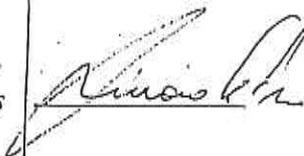


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 1 di 114

**DIREZIONE SANITARIA**

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
DTSPM <i>Dr Simone De Persis</i>		U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Dott.ssa Antonella Stefania Morgante 	Direzione Sanitaria Aziendale Dott. Angelo Barbato 
<p><i>Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.</i></p>			

**Gruppo di Lavoro PDTA - Disturbi Schizofrenici**

Dott.ssa Annarita Tomassini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Giulia Listanti (Psichiatra)  
 Dott. Arcangelo Curini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Anna Faraglia (Psicologa)  
 Dott.ssa Alessandra Martellucci (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott. Maurizio Lancia (Infermiere)  
 Dott.ssa Fabiola Formichetti (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott.ssa Rita Petrucci (Infermiere)  
 Dott.ssa Antonella Cherubini (Assistente Sociale)

**Gruppo di Lavoro PDTA - Disturbo Bipolare**

Dott.ssa Annarita Tomassini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Giulia Listanti (Psichiatra)  
 Dott. Arcangelo Curini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Anna Faraglia (Psicologa)  
 Dott.ssa Alessandra Martellucci (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott. Patrizia Micaloni (Infermiere)  
 Dott.ssa Fabiola Formichetti (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott. Antonio Fatucci (Infermiere)  
 Dott.ssa Antonella Cherubini (Assistente Sociale)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 2 di 114

**Gruppo di Lavoro PDTA - Disturbi Depressivi**

Dott.ssa Annarita Tomassini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Giulia Listanti (Psichiatra)  
 Dott. Arcangelo Curini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Anna Faraglia (Psicologa)  
 Dott.ssa Alessandra Martellucci (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott.ssa Patrizia Micaloni (Infermiere)  
 Dott.ssa Fabiola Formichetti (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott. Katia Baldi (Infermiere)  
 Dott.ssa Antonella Cherubini (Assistente Sociale)

**Gruppo di Lavoro PDTA - Disturbi Gravi di Personalità**

Dott.ssa Annarita Tomassini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Giulia Listanti (Psichiatra)  
 Dott. Fausto Tagliaferri (Psichiatra)  
 Dott. Arcangelo Curini (Psichiatra)  
 Dott.ssa Maria Pia Sebastiani (Psicologa)  
 Dott.ssa Anna Faraglia (Psicologa)  
 Dott.ssa Alessandra Martellucci (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott. Maurizio Lancia (Infermiere)  
 Dott.ssa Fabiola Formichetti (Coordinatrice Infermieristica)  
 Dott. Pierluigi Vecchi (Infermiere)  
 Dott.ssa Katia Corazza (Assistente Sociale)

**STATO DELLE REVISIONI**

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
14/12/2023	0	Emissione

 SISTMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 3 di 114

## INDICE

1. PREMESSA .....	4
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI .....	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	5
5. MODALITA' OPERATIVE .....	5
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	5
7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO.....	5
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO .....	5
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO .....	5
10. PARTE I: DISTURBI SCHIZOFRENICI.....	6
11. PARTE II: DISTURBI BIPOLARI.....	34
12. PARTE III: DISTURBI DEPRESSIVI MAGGIORI.....	60
13. PARTE IV: DISTURBI GRAVI DI PERSONALITA'.....	86
14. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	112

 SISTEMA SANITARIO REGIONALI ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 4 di 114

## 1. PREMESSA

I Disturbi Mentali Gravi (Disturbi Schizofrenici, Disturbi Bipolari, Disturbi Depressivi Maggiori e Disturbi Gravi di Personalità) rappresentano quadri clinici complessi che determinano importanti compromissioni del funzionamento personale e sociale ed impegnano circa due terzi delle risorse di budget dei servizi sanitari e sociosanitari. Per affrontare in maniera efficace le ripercussioni sia sui servizi che sull'utenza, il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, ha proposto una riorganizzazione dei servizi funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e dell'implementazione dei percorsi di cura.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è un modello clinico-organizzativo atto a governare i processi di cura. Si tratta di un percorso diagnostico e di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e di intervento di diversi profili professionali. Prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione di un "Case Manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti, oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con il mondo della scuola. I PDTA, insieme alle Linee Guida, rappresentano strumenti centrali del Governo Clinico, consentendo di definire e di valutare gli standard assistenziali Evidence Based appropriati per ogni singola realtà aziendale, di costruire un sistema di indicatori specifici e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata sulla base del monitoraggio degli indicatori e degli esiti. 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 si ottiene la contestualizzazione delle raccomandazioni delle Linee Guida relative a una patologia o problematica clinica all'interno di una specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili e le circostanze locali. Non da ultimo, i PDTA sono attualmente considerati modelli avanzati di riferimento per l'erogazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, in quanto intercettano positivamente sia gli aspetti dell'innovazione scientifico-organizzativo-tecnologica territoriale (supporti digitali, telemedicina, evoluzione delle tecnologie diagnostiche e delle evidenze scientifiche) sia il bisogno e le modalità di coinvolgimento e di interlocuzione continua con il mondo delle Associazioni, del terzo settore, delle famiglie e dei pazienti stessi.

## 2. SCOPO

Il presente documento rappresenta il PDTA per i raggruppamenti psicopatologici gravi, che comprendono:

- i Disturbi Schizofrenici
- i Disturbi Bipolari
- il Disturbo Depressivo
- i Disturbi Gravi di Personalità

i cui percorsi diagnostico-terapeutici sono caratterizzati da specifici e distinti aspetti di approccio clinico-terapeutico-riabilitativo e di interazione professionale, quindi come tali separatamente descritti ma integrati nella visione più generale dei disturbi mentali gravi.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Tutti gli operatori socio-sanitari aziendali che operano in tutti i Servizi afferenti al Dipartimento di Tutela e Promozione Salute Mentale (DTPSM), Associazioni dei Pazienti e di Volontariato, altri stakeholders interessati, pazienti, caregivers, familiari.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 5 di 114

#### 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

PANSM: Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale  
 DB: Disturbi Bipolari  
 DS: Disturbi schizofrenici  
 DM: Disturbi Depressivi Maggiori  
 DP: Disturbi di Personalità  
 PTI: Progetto Terapeutico Individualizzato

#### 5. MODALITA' OPERATIVE

Il presente PTDA si configura come percorso ottimale e fornisce standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi, basati sulle evidenze e sulle raccomandazioni delle linee guida accreditate dalla comunità scientifica e come raccomandato dal PANSM.

E' suddiviso in quattro parti che rappresentano i quattro disturbi mentali definiti gravi. Ogni parte è suddivisa 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 (*stepped care*).

#### 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Le matrici di responsabilità sono riportate nelle singole parti e sono diverse per ogni fase di malattia.

#### 7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO

Il monitoraggio del seguente PTDA sarà effettuato attraverso Indicatori definiti dal PANMS come "principali" per ogni singola fase dei vari disturbi.

Al fine di perseguire il miglioramento continuo della qualità, con particolare riferimento alla qualità organizzativa e alla qualità dei processi, la valutazione degli indicatori sarà effettuata semestralmente e i risultati saranno restituiti alla comunità professionale, alla Direzione Aziendale e ai suoi organi di Staff, alle Associazioni, agli Stakeholders.

#### 8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato sull'intranet aziendale. Apposita comunicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management a tutti i Direttori/Responsabili UU.OO./Coordinatori/Posizioni Organizzative coinvolti, i quali sono tenuti alla sua diffusione a tutti gli operatori interessati, con richiesta di presa visione della stessa mediante raccolta delle firme attraverso il modulo "lista di distribuzione".

Copia di tale modulo firmato, il cui originale che andrà conservato presso la U.O. a cura del Coordinatore/Coordinatrice, deve essere trasmesso alla segreteria della U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing.

I Direttori/Responsabili, i Referenti e i Facilitatori della Qualità e Rischio Clinico provvederanno alla formazione del personale sul presente documento, lasciandone evidenza agli atti interni.

#### 9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento avviene con periodicità stabilita di tre anni e sarà aggiornata anche anticipatamente in base a nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica, ad eventuali nuovi riferimenti legislativi e successivamente a intervenute modifiche dell'articolazione organizzativa aziendale all'interno del DTPSM.

L'aggiornamento è cura del GdL.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 6 di 114

## PARTE I: I DISTURBI SCHIZOFRENICI

### 1. Introduzione

I Disturbi Schizofrenici (in seguito DS) sono un importante problema di salute pubblica: secondo i dati del Global Burden of Disease 2010, si situano in 30° posizione in termini di DALYs (una misura che combina gli anni di vita persi a causa di una morte prematura insieme con gli anni di vita vissuti in stato di disabilità) e al 18° posto in termini di YLDs (anni vissuti con disabilità) <sup>1 2</sup>. In Italia nel 2022 la prevalenza trattata è stata pari a 32,7 per 10.000 abitanti di età superiore ai 17 anni <sup>3</sup>. Essi rappresentano circa 20% dell'utenza a livello dei Centri di Salute Mentale e il 34% dei pazienti ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Secondo dei dati della Regione Lombardia, i pazienti schizofrenici hanno ricevuto nei servizi di salute mentale il 45% degli interventi in CSM, il 40% delle giornate di degenza in ospedale generale, il 63% delle presenze semiresidenziali in Centro Diurno ed il 64% delle giornate di degenza in Strutture Residenziali, assorbendo più della metà delle risorse dei servizi <sup>4</sup>. L'impegno relativo a tali disturbi è destinato ad aumentare se consideriamo che il treatment gap, ovvero la percentuale di soggetti che, pur avendo un disturbo schizofrenico, non sono in contatto con i DSM, che in Italia è pari al 39% (più di una persona su tre), nonostante il bisogno, non riceve alcun trattamento nell'anno nei servizi specialistici <sup>2</sup>.

### 2. Inquadramento diagnostico

Le raccomandazioni contenute nel percorso di cura relativo ai DS si applicano ai codici diagnostici delle Classificazioni Internazionali delle Malattie dell'OMS (ICD) 9 e 10 <sup>5 6</sup> riportati in Tabella 1.

Tabella 1. Criteri ICD-9CM e IDC-10 per i Disturbi Schizofrenici <sup>5 6</sup>.

ICD – 9 CM	ICD – 10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 295.X (psicosi schizofreniche)</li> <li>• 297.X (psicosi paranoide)</li> <li>• 298.1 (altre psicosi non organiche tipo agitato)</li> <li>• 298.2 (confusione reattiva)</li> <li>• 298.3 (reazione paranoide acuta)</li> <li>• 298.4 (psicosi paranoide psicogena)</li> <li>• 298.8 (altre e non specificate psicosi reattive)</li> <li>• 298.9 (psicosi non specificata)</li> </ul>	<p><i>L'intero gruppo diagnostico F2X.XX (schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F20 (schizofrenia)</li> <li>• F21 (sindrome schizotipica)</li> <li>• F22 (sindromi deliranti persistenti)</li> <li>• F23 (sindromi psicotiche acute e transitorie)</li> <li>• F24 (sindrome delirante indotta)</li> <li>• F25 (sindrome schizoaffettivo)</li> <li>• F28 (altre sindromi psicotiche non organiche)</li> <li>• F29 (psicosi non organica non specificata)</li> </ul>

### 3. Fase "Presenza in carico Precoce".

Sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed il cui primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni <sup>2</sup>.

La qualità della cura nel trattamento dei pazienti con DS non è omogenea, come emerge sia dalla letteratura internazionale che da dati nazionali <sup>7</sup>. Vi è quindi necessità di implementare precorsi di cura appropriati e monitorarli regolarmente in considerazione del fatto che circa la metà dell'attività dei DSM è erogata nei confronti di questi pazienti.

La letteratura nazionale ed internazionale pone l'accento sul ritardo con cui i pazienti giovani con disturbo schizofrenico accedono per la prima volta ai Dipartimenti di Salute Mentale: in Lombardia l'età media di contatto con il DSM (27,8 anni) è più elevata dell'età di esordio indicata dalla

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 7 di 114

letteratura, mentre la durata della psicosi non trattata varia tra i 20 ed i 30 mesi <sup>8</sup>. Ambedue questi dati indicano come l'accessibilità vada migliorata nei confronti di questa utenza.

L'intensità degli interventi territoriali rivolti a pazienti e familiari e la loro continuità rappresenta un ulteriore elemento critico per il successo del trattamento nei pazienti all'esordio. In Lombardia in termini di intensità ogni paziente riceve in media 2.6 interventi al mese, mentre il numero medio di interventi al mese rivolti ai familiari risulta essere nettamente inferiore circa la metà (1.3) <sup>7 8</sup>. In termini di continuità il 60% ha almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni che seguono al primo contatto nell'anno <sup>7 8</sup>.

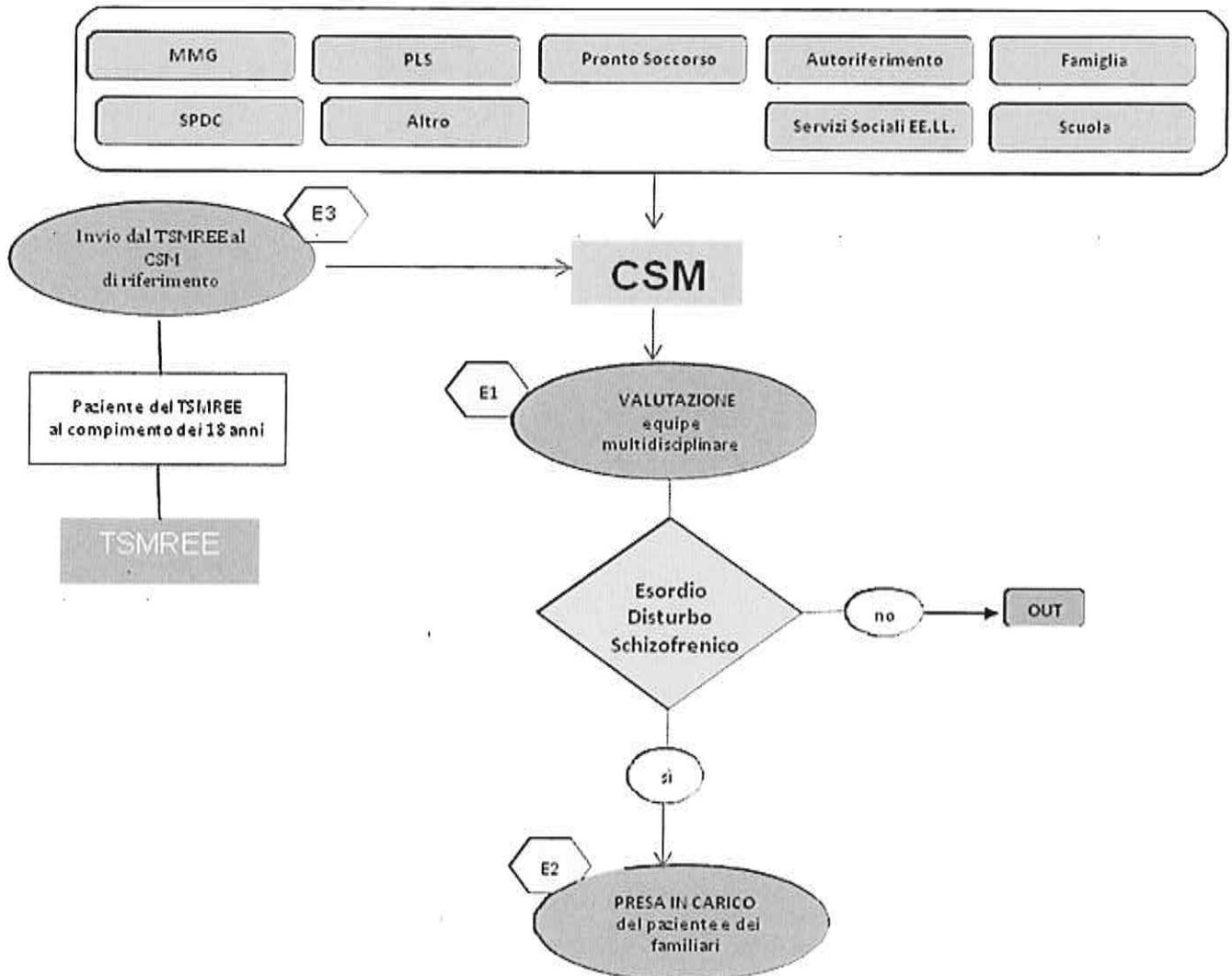
Il riferimento per la strutturazione di un percorso di cura precoce per i DS sono le Linee Guida del Ministero della Salute sugli *interventi precoci nella schizofrenia*, pubblicate nel 2007 <sup>9</sup>. Queste linee guida raccomandano un percorso caratterizzato da un approccio multidisciplinare. Nonostante le raccomandazioni delle linee guida insistano sul fatto che nei pazienti all'esordio sulla necessità di proseguire il trattamento antipsicotico almeno 1 anno dopo l'episodio acuto, raramente i pazienti al primo contatto ricevono e assumono un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici (solo 1 paziente su 6 è ancora in trattamento dopo 90 giorni dall'episodio) <sup>9</sup>.

Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di presa in carico precoce dei DS fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 2) <sup>2</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

**Tabella 2. Raccomandazioni PANMS per la presa in carico precoce dei Disturbi Schizofrenici (DS)**  
2

1. La presa in carico precoce è garantita, innanzitutto, dalla presenza strutturata di programmi atti a facilitare l'accessibilità al dipartimento di salute mentale dei giovani pazienti con disturbi psichici e stati mentali a rischio, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. A tal fine, devono essere attivati progetti di collaborazione tra DSM, servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, medici di medicina generale, altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, e le agenzie del territorio pubbliche o private.
2. La presa in carico del paziente con DS all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale
3. Durante i primi contatti con il DSM il paziente riceve una completa valutazione multi professionale dei suoi problemi clinici e psicosociali; è indicato che venga valutata anche la famiglia sotto il profilo dei bisogni e del carico familiare.
4. Formulata la diagnosi di DS ed effettuata la valutazione del funzionamento personale e sociale, il Centro di Salute Mentale attiva per il paziente ed i suoi familiari interventi di natura multi professionale con il coinvolgimento nel trattamento non solo dello psichiatra, ma anche di altre figure professionali (psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere ed educatore). Tale attività viene effettuata non solo nella sede del CSM ma anche nel contesto di vita del paziente.
5. 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.
6. Il paziente all'esordio riceve un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici con dosaggio e durata del trattamento adeguati alla stabilizzazione del quadro clinico, monitorando in modo attento la sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici, sia all'inizio del trattamento che nei mesi seguenti.

**Flow-chart della Fase “presa in carico precoce” del PDTA per i DS**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 9 di 114

### 3.1 Matrice di Responsabilità

#### 3.1.1 "E1": Accesso al CSM e Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata

Il paziente accede al Centro di Salute Mentale (CSM) in autopresentazione o su invio proposto dalla UOS Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE), dalla famiglia, dal Pronto Soccorso, dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Servizi Sociali dell'Ente locale di appartenenza o dalla Scuola.

Il primo accesso coincide con l'inizio della Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata a cura delle equipe di riferimento (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione).

La valutazione diagnostica dovrà essere completata entro quindici giorni dal primo contatto.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra che accoglie il paziente effettua colloquio clinico, richiede gli esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica, funzionalità renale, glicemia, assetto lipidico, funzionalità tiroidea, drug test), ECG e quanto ritenuto necessario. Attiva, quindi, il PDTA DS programmando la visita Psicologica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo effettua colloquio clinico, somministra test di personalità (MMPI-2) ed altre valutazioni psicometriche se ritenute necessarie. Se trattasi di primo contatto con il paziente attiva il PDTA DS programmando la visita Psichiatrica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	-L'Assistente Sociale, a seguito dell'invio dello Psichiatra effettua Valutazione Socio-Ambientale, con focus particolare sulla Valutazione Familiare. -L'Infermiere al triage effettua la valutazione dei bisogni del paziente attraverso la somministrazione della Scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, il ricovero. Visita psicologica e somministrazione MMPI 2 Somministrazione della Scala HoNOS Valutazione Socio-Ambientale, con focus particolare sulla Valutazione Familiare
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	A cura del Medico, solo se ritenuto opportuno ed in base alle condizioni del paziente.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Valutazione entro 15 giorni dal primo contatto con l'obiettivo di riconoscere precocemente un DS all'esordio
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 10 di 114

### 3.1.2 "E2": Presa in carico del paziente e dei familiari

Una volta formulata diagnosi di DS all'esordio il paziente ed i suoi familiari vengono presi in carico dal CSM attraverso l'elaborazione di un PTI in cui l'equipe multidisciplinare di riferimento identifica il *Case Manager*.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• Programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua intervento di Social Skill Training</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <i>L'Infermiere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• collabora con le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento farmacologico Intervento psicoterapeutico individuale e/o di gruppo Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Social Skill Training Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase acuta e di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 11 di 114

### 3.1.3 "E3": Passaggio dal TSMREE al CSM per i pazienti con DS all'esordio che compiono 18 anni

Vedi PTDA "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITA' DI CURA DALL'ETÀ EVOLUTIVA ALL'ETÀ ADULTA"

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 12 di 114

### 3.2 Indicatori di qualità del PDTA per la fase di presa in carico precoce

#### 3.2.1 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con DS all'esordio.

<b>Misura</b>	Media di interventi/contatti annuali
<b>Note</b>	<p>Per tutti i pazienti con almeno un contatto nel periodo viene valutata la media del numero medio di contatti dei singoli pazienti che viene calcolato dividendo i contatti complessivi per i numeri di mesi di presa in carico:</p> <p style="text-align: center;"><u>Numero Medio Contatti per singolo pz:</u></p> <p style="text-align: center;">Somma del Num. Contatti per singolo mese/Numero mesi di presa in carico</p> <p style="text-align: center;">Esempio: M.F. (3 mesi di presa in carico con in totale 12 contatti) <math>12/3=4</math> contatti</p> <p style="text-align: center;">C.R. (4 mesi di presa in carico con in totale 8 contatti) <math>8/4=2</math> contatti</p>
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

#### 3.2.2 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con DS all'esordio.

<b>Misura</b>	Media di interventi/contatti annuali
<b>Note</b>	<p>Per tutti i pazienti con almeno un contatto nel periodo viene calcolata la media del numero medio di contatti familiari dei singoli pazienti che viene calcolato dividendo i contatti complessivi per i numeri di mesi di presa in carico:</p> <p style="text-align: center;"><u>Numero Medio Contatti Familiari per singolo pz:</u></p> <p style="text-align: center;">Somma del Num. Contatti per singolo mese/ Numero dei mesi</p> <p style="text-align: center;">Esempio: M.F. (3 mesi di presa in carico con in totale 12 contatti) <math>12/3=4</math> contatti</p> <p style="text-align: center;">C.R. (4 mesi di presa in carico con in totale 8 contatti) <math>8/4=2</math> contatti</p>
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 13 di 114

### 3.2.3 Attività multiprofessionale per i pazienti con DS all'esordio.

<b>Misura</b>	Rapporto (percentuale) tra il <i>numero</i> di pazienti con DS all'esordio in contatto oltre che con lo psichiatra anche con altre figure professionali (Psicologo, Assistente sociale, Infermiere e TeRP e il <i>numero</i> di pazienti con DS all'esordio in carico al CSM
<b>Note</b>	
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

### 3.2.4 Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con DS all'esordio.

<b>Misura</b>	Rapporto (percentuale) tra il <i>numero</i> di pazienti che ricevono almeno 4 sedute di incontri psicoeducativi e il <i>numero</i> di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Note</b>	Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 14 di 114

#### 4. Fase Acuta

Sono considerati pazienti in fase acuta sia quelli già in carico al CSM sia quelli non in carico che presentino uno scompenso psicopatologico.

Il trattamento della fase acuta può essere effettuato sia a livello territoriale che in regime ospedaliero in base alla gravità sintomatologica, alla collaborazione del paziente, alle condizioni socio-ambientali ed al contesto familiare.

Il trattamento a livello territoriale può essere strutturato in caso di uno scompenso di lieve-media entità in assenza di gravi problematiche comportamentali, buona *compliance* con la terapia farmacologica, situazioni socio-ambientali e familiari favorevoli (ad es., adeguato supporto familiare o efficiente rete sociale, agevole accesso ai servizi). Il trattamento dovrebbe prevedere un intervento multidisciplinare intensivo con almeno un contatto psichiatrico a settimana nel primo mese e l'elaborazione di un PTI che può includere colloqui psicologici di sostegno e/o psicoterapia, visite domiciliari programmate da parte del personale infermieristico e/o assistente sociale e intervento psicosociale in base alle esigenze cliniche. Nel PTI può essere contemplato l'inserimento semiresidenziale (ad es., Centro Diurno) o trattamento congiunto (CSM-SPDC) in regime di Day-Hospital. Nel caso in cui il paziente non si presentasse al controllo programmato verrà contattato direttamente o tramite i familiari e/o il Medico di Medicina Generale per gli opportuni chiarimenti e la ridefinizione del programma terapeutico-assistenziale.

Il ricovero presso il SPDC è indicato quando sono presenti un grave scompenso psicopatologico con sintomi psicotici e gravi alterazioni comportamentali, non *compliance* con la terapia farmacologica, situazioni socio-ambientali e familiari non compatibili al trattamento territoriale/domiciliare (ad es., paziente senza supporto familiare o scarsa rete sociale, difficoltà logistiche che non permettono un agevole accesso ai servizi). Il ricovero può essere effettuato sia in regime volontario che in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

Il DTSPM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase acuta DS fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 3)<sup>2</sup>. In relazione al trattamento psicofarmacologico si fa riferimento alle Linee Guida NICE<sup>10</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

Tabella 3. Raccomandazioni PANMS per la fase acuta dei Disturbi Schizofrenici (DS)<sup>2</sup>

<p>1. Il paziente con episodio acuto può venire trattato in differenti setting a seconda della configurazione del servizio: oltre che in SPDC, anche a livello territoriale e domiciliare nel CSM ed a livello semiresidenziale e residenziale nei Centri Diurni e nelle Strutture Residenziali.</p>
<p>2. 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.</p>
<p>3. 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.</p>
<p>4. Nei pazienti con schizofrenia resistente viene impostato un trattamento con clozapina mentre è preferibile un trattamento con farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> per i pazienti con ricadute frequenti e/o che esprimono una preferenza per tale tipo di trattamento, con dosaggi, frequenza delle somministrazioni e dei controlli clinici adeguati.</p>
<p>5. Al momento della dimissione dal SPDC, 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.</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023  Pag. 15 di 114

**Tabella 4. Linee Guida NICE-Intervento psicofarmacologico per la fase acuta dei Disturbi Schizofrenici <sup>10</sup>**

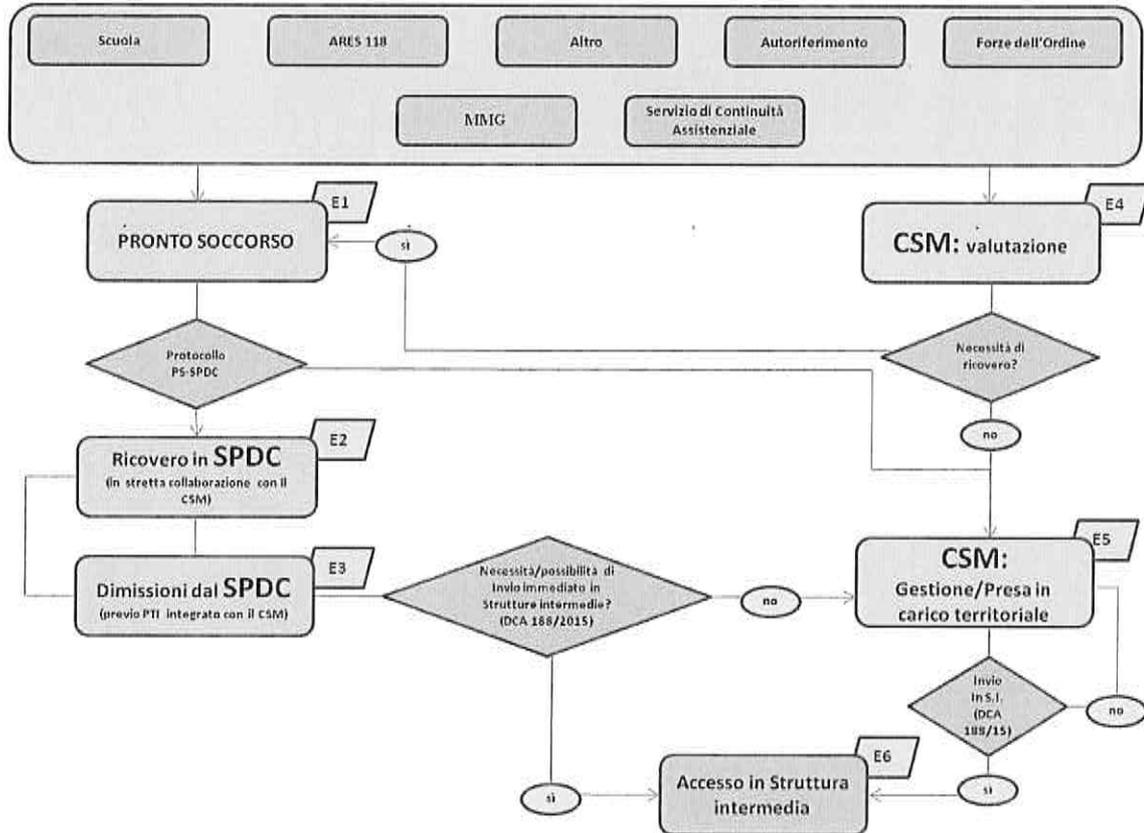
<b>Stato di agitazione</b> <b>e</b>	<p><b>TRANQUILLIZZAZIONE RAPIDA</b></p> <p>La tranquillizzazione rapida in questa linea guida si riferisce all'uso di farmaci per via parenterale (solitamente intramuscolare o, eccezionalmente, endovenosa) se la terapia orale non è possibile o appropriata ed è necessaria una sedazione urgente con farmaci.</p> <p>1. Utilizzare lorazepam (<i>altra Benzodiazepina</i>, <i>BDZ</i>) intramuscolare da solo o aloperidolo intramuscolare combinato con prometazina intramuscolare per una rapida tranquillizzazione negli adulti. Quando si decide quale farmaco utilizzare, tenere in considerazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le preferenze dell'utente del servizio o dichiarazioni e decisioni <u>anticipate</u></li> <li>• problemi di salute fisica preesistenti o gravidanza</li> <li>• possibile intossicazione</li> <li>• precedente risposta a questi farmaci, compresi gli effetti avversi</li> <li>• potenziale di interazioni con altri farmaci</li> <li>• la dose totale giornaliera dei farmaci prescritti e somministrati.</li> </ul> <p>2. Se non ci sono informazioni sufficienti per guidare la scelta del farmaco per una tranquillizzazione rapida, o se l'utente del servizio non ha mai assunto farmaci antipsicotici in precedenza, utilizzare lorazepam (altra BDZ) per via intramuscolare.</p> <p>3. Se vi è evidenza di malattia cardiovascolare, incluso un intervallo QT prolungato, o non è stato eseguito alcun elettrocardiogramma, evitare l'aloiperidolo intramuscolare combinato con prometazina intramuscolare e utilizzare invece lorazepam (altra BDZ) intramuscolare.</p> <p>4. Se si riscontra una risposta parziale al lorazepam (altra BDZ) intramuscolare, prendere in considerazione una dose ulteriore.</p> <p>5. Se non c'è risposta al lorazepam (altra BDZ) intramuscolare, prendere in considerazione l'aloiperidolo intramuscolare combinato con prometazina intramuscolare.</p> <p>6. Se si verifica una risposta parziale all'aloiperidolo intramuscolare combinato con prometazina intramuscolare, prendere in considerazione una dose ulteriore.</p> <p>7. Se non c'è risposta all'aloiperidolo intramuscolare combinato con prometazina intramuscolare, prendere in considerazione il lorazepam (altra BDZ) intramuscolare se non è già stato utilizzato durante questo episodio. Se è già stato utilizzato il lorazepam (altra BDZ) intramuscolare, organizzare una riunione urgente del team per effettuare una revisione e chiedere una seconda opinione, se necessario.</p> <p>8. Quando si prescrivono farmaci da utilizzare come tranquillante rapido, scrivere la prescrizione iniziale come dose singola e non ripeterla fino a quando non sia stato valutato l'effetto della dose iniziale.</p> <p>9. Dopo una rapida tranquillizzazione, monitorare almeno ogni ora gli effetti collaterali e il polso, la pressione sanguigna, la frequenza respiratoria, la temperatura, il livello di idratazione e il livello di coscienza dell'utente del servizio fino a quando non ci sono più preoccupazioni circa il suo stato di salute fisica. Monitorare ogni 15 minuti se la dose massima è stata superata o se l'utente del servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sembra addormentato o sedato</li> <li>• ha assunto droghe illecite o alcol</li> <li>• ha un problema di salute fisica preesistente</li> <li>• ha subito alcun danno a seguito di un intervento restrittivo.</li> </ul> <p>* N.B.: Non essendo, al momento, presente sul territorio nazionale (come da Nota AIFA del 16 aprile 2021) il Lorazepam si utilizza l'altra BDZ.</p> <p>Non presente nelle LG NICE l'utilizzo di Aripiprazolo soluzione iniettabile indicato per il controllo rapido di agitazione e disturbi del comportamento in pazienti con schizofrenia, quando la terapia orale non è appropriata, pazienti con agitazione e disturbi del comportamento (AIFA, Determinazione/C 203/2008). (<u><a href="#">GU Serie Generale n.106 del 07-05-2008</a></u>)</p> <p><b>CONTENZIONE MECCANICA</b></p> <p>Le organizzazioni che forniscono assistenza sanitaria e sociale dovrebbero garantire che la contenzione meccanica negli adulti sia utilizzata solo in contesti ad alta sicurezza.</p> <p>Le indicazioni relative alla Contenzione Meccanica sono riportate nell'Istruzione operativa a riguardo (<u><a href="https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Documenti/Dipartimenti/Dipartimento_funzioni_amministrative_e_di_staff/Funzioni_di_staff/U.O.C._Risk_Management/Istruzioni_operative_per_le_contenzioni_meccaniche_in_SPDC.pdf">https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Documenti/Dipartimenti/Dipartimento_funzioni_amministrative_e_di_staff/Funzioni_di_staff/U.O.C._Risk_Management/Istruzioni_operative_per_le_contenzioni_meccaniche_in_SPDC.pdf</a></u>)</p>
<b>Scelta del</b>	<p>La scelta del farmaco antipsicotico dovrebbe essere effettuata congiuntamente dall'utente del servizio e dall'operatore sanitario, tenendo conto del punto di vista del caregiver se l'utente del servizio fornisce il consenso. Fornire informazioni e discutere i probabili benefici e i</p>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>

