4 Per anno di apertura si intende l'inizio di attività del CSM indipendentemente da eventuali cambi di sede.

1.5 Indicare il numero di abitanti dell'area di competenza del CSM. Per area di competenza si intende l'area geografica servita da un determinato CSM (questa informazione è rilevante anche per la successiva compilazione della scheda socio demografica da parte del Centro Studi e Ricerche in Psichiatria).

1.6 Il CSM è collocato in AREA URBANA se:

- la sua area geografica di riferimento è una porzione di un comune con popolazione superiore a 40.000 abitanti (es. CSM in aree metropolitane);
- all'interno della sua area geografica è presente almeno un comune con una popolazione superiore a 40.000 abitanti.

In tutti gli altri casi il CSM è collocato in AREA EXTRA-URBANA.

---

## STRUTTURA DEL CSM

---

2.1 Per altre sedi di lavoro ambulatoriale (ambulatorio decentrato, o sede periferica), si intende una struttura (o parte di una struttura) differente dalla sede principale del CSM, in cui si svolge prevalentemente attività ambulatoriale, con orario d'apertura limitato ad alcune ore e/o giorni della settimana.

---

## PERSONALE E ATTIVITA'

---

3.1 Indicare nella tabella il numero di operatori e le ore settimanali impiegate indicando se strutturati come dipendenti, convenzionati o tirocinanti. Mettere zero (0) se non vi sono operatori con una data qualifica.

Nel conteggio delle ore settimanali non includere quelle di straordinario e quelle di reperibilità.

Per i **MEDICI** distinguere tra quelli con specialità in psichiatria e quelli con una specialità diversa (neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, neurologia, ecc..) specificando poi in questo secondo caso di quali specialità si tratti nella nota collocata dopo la tabella.

Per gli **INFERMIERI** indicare nel conteggio tutti gli infermieri (compresi coloro che pur non avendo il titolo di infermiere professionale sono equiparati ad essi).

**OTA/OSS** (Operatore Tecnico di Assistenza/Operatore Socio Sanitario) = Figura professionale di personale non infermieristico, impiegato in Servizi Socio-Sanitari individuata con Decreto del Ministro della Sanità 26 luglio 1991, n.295.

**OSA** (Operatore Socio Assistenziale) = Figura professionale di personale non infermieristico, impiegato nei servizi socio-assistenziali domiciliari (SAD, ADI), semiresidenziali (CDI) e residenziali (RSA) in mansioni di assistenza diretta alle persone con autonomia limitata.

**ADEST** (Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari) = Figura professionale che attraverso una specifica preparazione professionale di tipo teorico-pratico, fornisce prestazioni integrative delle cure familiari attraverso attività di aiuto domestico, di assistenza diretta alla persona, di aiuto nella vita di relazione, di prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, qualora esse siano complementari alle attività socio-assistenziali, in collaborazione con i Servizi Sanitari.

3.2 Vengono considerati volontari tutti coloro che frequentano il CSM prendendo parte regolarmente ad alcune delle attività del CSM senza che la loro

partecipazione a queste attività sia legata a contratti lavorativi o di formazione (compresi educatori, infermieri, psicologi privi di un contratto di tirocinio).

3.3 Per personale che presta servizio in altri servizi del DSM si intendono i medici del CSM che svolgono servizio regolarmente presso altre strutture del DSM oppure che svolgono turni presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale.

Come servizio in Pronto Soccorso s'intende sia la guardia attiva che la reperibilità.

---

## UTENTI IN CARICO ED UTILIZZAZIONE DEL SERVIZIO

---

4.1 Per **accesso vincolato** si intende l'obbligo di presentare l'impegnativa (richiesta di visita specialistica) del medico curante, oppure l'invio motivato da parte di un operatore sanitario, di un servizio ospedaliero, di un Pronto Soccorso, di una agenzia sociale o giudiziaria.

4.2 La scelta di far pagare un ticket per le prestazioni offerte dal CSM può derivare da un accordo tra il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale ed i dirigenti dell'ASL, in conformità con le norme regionali.

Le categorie di esenzione al ticket sono stabilite da decreto ministeriale.

Per accesso al Servizio non si intende solamente la prima visita, si deve perciò rispondere **si** anche nel caso in cui per la prima visita non sia richiesto il pagamento di un ticket.

4.3 Per lista d'attesa si intende il tempo che intercorre tra la richiesta di un primo colloquio e l'effettuazione concreta del primo colloquio stesso.

4.4 La risposta è "**si**" (ossia si dispone di una **procedura per la valutazione e la eventuale presa in carico di pazienti stranieri**) anche nel caso in cui il CSM coordini l'invio ad un altro **servizio competente** (per esempio ad un centro di mediazione culturale).

Per **servizio competente** si intende un Servizio sia del DSM sia del privato convenzionato/imprenditoriale, che offra ai cittadini stranieri una gamma integrata di interventi sia socio-assistenziali che sanitari.

4.5 Un paziente va considerato in trattamento attivo se ha ricevuto una qualsiasi forma di valutazione e/o di intervento da parte degli operatori del CSM nei mesi di marzo, aprile, maggio 2005. Per quanto riguarda i nuovi accessi vanno quindi

inseriti tra i pazienti in trattamento attivo tutti coloro che siano stati valutati almeno una volta nei mesi di marzo, aprile, maggio 2005, a prescindere dalla successiva decisione sulla prosecuzione dei contatti: anche nel caso in cui i contatti non siano proseguiti, il nuovo accesso negli ultimi tre mesi va comunque inserito.

#### 4.8 *raggruppamenti ICD-10:*

Area Psicotica: F20-F29 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti;

Disturbi dell'umore: F30-F39 Sindromi affettive

Disturbi d'ansia: F40-F48 Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi

Altro: F10-F19 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive;

F50-F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici;

F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto;

F70-F79 Ritardo mentale;

F80-F89 Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico;

F90-F98 Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza;

F99 Disturbi mentali non specificati altrove.

4.5-4.8 Il ricercatore deve accertarsi con il Responsabile del CSM sulla presenza di un sistema informativo, sulla qualità dei dati inseriti da tutti gli operatori del CSM nei mesi di marzo, aprile, maggio 2005 e sulla capacità del sistema informativo locale di rispondere a questi quesiti.

Qualora il sistema informativo informatizzato non esista o non presenti i requisiti di completezza o di efficienza necessari, va proposto al Responsabile del CSM di provvedere ad una raccolta dei dati necessari per la risposta a questi items con una scheda ad hoc. Per facilitare tale compito il ricercatore può offrire al Responsabile del CSM il modello di scheda allegato (scheda Trattamento Attivo).

*Si ritiene preferenziale che il ricercatore concordi con il Responsabile del CSM un incontro per la rivalutazione congiunta dei dati raccolti e per il ritiro della scheda qualora i dati raccolti siano completi. Durante tale incontro presso la sede del CSM il ricercatore dovrà verificare quale procedura il Responsabile del CSM ha seguito per la raccolta dei dati relativi a questi items. Eventuali anomalie nella procedura di raccolta di questi dati andranno discussi immediatamente per provvedere ad una eventuale integrazione o modifica dei dati raccolti.*

4.10 Il ricercatore deve accertarsi con il Responsabile del CSM sulla presenza di un sistema informativo informatizzato e sulla adeguatezza di tale sistema e degli operatori del CSM nel registrare tempestivamente tutti i nuovi accessi. Va



richiesto in modo diretto se esistono criteri di esclusione che giustifichino il mancato inserimento di un soggetto nella lista dei nuovi accessi.

Esempi: certificazioni una-tantum, rimando immediato al medico di medicina generale, consulenza senza necessità di valutazione successiva.

Qualora il sistema informativo informatizzato non esista o non presenti i requisiti di completezza o di efficienza necessari, va proposto al Responsabile del CSM di provvedere ad una raccolta dei dati necessari per la risposta a questi items con una scheda ad hoc. Per facilitare tale compito il ricercatore può offrire al Responsabile del CSM il modello di scheda allegato (scheda Nuovi Accessi).

*Si ritiene preferenziale che il ricercatore concordi con il Responsabile del CSM un incontro per la rivalutazione congiunta dei dati raccolti e per il ritiro della scheda qualora i dati raccolti siano completi. Durante tale incontro presso la sede del CSM il ricercatore dovrà verificare quale procedura il Responsabile del CSM ha seguito per la raccolta dei dati relativi a questo item. Eventuali anomalie nella procedura di raccolta di questi dati andranno discussi immediatamente per provvedere ad una eventuale integrazione o modifica dei dati raccolti.*

---

## ORGANIZZAZIONE

---

5.1 Per **riunioni organizzative programmate** si intendono incontri a cadenza regolare a cui partecipa la maggioranza o la totalità dell'equipe del CSM che abbiano come finalità prevalente la discussione di problemi organizzativi e la pianificazione delle attività dell'equipe nel suo complesso.