<p><b>farmaco antipsicotico</b></p>	<p>possibili effetti collaterali di ciascun farmaco, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• metabolico (incluso aumento di peso e diabete)</li> <li>• extrapiramidali (comprese acatisia, discinesia e distonia)</li> <li>• cardiovascolare (compreso il prolungamento dell'intervallo QT)</li> <li>• ormonali (incluso l'aumento della prolattina plasmatica)</li> <li>• altro (comprese le esperienze soggettive spiacevoli)</li> </ul>
<p><b>Come usare i farmaci antipsicotici</b></p>	<p>1.3.6.1 Prima di iniziare la terapia antipsicotica, effettuare e registrare le seguenti indagini di base:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peso (tracciato su un grafico)</li> <li>• girovita</li> <li>• polso e pressione sanguigna</li> <li>• glicemia a digiuno o emoglobina glicosilata (HbA1c)</li> <li>• profilo lipidico nel sangue e livelli di prolattina</li> <li>• valutazione di eventuali disturbi del movimento</li> <li>• valutazione dello stato nutrizionale, della dieta e del livello di attività fisica. [2014]</li> </ul> <p>1.3.6.2 Prima di iniziare i farmaci antipsicotici, prescrivere un elettrocardiogramma (ECG) se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• specificato nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (SPC)</li> <li>• un esame fisico ha identificato un rischio cardiovascolare specifico (come la diagnosi di ipertensione arteriosa)</li> <li>• c'è una storia personale di malattia cardiovascolare o</li> <li>• l'utente del servizio viene ricoverato come ricoverato. [2009]</li> </ul> <p>1.3.6.3 Il trattamento con farmaci antipsicotici deve essere considerato un esplicito trial terapeutico individuale che include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutere e registrare gli effetti collaterali che la persona è più disposta a tollerare.</li> <li>• Registrare le indicazioni, i benefici e i rischi attesi dei farmaci antipsicotici orali e il tempo previsto per il cambiamento dei sintomi e la comparsa degli effetti collaterali.</li> <li>• All'inizio del trattamento, somministrare una dose pari al limite inferiore dell'intervallo autorizzato e titolare lentamente verso l'alto entro l'intervallo di dose indicato nel formulario nazionale britannico (BNF) o nell'SPC.</li> <li>• Giustificare e registrare le ragioni per i dosaggi al di fuori dell'intervallo indicato nella BNF o nell'SPC.</li> <li>• Registrare la motivazione per continuare, cambiare o interrompere la terapia e gli effetti di tali cambiamenti.</li> <li>• Effettuare una prova del farmaco al dosaggio ottimale per 4-6 settimane. [2009; modificato nel 2014]</li> </ul> <p>1.3.6.4 Monitorare e registrare regolarmente e sistematicamente quanto segue durante il trattamento, ma soprattutto durante la titolazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• risposta al trattamento, compresi i cambiamenti nei sintomi e nel comportamento</li> <li>• effetti collaterali del trattamento, tenendo conto della sovrapposizione tra alcuni effetti collaterali e caratteristiche cliniche della schizofrenia (ad esempio, la sovrapposizione tra acatisia e agitazione o ansia) e dell'impatto sul funzionamento</li> <li>• l'emergere di disturbi del movimento</li> <li>• peso, settimanale per le prime 6 settimane, poi a 12 settimane, a 1 anno e poi annualmente (tracciato su un grafico)</li> <li>• circonferenza vita annuale (tracciata su un grafico)</li> <li>• polso e pressione arteriosa a 12 settimane, a 1 anno e poi annualmente</li> <li>• glicemia a digiuno o HbA1c e livelli di lipidi nel sangue a 12 settimane, a 1 anno e poi annualmente</li> <li>• aderenza</li> <li>• salute fisica generale. [2014]</li> </ul> <p>1.3.6.5 Il team di assistenza secondaria dovrebbe mantenere la responsabilità di monitorare la salute fisica degli utenti del servizio e gli effetti dei farmaci antipsicotici per almeno i primi 12 mesi o finché le condizioni della persona non si sono stabilizzate, a seconda di quale periodo sia più lungo. Successivamente, la responsabilità di questo monitoraggio può essere trasferita alle cure primarie nell'ambito di accordi di assistenza condivisa. [2014]</p> <p>1.3.6.6 Discutere eventuali terapie non prescritte che l'utente del servizio desidera utilizzare (comprese le terapie complementari). Discutere la sicurezza e l'efficacia delle terapie e la possibile interferenza con gli effetti terapeutici dei farmaci prescritti e dei trattamenti psicologici. [2009]</p> <p>1.3.6.7 Discutere l'uso di alcol, tabacco, farmaci soggetti a prescrizione e non soggetti a prescrizione e droghe illecite con l'utente. Discutere la loro possibile interferenza con gli effetti terapeutici dei farmaci prescritti e dei trattamenti psicologici. [2009]</p> <p>1.3.6.8 Le prescrizioni di farmaci antipsicotici "al bisogno" (prn) dovrebbero essere effettuate come descritto nella <a href="#">raccomandazione 1.3.6.3</a>. Rivedere le indicazioni cliniche, la frequenza di somministrazione, i benefici terapeutici e gli effetti collaterali ogni settimana o secondo necessità. Verificare se le prescrizioni "prn" hanno portato ad un dosaggio superiore al massimo specificato nella BNF o nell'SPC. [2009]</p> <p>1.3.6.9 Non utilizzare una dose di carico di farmaci antipsicotici (spesso definita "neuroleptizzazione rapida"). [2009]</p> <p>1.3.6.10 Non iniziare una terapia antipsicotica combinata regolare, tranne che per brevi periodi (ad esempio, quando si cambia farmaco). [2009]</p> <p>1.3.6.11 Se si prescrive la clorpromazina, avvertire del suo potenziale di causare fotosensibilità cutanea. Consigliare l'uso della protezione solare se necessario.</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 17 di 114

### Flow-chart della Fase Acuta del PDTA per i Disturbi Schizofrenici



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 18 di 114

#### 4.1 Matrice di Responsabilità

##### 4.1.1 "E1": Accesso al Pronto Soccorso e attivazione Protocollo Pronto Soccorso-SPDC

Il paziente si reca presso il Pronto Soccorso (PS) del PO di Rieti in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della Scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti.

Al suo arrivo al PS viene valutata l'eventuale necessità di ricovero in SPDC in base al Protocollo vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo%20tra%20UOC%20Medicina%20e%20Chirurgia%20di%20Accettazione%20e%20D%20urgenza%20e%20UOC%20SPDC%20per%20la%20gestione%20di%20pazienti%20con%20disturbi%20psichiatrici%20o%20in%20stato%20di%20agitazione%20psico%20-%20motoria%20-%20alterazione%20dello%20stato%20mentale.pdf)).

Il paziente può essere inviato a ricovero anche da uno psichiatra del CSM seguendo il *percorso fast-track* definito dal suddetto protocollo.

##### 4.1.2 "E2": Ricovero in SPDC

Durante il ricovero in SPDC:

- viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali anche attraverso l'esecuzione degli esami ematochimici (compreso il dosaggio delle sostanze di abuso) ed elettrocardiogramma con valutazione specifica del Qtc;
- viene compilata la scala psicopatologica *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) sia al momento del ricovero che alla dimissione;
- 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 in base a quanto definito dalle Istruzioni Operative aziendali in corso ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Documenti/Dipartimenti/Dipartimento funzioni amministrative e di staff/Funzioni di staff/U.O.C. Risk Management/Istruzioni operative per le contenzioni meccaniche in SPDC.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Documenti/Dipartimenti/Dipartimento_funzioni_amministrative_e_di_staff/Funzioni_di_staff/U.O.C._Risk_Management/Istruzioni_operative_per_le_contenzioni_mecchaniche_in_SPDC.pdf));
- viene somministrata terapia psicofarmacologica secondo le indicazioni delle Linee Guida NICE<sup>10</sup>;
- vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene revisionato il PTI all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC;
- nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile il caso viene revisionato all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (nei casi gravi, almeno una riunione congiunta) con valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura prevista dal DCA 188/15. La compilazione della modulistica relativa a tale procedura di invio è a carico dell'equipe del CSM;
- in accordo con l'equipe del CSM viene valutata l'opportunità di una terapia *long-acting*.
- la durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 19 di 114

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Visita giornaliera del paziente con revisione della terapia farmacologica, richiesta di esami e consulenze secondo le necessità. Compilazione della scala psicopatologica BPRS sia al momento del ricovero che alla dimissione. Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Valutazione psicologica ed eventualmente, psicodiagnostica (MMPI-2, Roshac, WAIS). Colloqui di sostegno psicologico. Compila Scheda Individuale e dei Segni Precoci di Crisi. Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Infermiere:</i> -effettua attività infermieristica di routine; -partecipa attivamente alla visita individuale di routine collaborando e confrontandosi con le altre figure professionali; -collabora con le varie attività socio-riabilitative effettuate nel reparto. <i>L'Assistente Sociale</i> effettua Valutazione Socio-Ambientale con compilazione della Scheda Sociale per la ricognizione delle necessità socio assistenziali. <i>Il Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> -effettua interventi psicoeducativi di gruppo standardizzati per il SPDC supportato da altri professionisti; -effettua interventi di socializzazione.
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, durante il ricovero. Richiesta di consulenza da parte di altri specialisti se necessaria. Richiesta di esami strumentali, se richiesti.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Sono a discrezione del Medico sia le modalità che la tempistica del trattamento.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami. Rilascio al paziente della Scheda di Dimissione. Rilascio su richiesta del paziente del Certificato di ricovero.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza.</li> <li>• Allontanamento del paziente.</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica.</li> <li>• Collateralità da farmaci.</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche.</li> <li>• Problematiche psicosociali.</li> </ul>

#### 4.1.3 "E3": Dimissioni dal SPDC

La dimissione dal SPDC deve essere programmata per tempo e condivisa con il paziente, i suoi familiari e l'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio al CSM:

- in previsione della dimissione, viene programmato un appuntamento per effettuare la visita di controllo entro 10 gg;
- invio sistematico via mail del foglio di dimissione all'equipe referente territoriale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 20 di 114

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (vedi E2), eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di Operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento (vedi paragrafo 4.1.6 "E6").

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Il Medico programma la dimissione in accordo con il paziente, i familiari e l'equipe territoriale. Compilazione della Scheda di Dimissione da consegnare al paziente ed all'equipe referente territoriale ed al medico di famiglia. Predisposizione e consegna al paziente delle prescrizioni farmacologiche e dell'impegnativa per la visita di controllo. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia organizza il trasferimento attraverso il Servizio Trasporti Protetti.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Colloqui di sostegno psicologico finalizzati alla dimissione.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Infermiere:</i> -riconsegna gli effetti personali lasciati in consegna durante il ricovero; -informa il paziente in relazione alla possibilità di compilare il questionario di gradimento; - effettua educazione sulla gestione domiciliare della terapia. <i>La Coordinatrice Infermieristica</i> , in caso di invio diretto in Struttura Intermedia, provvede alla organizzazione del trasferimento, se necessaria l'attivazione dei Trasporti Protetti, allegando copia della documentazione sanitaria. <i>L'Assistente Sociale</i> verifica la rete sociale di supporto al paziente e fornisce informazioni sui servizi socioassistenziali presenti sul territorio.
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Esami di controllo pre-dimissioni.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Predisposizione delle prescrizioni specialistiche a cura dello Psichiatra.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Informazioni relative ai controlli che il paziente dovrà effettuare e colloquio psicoeducativo sulla corretta assunzione dei farmaci.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Consegna del foglio di dimissioni, dell'impegnativa per la visita di controllo e delle prescrizioni farmacologiche al paziente. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia rilascio della documentazione sanitaria.
<b>OGGETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza</li> <li>• Allontanamento del paziente</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 21 di 114

#### 4.1.4 "E4": Accesso al CSM e valutazione del caso

Il paziente, sia già in carico che al primo accesso, si reca o viene segnalato al CSM di riferimento territoriale in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della Scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti (ad es., famiglia).