5.2 Per **riunione di discussione dei casi** si intendono incontri a cadenza regolare a cui partecipa la maggioranza degli operatori dell'equipe impegnati nelle attività cliniche che abbiano come finalità prevalente la valutazione preliminare e la discussione di casi clinici in funzione della necessità di formulare e monitorare il "programma terapeutico".

*Qualora la riunione organizzativa e quella di discussione casi coincidano si consiglia di rispondere in modo omogeneo ad entrambi gli items (5.1, 5.2).*

5.3 Per **attività di formazione** si intende la partecipazione a progetti diretti a produrre un miglioramento e/o un cambiamento della qualità organizzativa e professionale.

5.3.1 Per **Supervisioni esterne** si intendono incontri a cadenza regolare a cui partecipa la maggioranza degli operatori dell'equipe impegnati nelle attività

cliniche che abbiano come finalità prevalente la discussione sull'andamento del programma terapeutico di singoli casi con l'ausilio di un consulente esperto che non faccia parte del personale del DSM.

Qualora la supervisione venga condotta da un consulente interno al DSM si consiglia di rispondere "no" alla domanda specifica ma di segnalare a fianco la disponibilità della "supervisione interna".

---

## FUNZIONI DEL CSM

---

Le domande che seguono sono mirate a:

- verificare la presenza di funzioni diverse da quelle strettamente ambulatoriali nel CSM in esame. E' possibile infatti che, in funzione di necessità locali o di strategie organizzative complessive del DSM, al personale del CSM vengano affidate anche attività abitualmente svolte da altri Servizi del DSM,
- verificare la presenza e la qualità del coordinamento tra il CSM e le altre agenzie del DSM. Per valutare tale aspetto si è scelto di prendere in considerazione tre momenti chiave del rapporto tra il CSM e le altre agenzie del DSM: l'ammissione, il follow-up e la dimissione.

6.1.2 La risposta a queste domanda è "**si**"

- sia nel caso in cui nella sede del CSM si svolgano attività di tipo semiresidenziale, in alternativa ad un Centro Diurno non esistente o ad integrazione delle attività svolte da un Centro diurno esistente,
- sia nel caso in cui una parte del tempo lavoro di alcuni operatori del CSM sia impiegato presso la sede del Centro Diurno, assumendo che essa non coincida con quella del CSM.

La risposta è "**si a tutte**" solo nel caso in cui coincidano la sede del CSM e quella del Centro Diurno e nel caso in cui l'equipe sia sostanzialmente una sola.

6.2.2 La risposta a queste domanda è "**si**"

- sia nel caso in cui nella sede del CSM si svolgano attività di tipo Day Hospital, in alternativa ad un Day Hospital non esistente o ad integrazione delle attività svolte da un Day Hospital esistente,
- sia nel caso in cui una parte del tempo lavoro di alcuni operatori del CSM sia impiegato presso la sede del Day Hospital, assumendo che essa non coincida con quella del CSM.

La risposta è "**si a tutte**" solo nel caso in cui coincidano la sede del CSM e quella del Day Hospital e nel caso in cui l'equipe sia sostanzialmente una sola.

6.3.2 La risposta a queste domanda è "**si**"

- sia nel caso in cui nella sede del CSM i pazienti possano usufruire di attività tipo residenziali, in alternativa a strutture residenziali non esistenti o ad integrazione delle attività svolte dalle strutture residenziali esistenti ,
- sia nel caso in cui una parte del tempo lavoro di alcuni operatori del CSM sia impiegato presso la sede di strutture residenziali, assumendo che essa non coincida con quella del CSM.

La risposta è "**si a tutte**" solo nel caso in cui all'interno del CSM sono presenti posti letto residenziali e nel caso in cui l'equipe che se ne occupa coincida sostanzialmente con quella del CSM.