Qualora segnalato, il paziente e/o la famiglia verrà contattato/a telefonicamente dall'Infermiere, che compilerà la Scala HONOS per la valutazione delle necessità, per programmare, da parte dello psichiatra di riferimento o, in sua assenza, del collega di turno, una visita nel più breve tempo possibile (entro massimo 1-2 giorni) per la valutazione del caso. Nel caso in cui il paziente non fosse reperibile e/o la famiglia assente si provvederà, in base alla valutazione delle informazioni ricevute sul caso, ad una visita domiciliare o ad un eventuale Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

La visita psichiatrica valuterà se è presente uno scompenso di lieve-media o di grave entità in base ai criteri definiti in precedenza. Nel primo caso verrà programmato il successivo intervento multidisciplinare da parte dell'equipe territoriale di riferimento per la gestione/presa in carico del paziente. In caso di scompenso di grave entità il paziente verrà inviato al PS del PO per un ricovero presso il SPDC seguendo il percorso *fast-track* definito dal Protocollo Pronto Soccorso-SPDC vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf)). Nel caso in cui lo Psichiatra valuti la necessità di ricovero in ambiente ospedaliero ed il paziente lo rifiuti il ricovero sarà effettuato in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psicologo e all'Assistente Sociale, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• programma eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua almeno una visita di controllo a settimana nel primo mese</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> <li>• programma eventuale inserimento semiresidenziale</li> <li>• programma eventuale ricovero in Day-Hospital</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psichiatra e all'Assistente Sociale, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• programma Interventi su i Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psichiatra e allo Psicologo, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> </ul> <i>L'Infermiere Professionale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento Farmacologico Intervento Psicoterapico Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento su i Familiari

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 22 di 114

	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

#### 4.1.5 "E5": Gestione/Presa in carico territoriale

La gestione o la presa in carico di un paziente con diagnosi di DS in fase acuta, sia già in carico che al primo accesso, prevede un intervento multidisciplinare intensivo con almeno un contatto psichiatrico a settimana nel primo mese e l'elaborazione di un PTI che può includere colloqui psicologici di sostegno e/o psicoterapia, visite domiciliari programmate da parte del personale infermieristico e/o assistente sociale e intervento psicosociale in base alle esigenze cliniche. Nel PTI può essere contemplato l'inserimento semiresidenziale (ad es., Centro Diurno) o il trattamento congiunto (CSM-SPDC) in regime di Day-Hospital.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• programma eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua almeno una visita di controllo a settimana nel primo mese</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> <li>• programma eventuale inserimento semiresidenziale</li> <li>• programma eventuale ricovero in Day-Hospital</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• programma Interventi su i Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> </ul> L'Infermiere Professionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> </ul> Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP): <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 23 di 114		

<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento Farmacologico Intervento Psicoterapico Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento su i Familiari
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

#### 4.1.6 "E6": Invio in una struttura intermedia

Nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile si procederà a valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15. L'invio in una Struttura Intermedia può avvenire per i pazienti in fase acuta sia ricoverati in SPDC che gestiti dall'equipe multidisciplinare del CSM.

La compilazione della modulistica relativa alla procedura di invio sarà, comunque, a carico dell'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC, eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento. Nel caso in cui non sia possibile l'invio immediato alla struttura intermedia prevista nel PTI (ad es., lunga lista di attesa con rischio di ricovero prolungato in SPDC) e ne sussistano le condizioni (ad es., il paziente è sufficientemente stabilizzato e/o è presente una valida rete familiare/sociale) il paziente può essere dimesso dal SPDC con invio al CSM che provvederà a strutturare tutte le misure terapeutiche necessarie in attesa del ricovero successivo nella suddetta struttura.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 24 di 114

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INTERVENTI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul Progetto Terapeutico Individuale, sulla Struttura Intermedia individuata e sulle modalità di invio. Sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno la documentazione richiesta dai Sanitari
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non aderenza al PTI</li> <li>• Rifiuto del paziente o dei familiari all'invio</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 25 di 114

## 4.2 Indicatori di qualità del PDTA per la fase acuta

### 4.2.1 Riammissione in SPDC entro trenta giorni dalla dimissione

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di ricoveri dei pz con DS in SPDC che avvengono entro 30 gg dalla dimissione <b>DENOMINATORE:</b> Num. Di ricoveri in SPDC dei pz con DS
<b>Note</b>	Valore percentuale
<b>Fonti Informative</b>	SDO

### 4.2.2 Degenze ospedaliere superiore ai trenta giorni.

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di ricoveri dei pz con DS in SPDC della durata superiore ai 30 gg <b>DENOMINATORE:</b> Num. di ricoveri in SPDC dei pz con DS
<b>Note</b>	Valore percentuale
<b>Fonti Informative</b>	SDO

### 4.2.3 Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num pz a cui viene prescritto un antipsicotico nella fase acuta senza interruzione della terapia dalla prima prescrizione nell'anno: <ul style="list-style-type: none"> <li>- per almeno 90 gg</li> <li>- per almeno 180 gg</li> <li>- per almeno 365 gg antipsicotico</li> </ul> <b>DENOMINATORE:</b> Num. di pz all'inizio del trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore a seconda che siano: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.pz al primo contatto</li> <li>2.pz con nuovi episodi</li> </ol>
<b>Note</b>	L'indicatore valuta la <i>persistenza</i> del trattamento farmacologico ovvero il rinnovo continuato di un trattamento dalla diagnosi o dalla prima prescrizione fino all'interruzione del trattamento stesso. I pz a cui viene prescritto un farmaco nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere: <ol style="list-style-type: none"> <li>1.pz al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CSM.</li> <li>2.pz con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto.</li> </ol>
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM -SDO

### 4.2.4 Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro quattordici giorni dalla dimissione in SPDC

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num dei pz con DS che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 gg dalla dimissione in SPDC <b>DENOMINATORE:</b> Num. dei pz con DS dimessi dal SPDC
<b>Note</b>	Valore percentuale. L'intervallo di tempo tra la dimissione e la visita è calcolato sulla base di giorni solari e non di quelli lavorativi.
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 26 di 114

### 5. Trattamenti continuativi e a lungo termine

I Servizi di Salute Mentale devono essere in grado di assicurare un trattamento continuativo ai pazienti con DS ed in effetti circa due terzi dei pazienti hanno almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni che seguono al primo contatto nell'anno. Tuttavia, se guardiamo più nello specifico i pazienti che hanno appena presentato un episodio acuto, nei sei mesi seguenti la dimissione dal SPDC solo un quarto di essi ricevono almeno una visita psichiatrica in CSM al mese<sup>2</sup>. Questo dato indica una difficoltà delle strutture territoriali a mettere in atto pattern di trattamento continuativi per i pazienti che hanno superato da poco una fase acuta. In termini di intensità degli interventi territoriali rivolti a pazienti e familiari, nel corso dell'anno circa due terzi dei pazienti riceve più di 5 interventi, mentre solo un decimo dei familiari riceve più di 3 interventi nel periodo<sup>2</sup>. L'area del rapporto con i familiari, pertanto, evidenzia criticità. Sul versante degli interventi psicosociali, un decimo dei pazienti è in trattamento psicoterapico, mentre è da rilevare che gli interventi di tipo psicoeducativo, nonostante il supporto delle evidenze, appaiono erogati sporadicamente<sup>2</sup>. Un sesto dei pazienti, inoltre, sono inseriti in attività risocializzanti e riabilitative a livello territoriale (ad es., Centri Diurni). Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici, la percentuale di interruzione della terapia farmacologica è significativa ed in linea con i dati della letteratura internazionale: tra coloro che hanno iniziato un trattamento solo la metà dei pazienti è ancora in trattamento dopo sei mesi<sup>2</sup>. Nei pazienti in cui gli antipsicotici danno un compenso insufficiente, l'utilizzazione di clozapina è ancora limitata (14%). Nel caso che il paziente interrompa il trattamento farmacologico nella metà dei casi lo psichiatra che lo ha in cura ha un contatto con lui nei primi 90 giorni dalla interruzione del trattamento per verificare le sue condizioni cliniche. Per quanto riguarda la sicurezza dei trattamenti farmacologici, il monitoraggio periodico della glicemia e della iperlipidemia nei pazienti in mantenimento con antipsicotici di seconda generazione avviene nella metà dei casi in trattamento continuativo secondo le raccomandazioni delle Linee Guida<sup>2</sup>. Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di trattamento continuativo e a lungo termine del DS fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabelle 5 e 6)<sup>2</sup> e in relazione al trattamento farmacologico e psicosociale alle Linee Guida NICE (Tabella 7)<sup>10</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

**Tabella 5. Raccomandazioni PANMS per il mantenimento e promozione del recupero psicosociale dei Disturbi Schizofrenici (DS)<sup>2</sup>**

1. I pazienti affetti da DS ricevono un trattamento continuativo all'interno del DSM, caratterizzato da una frequenza di contatti ed intensità appropriate alla gravità dei problemi clinici e psicosociali. Se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana, si attiva un trattamento continuativo multidisciplinare, coinvolgendo più figure professionali, oltre lo psichiatra. In questi casi viene attivato un PTI, in cui sono specificati i problemi presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte. All'interno del piano è specificata la figura del case manager.
2. 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.
3. Ai pazienti, ed in particolare a quelli con frequenti ricadute, e alle loro famiglie sono erogati interventi di carattere psicoeducativo; quando appropriato, è offerto un trattamento psicoterapico.
4. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata un'attenta valutazione del grado di abuso/dipendenza, con una eventuale presa incarico congiunta con il Servizio per le tossicodipendenze.
5. 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.
6. Ai pazienti con ricadute frequenti e/o che esprimono una preferenza per tale tipo di trattamento viene offerto un trattamento con farmaci antipsicotici depot, seguendo i dosaggi, la frequenza delle somministrazioni e i controlli clinici previsti.
7. Nel caso che il paziente interrompa il trattamento farmacologico, il CSM mantiene contatti clinici regolari nel periodo seguente l'interruzione

 SISTEMI SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 27 di 114

del trattamento per verificare le sue condizioni cliniche e si attiva per ricontattare il paziente in caso che questi interrompesse completamente i contatti con il DSM.

8. In collaborazione col medico di medicina generale viene fatto un regolare monitoraggio della salute fisica e degli stili di vita.

9. Sono offerti gruppi di *self-help* e di supporto tra pari, che mirino all'inclusione sociale e alla *recovery*.

10. Sono monitorate le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi e i suicidi dei pazienti seguiti dal DSM, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere senza casa ed essere sottoposti a provvedimento penale.

**Tabella 6. Raccomandazioni PANMS per gli interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale per i Disturbi Schizofrenici <sup>2</sup>**

<p>1. Ai pazienti in età lavorativa, che siano disoccupati o presentino problemi lavorativi, sono offerti interventi sia di supporto sociale che inserimento lavorativo e supporto al lavoro; per tutti i pazienti si deve attivare una valutazione delle competenze lavorative che possa essere utile all'elaborazione di un progetto di inserimento lavorativo come articolazione del PTL.</p>
<p>2. Ai pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave sono proposti interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale basati sulle evidenze, mentre a coloro che presentano sia problemi relazionali di livello moderato/grave in termini di isolamento sociale che assenza/carenza di attività strutturate durante il giorno, vengono rivolte attività di risocializzazione, espressive e corporee sia a partire dal CSM che in Centro Diurno.</p>
<p>3. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente può ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale. L'intensità e la specificità del trattamento riabilitativo viene monitorata attraverso le attività erogate, che devono comprendere una varietà di interventi di carattere psichiatrico, psicologico, riabilitativo e risocializzante basati sulle evidenze.</p>
<p>4. Per i pazienti con moderate compromissioni di funzioni e abilità, e un buon livello di autonomia personale vengono proposti percorsi di supporto all'abitare con l'assistenza di operatori di salute mentale.</p>

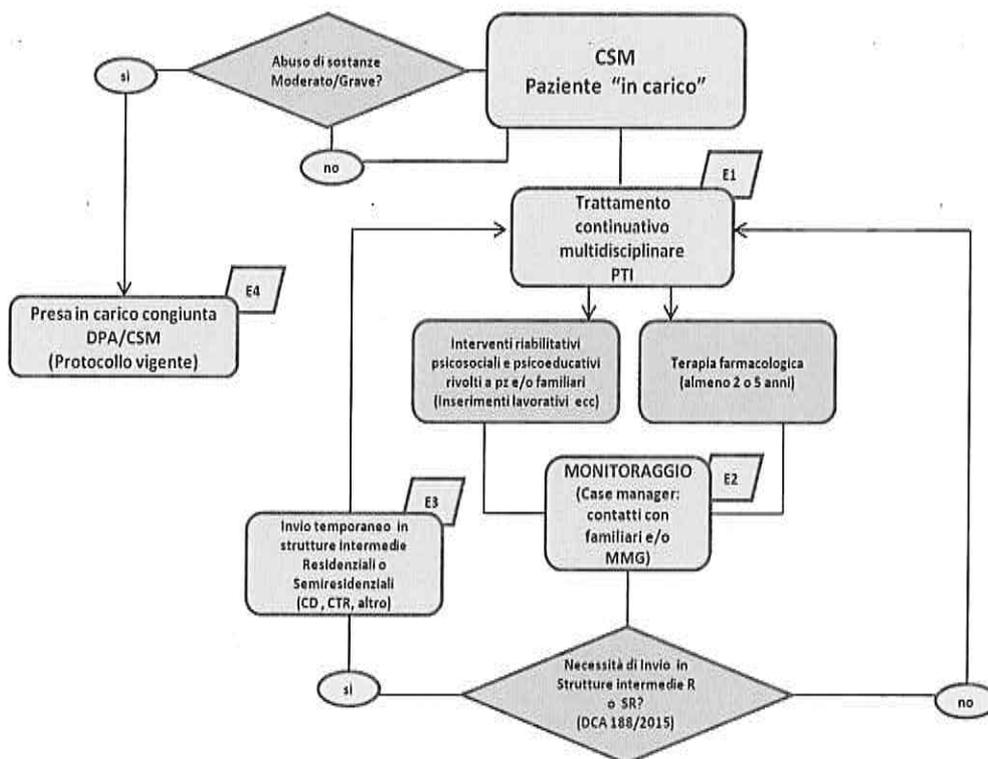
 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>

Tabella 7. Linee Guida NICE per la fase la fase di mantenimento dei Disturbi Schizofrenici <sup>10</sup>