6.4.2 La risposta a queste domanda è "**si**"

- sia nel caso in cui nella sede del CSM siano disponibili posti letto per acuti , in alternativa ad un SPDC non esistente o ad integrazione delle attività svolte da un SPDC esistente,
- sia nel caso in cui una parte del tempo lavoro di alcuni operatori del CSM sia impiegato presso la sede dell' SPDC, assumendo che essa non coincida con quella del CSM.

La risposta è "**si a tutte**" solo nel caso in cui all'interno del CSM sono presenti posti letto per acuti e nel caso in cui l'equipe che se ne occupa coincida sostanzialmente con quella del CSM.

6.5-6.8 Questa parte della scheda è diretta a valutare il livello e le modalità di integrazione del CSM con quei Servizi, interni o esterni al DSM, che si dedicano in modo prevalente alla ricerca di soluzioni adeguate a problemi specifici.

I problemi specifici presi in considerazione dalla scheda sono i seguenti:

- inserimento e reinserimento lavorativo, tutela del posto di lavoro attuale;
- ricerca o mantenimento in condizioni accettabili di una abitazione autonoma;
- valutazione e trattamento di patologie internistiche o chirurgiche che richiedono il coinvolgimento del medico di medicina generale e di altri specialisti;
- mantenimento e sviluppo delle relazioni sociali, prevalentemente al di fuori del contesto familiare di origine.

Le risposte previste vanno scelte in base a questi parametri:

La risposta è ① in tutti i casi in cui ci si limiti a fornire al paziente l'indirizzo e/o il numero di telefono del Servizio competente lasciando a lui/lei la decisione e la responsabilità di attivare tale contatto.

La risposta è ② in tutti i casi in cui il personale del CSM provveda direttamente a stabilire un contatto con il Servizio competente fissando un appuntamento per il paziente o indicandogli una persona del Servizio competente da contattare. Il ruolo del CSM termina qui senza ulteriori verifiche sull'esito del contatto così stabilito.

La risposta è ③ in tutti i casi in cui uno o più operatori del CSM, dopo aver favorito il primo contatto tra il paziente ed il Servizio competente svolgano una funzione attiva di verifica della soddisfazione espressa dal paziente rispetto a quanto offerto dal Servizio competente. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, gli operatori del CSM prendono contatto con il Servizio competente per risolvere eventuali conflitti o dubbi o per far riprendere i contatti qualora questi vengano interrotti.

6.9 La risposta è ① in tutti i casi in cui ci si limiti ad indirizzare il paziente al medico di medicina generale per fare l'impegnativa al ricovero in casa di cura neuropsichiatrica, lasciando a lui/lei la decisione e la responsabilità di attivare tale contatto.

La risposta è ② in tutti i casi in cui il personale del CSM provveda direttamente a stabilire un contatto con la casa di cura neuropsichiatrica, fissando un appuntamento per il paziente o indicandogli una persona della casa di cura da contattare. Il ruolo del CSM termina qui senza ulteriori verifiche sull'esito del contatto così stabilito.

La risposta è ③ in tutti i casi in cui uno o più operatori del CSM, dopo aver favorito il primo contatto tra il paziente e la casa di cura neuropsichiatrica svolgano una funzione attiva di monitoraggio dell'andamento del ricovero, di verifica dei tempi di dimissione, di rivalutazione del soggetto dopo la dimissione.

6.10 Per programmi specifici si intendono quegli interventi promossi dal DSM nell'ambito della tutela in ogni sua forma della salute mentale dei cittadini.

E' obiettivo prioritario, in accordo con il piano sanitario nazionale, assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi, che presentano disabilità tali da comprometterne l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, e che sono ad alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione. Ciò mediante la definizione e la realizzazione di progetti emancipativi che ne ricostruiscano il tessuto affettivo, relazionale e sociale, tramite

interventi integrati volti all'attivazione massima delle risorse personali, quantunque residuali.

## CONTATTI E RECAPITI

Centro Studi e Ricerche in Psichiatria	Telefono e fax e-mail	indirizzo
Carminc Munizza Giuseppe Tibaldi	011-852936 cmunizza@tin.it	Via Leoncavallo 2, 10154 Torino

ASSISTENTI DI RICERCA	Telefono	e-mail
Raffaella Borio	3492967656 011-852936	r.borio@tiscali.it
Luca Pinciaroli	3281511020 011-852936	lpincia@tiscali.it