<p><b>Interventi farmacologici</b></p>	<p>1.5.5.1 La scelta del farmaco deve essere influenzata dagli stessi criteri raccomandati per l'inizio del trattamento</p> <p>1.5.5.2 Non utilizzare di routine strategie di mantenimento del dosaggio mirato e intermittente (uso di farmaci antipsicotici solo durante i periodi di recidiva incipiente o esacerbazione dei sintomi). Tuttavia, prendeteli in considerazione per le persone affette da psicosi o schizofrenia che non sono disposte ad accettare un regime di mantenimento continuo o se esiste un'altra controindicazione alla terapia di mantenimento, come la sensibilità agli effetti collaterali.</p> <p>1.5.5.3 Prendere in considerazione l'offerta di farmaci antipsicotici iniettabili a deposito/a lunga durata d'azione alle persone affette da psicosi o schizofrenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• che preferirebbero tale trattamento dopo un episodio acuto</li> <li>• dove evitare la non aderenza nascosta (sia intenzionale che non intenzionale) ai farmaci antipsicotici è una priorità clinica all'interno del piano di trattamento.</li> </ul> <p><b>1.5.6 Utilizzo di farmaci antipsicotici iniettabili a deposito/a lunga durata d'azione</b></p> <p>1.5.6.1 Quando si iniziano i farmaci antipsicotici iniettabili depot/a lunga durata d'azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tenere conto delle preferenze e degli atteggiamenti dell'utente del servizio nei confronti della modalità di somministrazione (iniezioni intramuscolari regolari) e delle procedure organizzative (ad esempio, visite a domicilio e ubicazione delle cliniche)</li> <li>• tenere conto degli stessi criteri raccomandati per l'uso dei farmaci antipsicotici orali con particolare riferimento ai rischi e ai benefici del regime farmacologico</li> <li>• prescrivere secondo le procedure previste dalla BNF o dal CPC.</li> </ul> <p><b>1.5.7 Interventi per persone la cui malattia non ha risposto adeguatamente al trattamento</b></p> <p>1.5.7.1 Per le persone con schizofrenia la cui malattia non ha risposto adeguatamente al trattamento farmacologico o psicologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivedere la diagnosi.</li> <li>• Verificare che vi sia stata aderenza al trattamento con farmaci antipsicotici, prescritti ad una dose adeguata e per la durata corretta.</li> <li>• Rivedere l'impegno e l'utilizzo dei trattamenti psicologici e assicurarsi che questi siano stati offerti secondo queste linee guida. Se è stato intrapreso un intervento familiare, suggerire la CBT; se è stata intrapresa la CBT, suggerire un intervento familiare per le persone a stretto contatto con le loro famiglie.</li> <li>• Considerare altre cause di mancata risposta, come comorbidità per l'abuso di sostanze (incluso l'alcol), l'uso concomitante di altri farmaci prescritti o malattie fisiche.</li> </ul> <p>1.5.7.2 Offrire clozapina a persone affette da schizofrenia la cui malattia non ha risposto adeguatamente al trattamento nonostante l'uso sequenziale di dosi adeguate di almeno 2 diversi farmaci antipsicotici. Almeno 1 dei farmaci deve essere un antipsicotico di seconda generazione diverso dalla clozapina.</p> <p>1.5.7.3 Per le persone affette da schizofrenia la cui malattia non ha risposto adeguatamente alla clozapina a una dose ottimizzata, gli operatori sanitari dovrebbero considerare la raccomandazione 1.5.7.1 (inclusa la misurazione dei livelli terapeutici del farmaco) prima di aggiungere un secondo antipsicotico per aumentare il trattamento con clozapina. Potrebbe essere necessario un periodo di prova adeguato di tale aumento fino a 8-10 settimane. Scegli un farmaco che non aggravi gli effetti collaterali comuni della clozapina.</p>
<p><b>Interventi psicologici</b></p>	<p>1.5.4.1 Offrire la CBT per aiutare a promuovere il recupero nelle persone con sintomi positivi e negativi persistenti e per le persone in remissione.</p> <p>1.5.4.2 Offrire interventi familiari alle famiglie di persone affette da psicosi o schizofrenia che convivono o sono in stretto contatto con l'utente del servizio.</p> <p>1.5.4.3 L'intervento familiare può essere particolarmente utile per le famiglie di persone con psicosi o schizofrenia che hanno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recentemente hanno avuto una ricaduta o sono a rischio di ricaduta</li> <li>• sintomi persistenti.</li> </ul> <p>1.5.4.4 Considera l'idea di offrire terapie artistiche per favorire la guarigione, in particolare nelle persone con sintomi negativi.</p>
<p><b>Occupazione, istruzione e attività professionali</b></p>	<p>1.5.8.1 Offrire programmi di occupazione assistita a persone affette da psicosi o schizofrenia che desiderano trovare o tornare al lavoro. Prendere in considerazione altre attività professionali o educative, compresa la formazione preprofessionale, per le persone che non sono in grado di lavorare o che non riescono a trovare lavoro.</p> <p>1.5.8.2 I servizi di salute mentale dovrebbero lavorare in collaborazione con le parti interessate locali, compresi quelli che rappresentano i gruppi etnici neri, asiatici e minoritari, per consentire alle persone con problemi di salute mentale, comprese psicosi o schizofrenia, di restare nel mondo del lavoro o dell'istruzione e di accedere a nuova occupazione (compreso l'autoapprendimento), lavoro, volontariato e opportunità educative.</p> <p>1.5.8.3 Registrare regolarmente le attività diurne delle persone affette da psicosi o schizofrenia nei loro piani di assistenza, compresi i risultati occupazionali.</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 29 di 114

**Flow-chart - Fase "Trattamenti continuativi e a lungo termine" del PDTA per il DS**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 30 di 114

## 5.1 Matrice di Responsabilità

### 5.1.1 "E1": Trattamento continuativo multidisciplinare.

I pazienti affetti da DS ed in carico al CSM che, accanto ai problemi clinici, presentano problematiche psicosociali, ricevono un trattamento multidisciplinare attraverso l'elaborazione di un PTI in cui è specificata la figura del case manager.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua intervento di Social Skill Training</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <i>L'Infermiere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• supporta le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	In base al livello di compromissione del funzionamento globale e delle necessità del paziente: Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Social Skill Training Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione ed informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sulle sue successive revisioni con sottoscrizione del Consenso Informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase acuta e di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 31 di 114		

### 5.1.2 "E2": Monitoraggio

I pazienti affetti da DS devono essere periodicamente monitorati, sia per quanto concerne gli interventi riabilitativi e psicoeducativi (rivolti anche ai familiari) sia relativamente alla terapia farmacologica prevista. Il coordinamento del monitoraggio è affidato al *Case Manager* (psichiatra, psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere professionale). Il monitoraggio ha la finalità di valutare periodicamente la situazione clinico-assistenziale del paziente con revisione del PTI (almeno ogni 6 mesi o comunque in base a necessità emergenti) con eventuali modifiche dello stesso al fine della prevenzione di ricadute. Il monitoraggio deve prevedere la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici e la valutazione dei parametri relativi alla Sindrome Metabolica<sup>12</sup>. Nella revisione del PTI bisognerà anche valutare il funzionamento globale del paziente per l'eventuale necessità di modifica del trattamento psicosociale e/o di inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali (ad esempio, Centri Diurni).

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici e la valutazione dei parametri relativi alla Sindrome Metabolica</li> <li>• Rinnova e/o aggiorna la terapia farmacologica</li> <li>• Effettua Intervento Psicoeducativo tramite periodico aggiornamento su Sintomi e Farmaci a pz e/o familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Monitora l'andamento della Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• Valuta l'andamento ed aggiorna periodicamente il Programma di Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Monitora le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Monitora gli effetti dell'intervento di Social Skill Training</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> L'Infermiere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case-manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG (progetto di "collaborative care") nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Supporta le varie attività riabilitative.</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 32 di 114

<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali periodici di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta e valutazione dei parametri relativi alla Sindrome Metabolica (monitoraggio ogni 6 mesi o in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta)
	<b>INTERVENTI</b>	Monitoraggio Intervento Psicoeducativo standardizzato (in base a necessità emergenti) Monitoraggio Intervento di Social Skill Training (in base a necessità emergenti) Monitoraggio Intervento Vocazionale (in base a necessità emergenti)
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Aggiornamento periodico (almeno ogni 6 mesi o in base a necessità emergenti) da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI al paziente ed alla famiglia.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli ulteriori esami eventualmente richiesti.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Monitoraggio costante delle condizioni clinico-assistenziali del paziente e revisione periodica del PTI al fine di evitare l'insorgenza una ricaduta e di ottenere la stabilizzazione del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Ricaduta</li> </ul>

### 5.1.3 "E3": Invio in una struttura intermedia.

Nella valutazione semestrale delle condizioni clinico-assistenziali del paziente o durante il trattamento previsto dal PTI, accertata la presenza di fattori di rischio per una ricaduta, può emergere la necessità di Inserimento in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15.

La Matrice di Responsabilità relativa all'Invio in una struttura intermedia è riportata nel paragrafo 4.1.6.

### 5.1.4 "E4": Presa in carico congiunta DPA/CSM

Il paziente con DS a cui viene riscontrato un abuso di sostanze stupefacenti sarà preso in carico in maniera congiunta dal CSM e dal Servizio di Dipendenze e Patologie (DPA) di abuso secondo quanto previsto dal PDTA relativo alla "Doppia Diagnosi".

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 33 di 114		

## 5.2 Indicatori di qualità del PDTA per i Trattamenti continuativi e a lungo termine

### 5.2.1 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di pz con più di cinque interventi territoriali erogati in CSM <b>DENOMINATORE:</b> Num. di pz in contatto con il CSM
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore percentuale</li> <li>- L'indicatore valuta l'intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente misurando la quantità di interventi sul paziente su base annua.</li> <li>- Sono inclusi sia gli interventi individuali e di gruppo erogati in CSM che i giorni di presenza presso il Centro Diurno.</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 5.2.2 Interventi rivolti ai familiari

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di pz i cui familiari ricevono piu' di due interventi specificatamente a loro rivolti in CSM <b>DENOMINATORE:</b> Num. di pz in contatto con il CSM
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore percentuale</li> <li>- 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.</li> <li>- Sono inclusi solo i pz che vivono con i familiari (genitori, fratelli, partner o figli).</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 5.2.3 Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici

<b>Misura:</b>	<b>NUMERATORE:</b> Numero di pz che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci antipsicotici: <ul style="list-style-type: none"> <li>- per almeno 90 gg</li> <li>- per almeno 180 gg</li> <li>- per almeno 365 gg</li> </ul> A partire dalla prima prescrizione nell'anno. <b>DENOMINATORE:</b> Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore percentuale</li> <li>- L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico, ossia il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento (ossia un intervallo di almeno trenta giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva).</li> <li>- I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione di terapia)</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM

### 5.2.4 Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia nei pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici

<b>Misura:</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di pz con almeno 1 controllo di glicemia, colesterolo e trigliceridi nel periodo <b>DENOMINATORE:</b> Num. di pz in trattamento continuativo con antipsicotici per almeno 180 giorni consecutivi nel periodo
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore percentuale</li> <li>-Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione di glicemia, colesterolemia e trigliceridemia</li> <li>- L'indicatore non comprende i pazienti che assumono per la prima volta litio o che, avendolo assunto, non sono in trattamento da almeno 12 mesi.</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 34 di 114

## PARTE II: Disturbi Bipolari

### 1. Introduzione

Il Disturbo Bipolare (DB) è un disturbo cronico e invalidante con un elevato impatto sulla popolazione dal punto di vista della disabilità, tanto che, secondo i dati del Global Burden of Disease 2010, nel 2030 entrerà nelle prime 10 patologie per carico di malattia <sup>1</sup>. Ha una prevalenza *lifetime* che varia dall'1% al 5% della popolazione generale <sup>2 3</sup> ed esordisce solitamente a un'età media variabile fra i 23 e i 30 anni <sup>4</sup>. Si presenta come una successione molto variabile di episodi di mania, depressione o misti dell'umore, la cui durata varia generalmente da 4 a 13 mesi ed è più lunga per gli episodi depressivi rispetto a quelli ipomaniacali o maniacali. In termini di years with disability (YLDs, anni vissuti con disabilità), i disturbi bipolari in Italia rappresentano l'1.3% del totale con un picco del 3% nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni <sup>2</sup>.

Nei servizi di salute mentale italiani la prevalenza trattata per tutti i disturbi dell'umore è del 12,9 per 10.000 abitanti di età superiore ai 17 anni e i disturbi dell'umore rappresentano circa un quarto (24.7%) dei pazienti in contatto con il servizio <sup>5</sup>. Rispetto alla prevalenza nella popolazione, la prevalenza trattata dei disturbi dell'umore appare tuttavia molto bassa con un *treatment gap* (ovvero la differenza tra il rapporto tra i pazienti trattati nei servizi e le persone nella popolazione che hanno bisogno di trattamento) stimato dell'80% <sup>6</sup>.

### 2. Inquadramento diagnostico

La definizione nosografica del DB non è del tutto coincidente nella classificazione ICD-9 CM <sup>7</sup> rispetto a quella ICD-10 <sup>8</sup>, che sono gli strumenti prevalentemente utilizzati nel DTPSM della ASL di Rieti (**Tabella 1**). La prima differenza è nella definizione del disturbo: mentre nell'ICD-9 CM viene definito come "*Disturbo Bipolare*" nell'ICD-10 è definito "*Sindrome Affettiva Bipolare*". Nell'ICD-9 CM, inoltre, non vi è riportata la categoria Episodio Ipomaniacale codificata nell'ICD-10 come categoria a sé stante con il codice F31.0. Gli episodi maniacali, depressivi e misti hanno, invece, definizioni simili nei due sistemi ma nell'ICD-9 CM vengono specificati in maniera più dettagliata i vari livelli di gravità (*Non specificato, Lieve, Grave senza menzione di comportamento psicotico, Grave con comportamento psicotico, In remissione Parziale o Non Specificata, In remissione completa* per l'ICD-9 CM versus *Senza sintomi psicotici, Con sintomi psicotici, Con sintomi psicotici congrui all'umore, Con sintomi psicotici incongrui all'umore* per l'ICD-10). Nell'ICD-10, inoltre, viene riportato per l'episodio depressivo di grado lieve o medio di specificare se con o senza *Sindrome Biologica* definita dalla presenza di almeno quattro dei seguenti sintomi: marcata perdita di interesse o di piacere per attività che sono normalmente piacevoli, mancanza di reattività emozionale ad eventi o attività che normalmente generano risposte emozionali, risveglio mattutino due ore o più prima dell'orario abituale, peggioramento mattutino della depressione, evidenza oggettiva di marcato rallentamento o agitazione psicomotoria, marcata perdita di appetito, perdita del 5% o più del peso corporeo nell'ultimo mese, marcata riduzione della libido.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>
		Pag. 35 di 114

**Tabella 1.** Criteri ICD-9CM e IDC-10 per il Disturbo Bipolare <sup>7 8</sup>

ICD - 9 CM	ICD - 10
<p>296.0x EPISODIO MANIACALE SINGOLO .00 non specificato .01 Lieve .02 Moderato .03 Grave senza menzione di comportamento psicotico .04 Con comportamento psicotico .05 In remissione Parziale o Non Specificata .06 In remissione completa</p>	<p>F30 EPISODIO MANIACALE SINGOLO</p> <p>F31.0 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO IPOMANIACALE</p>
<p>296.xx DISTURBO BIPOLARE I</p> <p>.40 Più Recente Episodio Maniacale, non specificato .41 Più Recente Episodio Maniacale, Lieve .42 Più Recente Episodio Maniacale, Moderato .43 Più Recente Episodio Maniacale, Grave senza menzione di comportamento psicotico .44 Più Recente Episodio Maniacale, Grave con comportamento psicotico .45 Più Recente Episodio Maniacale, In remissione Parziale o Non Specificata .46 Più Recente Episodio Maniacale, In remissione completa</p> <p>.50 Più Recente Episodio Depressivo, non specificato .51 Più Recente Episodio Depressivo, Lieve .52 Più Recente Episodio Depressivo, Moderato .53 Più Recente Episodio Depressivo, Grave senza menzione di comportamento psicotico .54 Più Recente Episodio Depressivo, Grave con comportamento psicotico .55 Più Recente Episodio Depressivo, In remissione Parziale o Non Specificata .56 Più Recente Episodio Depressivo, In remissione completa</p> <p>.60 Più Recente Episodio Misto, non specificato .61 Più Recente Episodio Misto, Lieve .62 Più Recente Episodio Misto, Moderato .63 Più Recente Episodio Misto, Grave senza menzione di comportamento psicotico .64 Più Recente Episodio Misto, Grave con comportamento psicotico .65 Più Recente Episodio Misto, In remissione Parziale o Non Specificata .66 Più Recente Episodio Misto, In remissione completa</p> <p>.7 Più Recente Episodio Non Specificato</p>	<p>F31.1 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO MANIACALE, senza sintomi psicotici F31.2 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO MANIACALE, con sintomi psicotici F31.20 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO MANIACALE, con sintomi psicotici congrui all'umore F31.20 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO MANIACALE, con sintomi psicotici in congrui all'umore</p> <p>F31.3 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, di grado lieve o medio F31.30 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, di grado lieve o medio senza sindrome biologica F31.31 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, di grado lieve o medio con sindrome biologica F31.4 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, grave senza sintomi psicotici F31.5 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, grave con sintomi psicotici F31.50 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, grave con sintomi psicotici congrui all'umore F31.51 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO DEPRESSIVO, grave con sintomi psicotici incongrui all'umore</p> <p>F31.6 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALE EPISODIO MISTO</p>
<p>296.89 ALTRI E NON SPECIFICATI DISTURBI BIPOLARI (Disturbo bipolare 2)</p> <p>296.80 DISTURBO BIPOLARE NAS</p> <p>301.13 DISTURBO CICLOTIMICO</p>	<p>F31.8 ALTRE SINDROMI AFFETTIVE BIPOLARI (Sindrome bipolare 2)</p> <p>F31.9 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE NAS</p> <p>F34.0 DISTURBO CICLOTIMICO</p> <p>F31.6 SINDROME AFFETTIVA BIPOLARE ATTUALMENTE IN REMISSIONE</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 36 di 114

### 3. Fase "Presenza in carico Precoce"

Sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed il cui primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni <sup>2</sup>.

Nella pratica clinica si rileva spesso una difficoltà nell'inquadramento diagnostico per l'esordio di un DB in quanto molto spesso esordisce con un episodio depressivo, che complica la diagnosi differenziale con il Disturbo Depressivo Maggiore e ritarda l'inizio del trattamento appropriato. L'esordio della patologia è infatti generalmente a polarità depressiva, con un rapporto depressione/mania di 3 a 1 nel DB I e di 47 a 1 nel DB II <sup>9</sup>. Questa caratteristica ostacola spesso la diagnosi precoce ed è causa di trattamenti inappropriati, ad esempio con l'uso di antidepressivi che possono determinare viraggio maniaco, un aumento della rapidità dei cicli e degli episodi misti. Le problematiche diagnostiche determinano, pertanto, un lungo periodo di Durata di Malattia non Trattata (DMT) ovvero una lunga latenza tra la prima comparsa dei sintomi e la formulazione della diagnosi, con conseguente ritardo nell'impostazione del trattamento farmacologico e psicosociale. Si stima, infatti, una DMT per il DB di 6-10 anni <sup>9</sup> (dati italiani <sup>10</sup> indicano una DMT media di 5 anni.). La DMT risulta, inoltre, associata ad un peggioramento della prognosi a lungo termine del disturbo, con un maggior numero di recidive maniacali, ad un più frequente decadimento cognitivo ed allo sviluppo di una resistenza farmacologica <sup>11</sup>. Si comprende, pertanto, l'importanza di una diagnosi precoce in quanto la stessa condiziona fortemente gli *outcome* a lungo termine del disturbo.

Da quanto sopra riportato si evince l'importanza di un percorso di valutazione approfondito, che preveda una valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata, una valutazione delle comorbidità mediche ed uno screening delle condizioni mediche generali. E', inoltre, utile fin dalla prima presa in carico un'offerta assistenziale multi-componenziale che preveda, oltre al trattamento farmacologico, interventi psicoeducativi individuali e familiari, psicoterapici e riabilitativi.

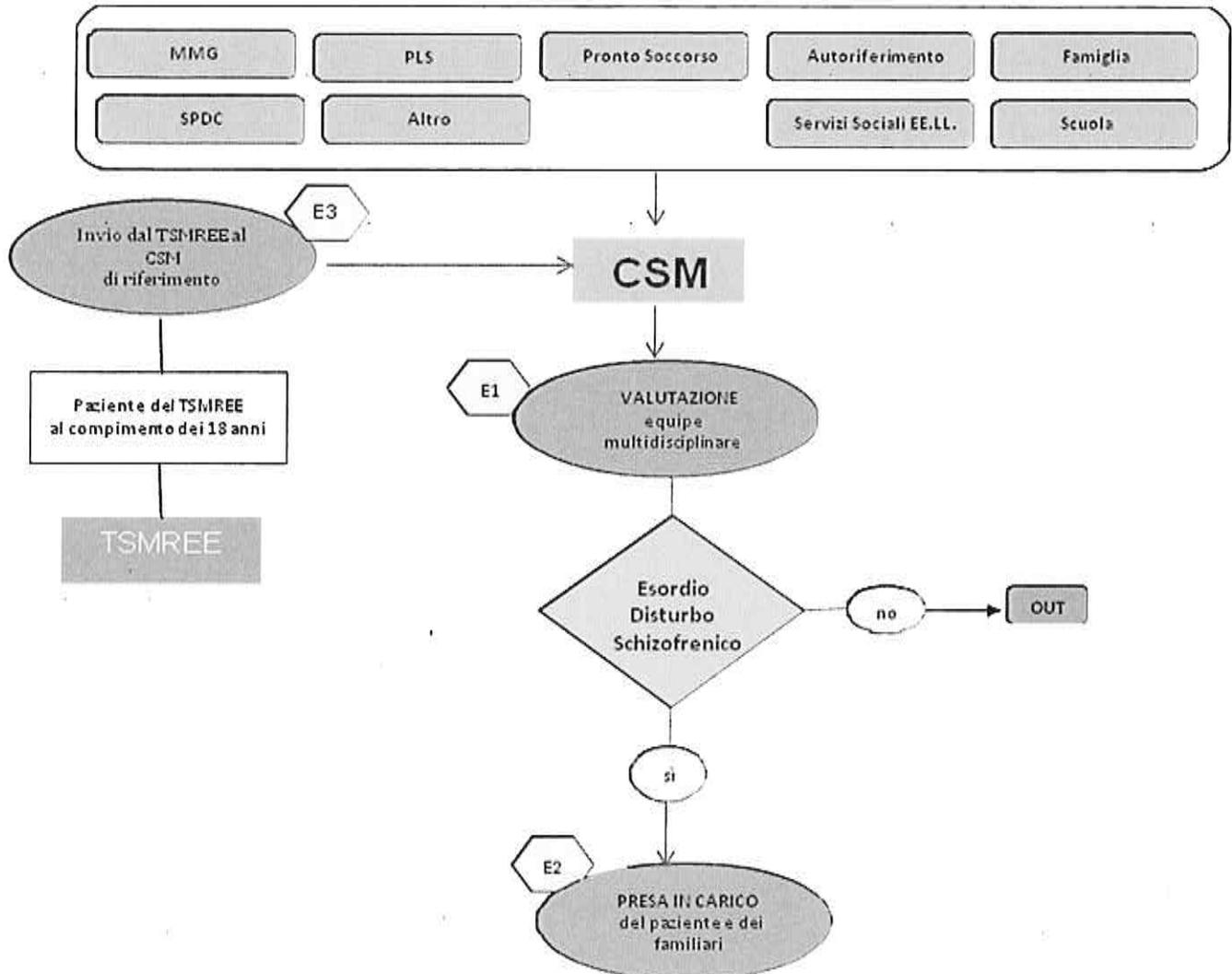
Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di presa in carico precoce del DB fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 2) <sup>2</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

Tabella 2. Raccomandazioni PANMS per la presa in carico precoce del Disturbo Bipolare <sup>2</sup>

1. La presa in carico precoce è garantita, innanzitutto, dalla presenza strutturata di programmi atti a facilitare l'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei giovani pazienti con disturbi psichici e stati mentali a rischio, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. A tal fine, devono essere attivati progetti di collaborazione tra DSM, servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, medici di medicina generale, altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, e le agenzie del territorio pubbliche o private.
2. Il paziente all'esordio riceve una valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata (uso sostanze, familiarità, disturbo personalità, problematiche sociali) e una valutazione delle comorbidità mediche, attraverso uno screening delle condizioni mediche generali.
3. Formulata la diagnosi, il paziente riceve un trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore, e ove possibile viene valutato il dosaggio ematico del farmaco.
4. La presa in carico del paziente con disturbo bipolare all'esordio e dei suoi familiari avviene attraverso una serie continuativa ed intensiva di contatti a livello territoriale.
5. In caso di episodio depressivo moderato o grave il paziente riceve un trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore e antidepressivo. L'utilizzo dell'antidepressivo deve essere mantenuto fino al miglioramento del tono timico e poi sospeso.
6. Vengono proposti routinariamente interventi psicoeducativi, sia al paziente che ai familiari, che dovrebbero includere la psicoeducazione sulla malattia, sull'importanza di una routine quotidiana e di un sonno regolare e sull'aderenza alla terapia farmacologica. Attenzione deve essere posta al monitoraggio dell'umore, alla rilevazione dei sintomi precoci di crisi e alle strategie da porre in atto per prevenire la progressione del disturbo.
7. Quando appropriati vengono proposti trattamenti psicoterapici, di supporto o più specifici, a seconda delle indicazioni, sia al paziente che ai familiari.
8. Vengono proposti, quando indicato, interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio, fin dall'esordio, in presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023

**Flow-chart della Fase “presa in carico precoce” del PDTA per il Disturbo Bipolare**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 38 di 114

### 3.1 Matrice di Responsabilità

#### 3.1.1 "E1": Accesso al CSM Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata

Il paziente accede al Centro di Salute Mentale (CSM) in autopresentazione o su invio proposto dalla UOS Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE) dalla famiglia, dal Pronto Soccorso, dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Servizi Sociali dell'Ente locale di appartenenza o dalla Scuola.

Il primo accesso coincide con l'inizio della Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata a cura delle equipe di riferimento (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione).

La valutazione diagnostica dovrà essere completata entro quindici giorni dal primo contatto.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra che accoglie il paziente effettua colloquio clinico, richiede gli esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica, funzionalità renale, glicemia, assetto lipidico, funzionalità tiroidea, drug test), ECG e quanto ritenuto necessario. Attiva, quindi, il PDTA DB programmando la visita Psicologica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo effettua colloquio clinico, somministra test di personalità (MMPI-2) ed altre valutazioni psicometriche se ritenute necessarie. Se trattasi di primo contatto con il paziente attiva il PDTA DB programmando la visita Psichiatrica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	-L'Assistente Sociale, a seguito dell'invio dello Psichiatra effettua Valutazione Socio-Ambientale, con focus particolare sulla Valutazione Familiare. -L'Infermiere al triage effettua la valutazione dei bisogni del paziente attraverso la somministrazione della Scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, il ricovero. Visita psicologica e somministrazione MMPI 2 Somministrazione della Scala HoNOS Valutazione Socio-Ambientale, con focus particolare sulla Valutazione Familiare
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	A cura del Medico, solo se ritenuto opportuno ed in base alle condizioni del paziente.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami.
<b>OGGETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Valutazione entro 15 giorni dal primo contatto con l'obiettivo di riconoscere precocemente un DS all'esordio
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 39 di 114

### 3.1.2 "E2": Presa in carico del paziente e dei familiari

Una volta formulata diagnosi di DB all'esordio il paziente ed i suoi familiari vengono presi in carico dal CSM attraverso l'elaborazione di un PTI in cui l'equipe multidisciplinare di riferimento identifica il *Case Manager*.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• Programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TERP</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua intervento di Social Skill Training</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <i>L'Infermiere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• collabora con le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento farmacologico Intervento psicoterapeutico individuale e/o di gruppo Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Social Skill Training Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase acuta e di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023

### 3.1.3 "E3": Passaggio dal TSMREE al CSM per i pazienti all'esordio che compiono 18 anni

Vedi PTDA "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITA' DI CURA DALL'ETÀ EVOLUTIVA ALL'ETÀ ADULTA"

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 41 di 114		

### 3.2 Indicatori di qualità del PDTA per la fase di presa in carico precoce.

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

<b>Misura</b>	Media di interventi/contatti annuali
<b>Note</b>	<p>Per tutti i pazienti con almeno un contatto nel periodo viene valutata la media del numero medio di contatti dei singoli pazienti che viene calcolato dividendo i contatti complessivi per i numeri di mesi di presa in carico:</p> <p style="text-align: center;"><u>Numero Medio Contatti per singolo pz:</u> Somma del Num. Contatti per singolo mese/Numero mesi di presa in carico</p> <p>Esempio: M.F. (3 mesi di presa in carico con in totale 12 contatti) <math>12/3=4</math> contatti C.R. (4 mesi di presa in carico con in totale 8 contatti) <math>8/4=2</math> contatti</p>
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

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

<b>Misura</b>	Media di interventi/contatti annuali
<b>Note</b>	<p>Per tutti i pazienti con almeno un contatto nel periodo viene calcolata la media del numero medio di contatti familiari dei singoli pazienti che viene calcolato dividendo i contatti complessivi per i numeri di mesi di presa in carico:</p> <p style="text-align: center;"><u>Numero Medio Contatti Familiari per singolo pz:</u> Somma del Num. Contatti per singolo mese/ Numero dei mesi</p> <p>Esempio: M.F. (3 mesi di presa in carico con in totale 12 contatti) <math>12/3=4</math> contatti C.R. (4 mesi di presa in carico con in totale 8 contatti) <math>8/4=2</math> contatti</p>
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

#### 3.2.3 Trattamento psicoterapico nei pazienti con disturbo all'esordio.

<b>Misura</b>	Rapporto (percentuale) tra il <i>numero</i> di pazienti che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici e il <i>numero</i> di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Note</b>	
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

#### 3.2.4 Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con disturbo all'esordio.

<b>Misura</b>	Rapporto (percentuale) tra il <i>numero</i> di pazienti che ricevono almeno 4 sedute di incontri psicoeducativi e il <i>numero</i> di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Note</b>	Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 42 di 114

#### 4. Fase Acuta

Sono considerati pazienti in fase acuta sia quelli già in carico al CSM che presentino uno scompenso psicopatologico sia quelli al primo accesso. Il trattamento della fase acuta può essere effettuato sia a livello territoriale che in regime ospedaliero in base alla gravità sintomatologica, alla collaborazione del paziente, alle condizioni socio-ambientali e al contesto familiare. Il trattamento a livello territoriale può essere strutturato in caso di uno scompenso di lieve-media entità in assenza di gravi problematiche comportamentali e/o in presenza di rischio suicidario lieve-medio, buona *compliance* con la terapia farmacologica, situazioni socio-ambientali e familiari favorevoli (ad es., adeguato supporto familiare o efficiente rete sociale, agevole accesso ai servizi). Il trattamento dovrebbe prevedere un intervento multidisciplinare intensivo con almeno un contatto psichiatrico a settimana nel primo mese e l'elaborazione di un Piano Terapeutico Individuale (PTI) che può includere colloqui psicologici di sostegno e/o psicoterapia, visite domiciliari programmate da parte del personale infermieristico e/o assistente sociale e intervento psicosociale in base alle esigenze cliniche. Nel PTI può essere contemplato l'inserimento semiresidenziale (ad es., Centro Diurno) o trattamento congiunto (CSM-SPDC) in regime di Day-Hospital. Nel caso in cui il paziente non si presentasse al controllo programmato verrà contattato direttamente o tramite i familiari e/o il Medico di Medicina Generale per gli opportuni chiarimenti e la ridefinizione del programma terapeutico-assistenziale. Il ricovero presso il SPDC è indicato quando sono presenti un grave scompenso psicopatologico con sintomi psicotici e gravi alterazioni comportamentali e/o rischio suicidario medio-grave, non *compliance* con la terapia farmacologica, situazioni socio-ambientali e familiari non compatibili al trattamento territoriale/domiciliare (ad es., paziente senza supporto familiare o scarsa rete sociale, difficoltà logistiche che non permettono un agevole accesso ai servizi). Il ricovero può essere effettuato sia in regime volontario che in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78). Il DSM-DP di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase acuta DB fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 3)<sup>2</sup>. In relazione al trattamento psicofarmacologico si fa riferimento alle Linee Guida CANMAT<sup>12</sup> e quelle della World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)<sup>13</sup>, per gli stati misti. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

Tabella 3. Raccomandazioni PANMS per la fase acuta del Disturbo Bipolare<sup>2</sup>

1. Il paziente con episodio acuto può venire trattato in differenti setting a seconda della configurazione del servizio: oltre che in SPDC, anche a livello territoriale e domiciliare nel CSM ed a livello semiresidenziale e residenziale nei Centri Diurni e nelle Strutture Residenziali.
2. 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.
3. Durante il ricovero viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali e viene valutato il dosaggio ematico di stabilizzatori dell'umore eventualmente in corso.
4. Vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene rivalutato programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile con revisione del caso all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o nell'equipe congiunta CSM- SPDC.
5. Nel caso di episodio ipomaniacale o maniacale viene impostato un trattamento farmacologico con stabilizzatore dell'umore e vengono sospese eventuali terapie con antidepressivi. Se necessario nei primi giorni può essere utilizzata una terapia antipsicotica intramuscolo e può essere valutata l'associazione con due stabilizzatori dell'umore in pazienti resistenti.
6. Nel caso di episodio depressivo valutare un eventuale trattamento farmacologico con antidepressivo in aggiunta al farmaco stabilizzatore del tono dell'umore. La monoterapia con antidepressivi non è raccomandabile. Gli antidepressivi andrebbero evitati nei pazienti che hanno una storia di cicli rapidi e di switch maniacali e non vanno usati nei pazienti che durante l'episodio depressivo presentano aspetti maniacali (o misti) e in presenza di agitazione psicomotoria. Tra gli antidepressivi vanno privilegiati SSRI e bupropione, mentre l'uso degli SNRI e degli antidepressivi triciclici va considerato solo in caso di fallimento di altre terapie a causa dell'alto rischio di switch connesso all'uso di queste due classi di farmaci.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 43 di 114

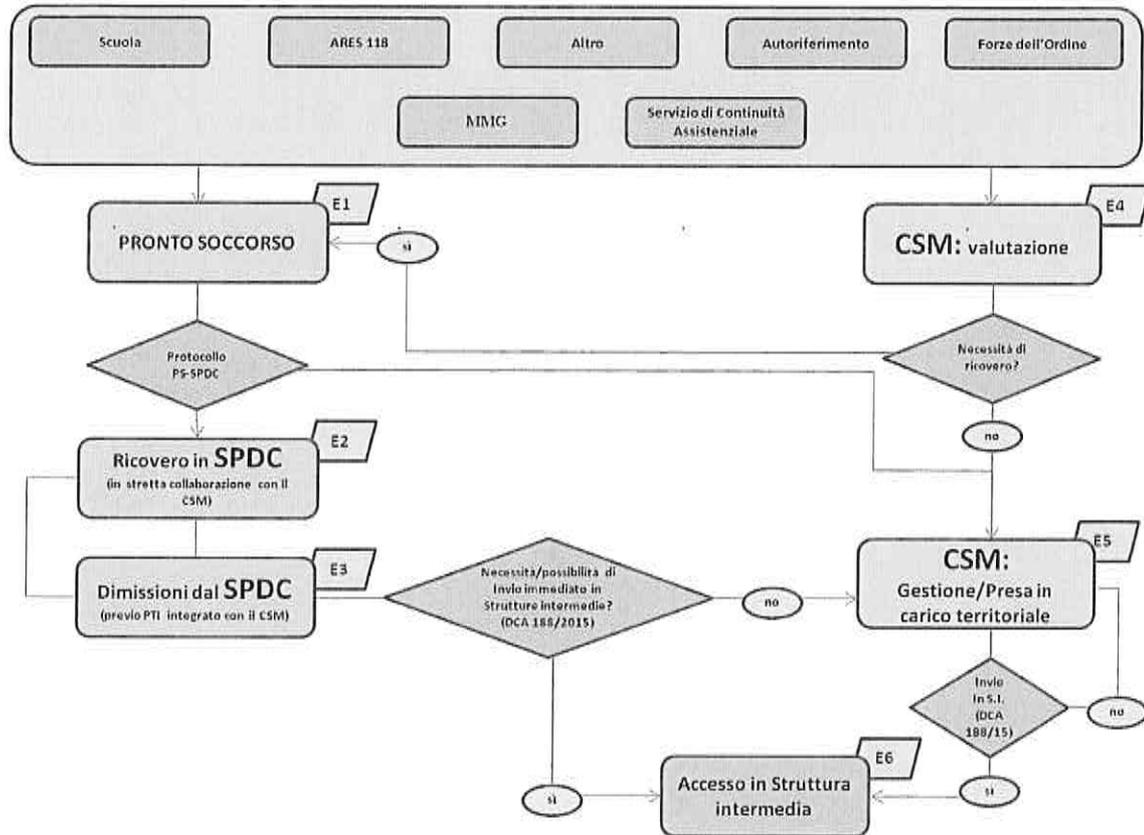
7. Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto.

Tabella 4. Linee Guida CANMAT e WFSBP per la fase acuta del Disturbo Bipolare <sup>12 13</sup>

<b>Stato di agitazione</b>	<p>- La terapia orale è efficace quanto quella intramuscolare. La terapia intramuscolare deve, pertanto, essere somministrata quando non è possibile la somministrazione di quella orale.</p> <p>- Le Benzodiazepine non dovrebbero essere utilizzate come ionoterapia ma sono utili in aggiunta a farmaci antipsicotici.</p> <p>- <b>Trattamento di prima scelta:</b> risperidone, olanzapina o quetiapina per via orale. In caso di rifiuto del paziente scegliere la terapia intramuscolare con Olanzapina, Ziprasidone o Aripiprazolo o la combinazione di Aloperidolo e Benzodiazepine.</p> <p>- Nuovi studi sono a supporto dell'uso del Valproato di sodio per via endovenosa</p>
<b>Episodio Maniacale</b>	<p><b>Trattamento di prima scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> litio, acido valproico, acido valproico a rilascio prolungato, olanzapina, risperidone, quetiapina, quetiapina RP, aripiprazolo, ziprasidone, asenapina, paliperidone a rilascio prolungato  <b>Terapia in aggiunta a litio o acido valproico:</b> risperidone, quetiapina, olanzapina, aripiprazolo, asenapina</p> <p><b>Trattamento di seconda scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> carbamazepina, terapia elettroconvulsivante, aloperidolo  <b>Terapia combinata:</b> litio+acido valproico</p> <p><b>Trattamento di terza scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> clorpromazina, clozapina, oxcarbazepina, tamoxifene, cariprazina  <b>Terapia combinata:</b> litio o acido valproico + aloperidolo, litio+carbamazepina, tamoxifene in add-on</p> <p><b>Trattamento non raccomandato</b>  <b>Monoterapia:</b> gabapentin, topimarat, lamotrigina, verapamil, tiagabina  <b>Terapia combinata:</b> risperidone+carbamazepina, olanzapina+carbamazepina,</p>
<b>Episodio Depressivo DB I</b>	<p><b>Trattamento di prima scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> litio, lamotrigina, quetiapina, quetiapina RP,  <b>Terapia combinata:</b> litio o acido valproico + SSRI, olanzapina+SSRI, litio+acido valproico, acido valproico+bupropione</p> <p><b>Trattamento di seconda scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> acido valproico, iurasidone  <b>Terapia combinata:</b> quetiapina+SSRI, modafanil in add-on, litio o acido valproico+lamotrigina, litio o acido valproico+iurasidone</p> <p><b>Trattamento di terza scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> carbamazepina, olanzapina, terapia elettroconvulsivante,  <b>Terapia combinata:</b> litio+carbamazepina, litio+pramipexolo, litio o acido valproico+venlafaxina, litio+IMAO, litio o acido valproico o antipsicotico atipico+ antidepressivo triciclico, litio o acido valproico o carbamazepina+SSRI+lamotrigina, quetiapina+lamotrigina</p> <p><b>Trattamento non raccomandato</b>  <b>Monoterapia:</b> gabapentin, aripiprazolo, ziprasidone  <b>Terapia combinata:</b> ziprasidone in add on, levetiracetam in add on</p>
<b>Episodio Depressivo DB II</b>	<p><b>Trattamento di prima scelta</b>          Quetiapina, Quetiapina RP</p> <p><b>Trattamento di seconda scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> Litio, Lamotrigina o Acido Valproico  <b>Terapia combinata:</b> Litio o Acido Valproico+ Antidepressivo, Litio+Acido Valproico, Antipsicotici Atipici+ Antidepressivo</p> <p><b>Trattamento di terza scelta</b>  <b>Monoterapia:</b> Antidepressivi, switch ad antidepressivo alternativo  <b>Terapia combinata:</b> Quetiapina+Lamotrigina, aggiunta di TEC, aggiunta di N-acetilcisteina, aggiunta di T3</p>
<b>Stato Misto</b>	<p><b>Stato Misto con prevalenti sintomi di mania</b>  <b>Trattamento di prima scelta:</b> Olanzapina, Olanzapina+acido valproico  <b>Trattamento di seconda scelta:</b> Litio o acido valproico + Aripiprazolo, Paliperidone o Quetiapina  <b>Trattamento di terza scelta:</b> Litio o acido valproico + Asenapina, Carbamazepina, Cariprazina, Clozapina, Gabapentin          Oxcarbazepina+ Litio, Risperidone, antipsicotici atipici, valproato, Ziprasidone          Terapia elettroconvulsivante+ Terapia Abituale  <b>Trattamento di quarta scelta:</b> Topimarat+ Terapia Abituale</p> <p><b>Stato Misto con prevalenti sintomi depressivi</b>  <b>Trattamento di prima scelta:</b> Ziprasidone + Terapia Abituale  <b>Trattamento di seconda scelta:</b> Terapia Abituale+ Olanzapina, Carbamazepina, Iurasidone o Terapia Elettroconvulsivante</p>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>
		<p>Pag. 44 di 114</p>

**Flow-chart della Fase Acuta del PDTA per il Disturbo Bipolare**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 45 di 114

#### 4.1 Matrice di Responsabilità

##### 4.1.1 "E1": Accesso al Pronto Soccorso e attivazione Protocollo Pronto Soccorso-SPDC

Il paziente si reca presso il Pronto Soccorso (PS) del PO di Rieti in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della Scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti.

Al suo arrivo al PS viene valutata l'eventuale necessità di ricovero in SPDC in base al Protocollo vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo_tra_UOC_Medicina_e_Chirurgia_di_Accettazione_e_D_urgenza_e_UOC_SPDC_per_la_gestione_di_pazienti_con_disturbi_psichiatrici_o_in_stato_di_agitazione_psico_-_motoria_-_alterazione_dello_stato_mentale.pdf)).

Il paziente può essere inviato a ricovero anche da uno psichiatra del CSM seguendo il percorso fast-track definito dal suddetto protocollo.

##### 4.1.2 "E2": Ricovero in SPDC

Durante il ricovero in SPDC:

- viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali e viene valutato il dosaggio ematico di stabilizzatori dell'umore eventualmente in corso;
- viene compilata la scala psicopatologica *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) sia al momento del ricovero che alla dimissione;
- 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 in base a quanto definito dalle Istruzioni Operative aziendali in corso ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Documenti/Dipartimenti/Dipartimento\\_funzioni amministrative e di staff/Funzioni di staff/U.O.C. Risk Management/Istruzioni operative per le contenzioni meccaniche in SPDC.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Documenti/Dipartimenti/Dipartimento_funzioni_amministrative_e_di_staff/Funzioni_di_staff/U.O.C._Risk_Management/Istruzioni_operative_per_le_contenzioni_meccaniche_in_SPDC.pdf));
- viene somministrata terapia psicofarmacologica secondo le indicazioni delle Linee Guida CANMAT<sup>12</sup> e WFSBP<sup>13</sup>;
- vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene revisionato il PTI all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC;
- nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile il caso viene revisionato all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (nei casi gravi, almeno una riunione congiunta) con valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura prevista dal DCA 188/15. La compilazione della modulistica relativa a tale procedura di invio è a carico dell'equipe del CSM;
- in accordo con l'equipe del CSM viene valutata l'opportunità di una terapia *long-acting*.

La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>
Pag. 46 di 114		

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	<p>Visita giornaliera del paziente con revisione della terapia farmacologica, richiesta di esami e consulenze secondo le necessità. Compilazione della scala psicopatologica BPRS sia al momento del ricovero che alla dimissione. Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.</p>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	<p>Valutazione psicologica ed eventualmente, psicodiagnostica (MMPI-2, Roshac, WAIS). Colloqui di sostegno psicologico. Compila Scheda Individuale e dei Segni Precoci di Crisi. Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.</p>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<p><i>L'Infermiere:</i> -effettua attività infermieristica di routine; -partecipa attivamente alla visita individuale di routine collaborando e confrontandosi con le altre figure professionali; -collabora con le varie attività socio-riabilitative effettuate nel reparto. <i>L'Assistente Sociale</i> effettua Valutazione Socio-Ambientale con compilazione della Scheda Sociale per la ricognizione delle necessità socio assistenziali. <i>Il Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> -effettua interventi psicoeducativi di gruppo standardizzati per il SPDC supportato da altri professionisti; -effettua interventi di socializzazione.</p>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	<p>Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, durante il ricovero. Richiesta di consulenza da parte di altri specialisti se necessaria. Richiesta di esami strumentali, se richiesti.</p>
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	<p>Sono a discrezione del Medico sia le modalità che la tempistica del trattamento.</p>
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	<p>Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.</p>
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	<p>Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami. Rilascio al paziente della Scheda di Dimissione. Rilascio su richiesta del paziente del Certificato di ricovero.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	<p>Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).</p>
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza.</li> <li>• Allontanamento del paziente.</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica.</li> <li>• Collateralità da farmaci.</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche.</li> <li>• Problematiche psicosociali.</li> </ul>

#### 4.1.3 "E3": Dimissioni dal SPDC

La dimissione dal SPDC deve essere programmata per tempo e condivisa con il paziente, i suoi familiari e l'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio al CSM:

- in previsione della dimissione, viene programmato un appuntamento per effettuare la visita di controllo entro 10 gg;
- invio sistematico via mail del foglio di dimissione all'equipe referente territoriale.

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 47 di 114

multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (vedi E2), eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di Operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento (vedi paragrafo 4.1.6).

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Il Medico programma la dimissione in accordo con il paziente, i familiari e l'equipe territoriale. Compilazione della Scheda di Dimissione da consegnare al paziente e all'equipe referente territoriale ed al medico di famiglia. Predisposizione e consegna al paziente delle prescrizioni farmacologiche e dell'impegnativa per la visita di controllo. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia organizza il trasferimento attraverso il Servizio Trasporti Protetti.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Colloqui di sostegno psicologico finalizzati alla dimissione.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Infermiere:</i> -riconsegna gli effetti personali lasciati in consegna durante il ricovero; -informa il paziente in relazione alla possibilità di compilare il questionario di gradimento; - effettua educazione sulla gestione domiciliare della terapia. La <i>Coordinatrice Infermieristica</i> , in caso di invio diretto in Struttura Intermedia, provvede alla organizzazione del trasferimento, se necessaria l'attivazione dei Trasporti Protetti, allegando copia della documentazione sanitaria. L' <i>Assistente Sociale</i> verifica la rete sociale di supporto al paziente e fornisce informazioni sui servizi socioassistenziali presenti sul territorio.
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Esami di controllo pre-dimissioni.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Predisposizione delle prescrizioni specialistiche a cura dello Psichiatra.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Informazioni relative ai controlli che il paziente dovrà effettuare e colloquio psicoeducativo sulla corretta assunzione dei farmaci.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Consegna del foglio di dimissioni, dell'impegnativa per la visita di controllo e delle prescrizioni farmacologiche al paziente. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia rilascio della documentazione sanitaria.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza</li> <li>• Allontanamento del paziente</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 48 di 114

#### 4.1.4“E4”: Accesso al CSM e valutazione del caso.

Il paziente, sia già in carico che al primo accesso, si reca o viene segnalato al CSM di riferimento territoriale in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della Scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti (ad es., famiglia).

Qualora segnalato, il paziente e/o la famiglia verrà contattato/a telefonicamente dall'Infermiere, che compilerà la Scala HONOS per la valutazione delle necessità, per programmare, da parte dello psichiatra di riferimento o, in sua assenza, del collega di turno, una visita nel più breve tempo possibile (entro massimo 1-2 giorni) per la valutazione del caso. Nel caso in cui il paziente non fosse reperibile e/o la famiglia assente si provvederà, in base alla valutazione delle informazioni ricevute sul caso, ad una visita domiciliare o ad un eventuale Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

La visita psichiatrica valuterà se è presente uno scompenso di lieve-media o di grave entità in base ai criteri definiti in precedenza. Nel primo caso verrà programmato il successivo intervento multidisciplinare da parte dell'equipe territoriale di riferimento per la gestione/presa in carico del paziente. In caso di scompenso di grave entità il paziente verrà inviato al PS del PO per un ricovero presso il SPDC seguendo il percorso *fast-track* definito dal Protocollo Pronto Soccorso-SPDC vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf)). Nel caso in cui lo Psichiatra valuti la necessità di ricovero in ambiente ospedaliero ed il paziente lo rifiuti sarà effettuato in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

#### 4.1.5 “E5”: Gestione/Presa in carico territoriale.

La gestione o la presa in carico di un paziente con diagnosi di DB in fase acuta, sia già in carico che al primo accesso, prevede un intervento multidisciplinare intensivo con almeno un contatto psichiatrico a settimana nel primo mese e l'elaborazione di un PTI che può includere colloqui psicologici di sostegno e/o psicoterapia, visite domiciliari programmate da parte del personale infermieristico e/o assistente sociale e intervento psicosociale in base alle esigenze cliniche. Nel PTI può essere contemplato l'inserimento semiresidenziale (ad es., Centro Diurno) o il trattamento congiunto (CSM-SPDC) in regime di Day-Hospital.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• programma eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua almeno una visita di controllo a settimana nel primo mese</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> <li>• programma eventuale inserimento semiresidenziale</li> <li>• programma eventuale ricovero in Day-Hospital</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• programma Interventi su i Familiari</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023  Pag. 49 di 114

	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> </ul> <i>L'Infermiere Professionale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento Farmacologico Intervento Psicoterapico Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento su i Familiari
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

#### 4.1.6 "E6": Invio in una struttura intermedia

Nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile si procederà a valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15.

L'invio in una Struttura Intermedia può avvenire per i pazienti in fase acuta sia ricoverati in SPDC che gestiti dall'equipe multidisciplinare del CSM.

La compilazione della modulistica relativa alla procedura di invio sarà, comunque, a carico dell'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC, eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento.

Nel caso in cui non sia possibile l'invio immediato alla struttura intermedia prevista nel PTI (ad es., lunga lista di attesa con rischio di ricovero prolungato in SPDC) e ne sussistano le condizioni (ad es., il paziente è sufficientemente stabilizzato e/o è presente una valida rete familiare/sociale) il

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 50 di 114

paziente può essere dimesso dal SPDC con invio al CSM che provvederà a strutturare tutte le misure terapeutiche necessarie in attesa del ricovero successivo nella suddetta struttura.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INTERVENTI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul Progetto Terapeutico Individuale, sulla Struttura Intermedia individuata e sulle modalità di invio. Sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno la documentazione richiesta dai Sanitari
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non aderenza al PTI</li> <li>• Rifiuto del paziente o dei familiari all'invio</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 51 di 114

#### 4.2 Indicatori di qualità del PDTA per la fase acuta

##### 4.2.1 Riammissione in SPDC entro trenta giorni dalla dimissione

<b>Misura</b>	Num di ricoveri dei pz con DB in SPDC che avvengono entro 30 gg dalla dimissione Num. Di ricoveri in SPDC dei pz con DB
<b>Note</b>	Valore percentuale
<b>Fonti Informative</b>	SDO

##### 4.2.2 Degenze ospedaliere superiore ai trenta giorni

<b>Misura</b>	Num di ricoveri dei pz con DB in SPDC della durata superiore ai 30 gg Num. di ricoveri in SPDC dei pz con DB
<b>Note</b>	Valore percentuale
<b>Fonti Informative</b>	SDO

##### 4.2.3 Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori dell'umore nel periodo successivo all'episodio acuto.

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num pz a cui viene prescritto uno stabilizzatore dell'umore nella fase acuta senza interruzione della terapia dalla prima prescrizione nell'anno: - per almeno 90 gg - per almeno 180 gg - per almeno 365 gg <b>DENOMINATORE:</b> Num. di pz all'inizio del trattamento con farmaco stabilizzatore dell'umore a seconda che siano: 1.pz al primo contatto 2.pz con nuovi episodi
<b>Note</b>	L'indicatore valuta la <i>persistenza</i> del trattamento farmacologico ovvero il rinnovo continuato di un trattamento dalla diagnosi o dalla prima prescrizione fino all'interruzione del trattamento stesso. I pz a cui viene prescritto un farmaco nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere: 1.pz 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.pz con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto.
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM

##### 4.2.4 Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro quattordici giorni dalla dimissione in SPDC

<b>Misura</b>	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Num dei pz con DB che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 gg dalla dimissione in SPDC
<b>Denominatore</b>	Num. con DB dimessi dal SPDC
<b>Note</b>	L'intervallo di tempo tra la dimissione e la visita è calcolato sulla base di giorni solari e non di quelli lavorativi.
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 52 di 114		

### 5. Trattamenti continuativi e a lungo termine

I pazienti con DB hanno spesso la necessità un trattamento a lungo termine, sia per evitare le ricadute sia per l'opportunità di programmare interventi riabilitativi nelle forme più gravi. La terapia di mantenimento dei pazienti affetti da DB consiste innanzitutto nel trattamento continuativo all'interno del DTPSM, caratterizzato da una frequenza di contatti ed intensità appropriate alla gravità dei problemi clinici e psicosociali del paziente.

La terapia farmacologica di mantenimento dovrebbe continuare per almeno due anni dopo un episodio acuto, che ha comportato un rischio significativo e conseguenze negative per la persona, e per almeno cinque anni se il paziente ha fattori di rischio per le ricadute (frequenti ricadute, episodi psicotici gravi, uso di sostanze, eventi stressanti o scarso supporto sociale)<sup>2</sup>. E' opportuno programmare sin dai primi contatti il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci, il controllo periodico di peso, emocromo, glicemia, funzionalità epatica, funzionalità renale, funzionalità tiroidea, profilo lipidico ed elettrocardiogramma<sup>2</sup>.

Sono indicati, oltre alla terapia farmacologica, interventi multidisciplinari quali la Terapia Cognitivo-Comportamentale ed Interventi interpersonali e sociali<sup>12</sup>. Molti studi mostrano l'efficacia degli Interventi Psicoeducativi ai fini della prevenzione di ricadute<sup>12</sup>. Tali interventi possono essere considerati un "trattamento universale psicosociale primario" per i pazienti con DB in virtù della loro dimostrata efficacia ed in considerazione della possibilità di essere eseguiti in un contesto di gruppo e di essere condotti da personale infermieristico addestrato con un conseguente risparmio economico per il paziente e per il Servizio<sup>12</sup>.

Per i pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave dovrebbero essere, inoltre, previsti trattamenti risocializzanti e riabilitativi<sup>2</sup>.

E' importante, infine, prevedere interventi specifici per il recupero dei pazienti che interrompono contatti con il servizio in modo non concordato<sup>2</sup>.

Il DSM-DP di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di trattamento continuativo e a lungo termine del DB fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabelle 5 e 6)<sup>2</sup> e in relazione al trattamento psicofarmacologico alle Linee Guida CANMAT (Tabella 7)<sup>12</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

**Tabella 5. Raccomandazioni PANMS per il mantenimento e promozione del recupero psicosociale del Disturbo Bipolare<sup>2</sup>.**

<p>1. I pazienti affetti da DB ricevono un trattamento continuativo all'interno del DSM, caratterizzato da una frequenza di contatti ed intensità appropriate alla gravità dei problemi clinici e psicosociali. Se, accanto ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività strutturate nella vita quotidiana, si attiva un trattamento continuativo multidisciplinare, coinvolgendo più figure professionali, oltre lo psichiatra. In questi casi viene attivato un PTI, in cui sono specificati i problemi presenti, i trattamenti previsti e le figure professionali coinvolte. All'interno del piano è specificata la figura del case manager.</p>
<p>2. La terapia farmacologica di mantenimento nel DB dovrebbe continuare per almeno 2 anni dopo un episodio acuto, che ha comportato un rischio significativo e conseguenze negative per la persona, e per almeno 5 anni se il paziente ha fattori di rischio per le ricadute (frequenti ricadute, episodi psicotici gravi, uso di sostanze, eventi stressanti o scarso supporto sociale). Viene attuato un monitoraggio costante della sicurezza dei trattamenti psicofarmacologici.</p>
<p>3. Ai pazienti con problemi relazionali è offerto, quando appropriato, un trattamento psicoterapico e, in particolare, se hanno frequenti ricadute, sono offerte routinariamente sessioni di carattere psicoeducativo, estese anche a eventuali familiari conviventi.</p>
<p>4. 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.</p>
<p>5. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata una valutazione e nel caso una presa in carico congiunta con il SERT.</p>
<p>6. Viene realizzato un progetto di <i>collaborative care</i> con i MMG, in particolare per il monitoraggio della salute fisica e la valutazione degli effetti collaterali dei farmaci.</p>
<p>7. Viene valutata costantemente l'aderenza ai trattamenti, anche attraverso il dosaggio del farmaco stabilizzatore. Nei casi in cui il paziente non si</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 53 di 114		

presenta alle visite di controllo programmate, il DSM adotta opportune strategie, in collaborazione col medico di medicina generale e con i familiari, per ricontattarlo.

### Tabella 6. Raccomandazioni PANMS per gli interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale del Disturbo Bipolare <sup>2</sup>

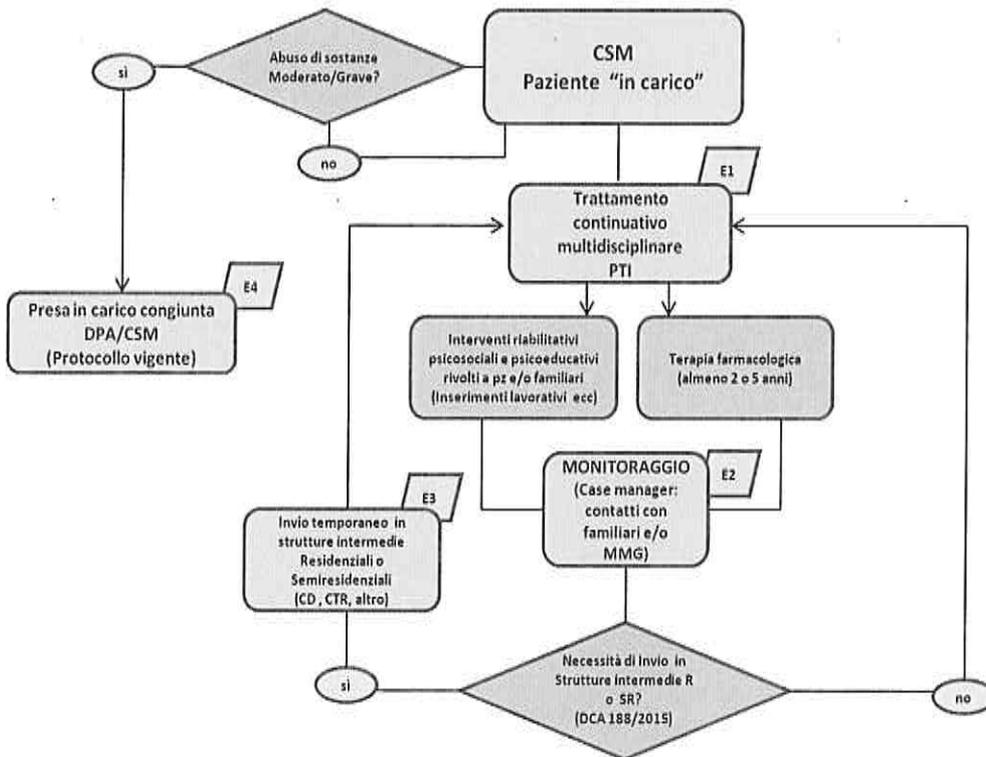
1. In presenza di compromissioni del funzionamento personale e sociale vengono messi in atto adeguati interventi di carattere riabilitativo e socioassistenziale a livello territoriale, basati sulle evidenze.
2. Quando appropriato sono messi in atto progetti di inserimento lavorativo e supporto al lavoro.
3. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che il paziente può ricevere dall'ambiente e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, il paziente può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale.

### Tabella 7. Linee Guida CANMAT per la fase la fase di mantenimento del Disturbo Bipolare <sup>12</sup>

<b>Disturbo Bipolare I</b>	<u>Trattamento di prima scelta</u> <b>Monoterapia:</b> litio, lamotrigina (efficacia limitata nella prevenzione della mania), acido valproico, olanzapina, quetiapina, risperidone LAI, aripiprazolo <b>Terapia in aggiunta a litio o acido valproico:</b> quetiapina, risperidone LAI, aripiprazolo, ziprasidone
	<u>Trattamento di seconda scelta</u> <b>Monoterapia:</b> carbamazepina, paliperidone RP <b>Terapia combinata:</b> litio+acido valproico, litio+carbamazepina, litio o acido valproico +olanzapina, litio+risperidone, litio+lamotrigina, olanzapina+ fluoxetina
	<u>Trattamento di terza scelta</u> <b>Monoterapia:</b> asenapina <b>Terapia aggiuntiva:</b> fenitoina, clozapina, TEC, topimarato, acidi grassi omega-3, oxcarbazepina, gabapentin, asenapina
	<u>Trattamento non raccomandato</u> <b>Monoterapia:</b> gabapentin, topimarato, antidepressivi <b>Terapia aggiuntiva:</b> flupentixolo
<b>Disturbo Bipolare II</b>	<u>Trattamento di prima scelta</u> litio, lamotrigina, quetiapina
	<u>Trattamento di seconda scelta</u> <b>Monoterapia:</b> acido valproico <b>Terapia combinata:</b> litio o acido valproico o antipsicotico atipico+ antidepressivo, aggiunta di quetiapina, aggiunta di lamotrigina Combinazione di due tra: litio, acido valproico o antipsicotico atipico
	<u>Trattamento di terza scelta</u> Carbamazepina, oxcarbazepina, antipsicotico atipico, TEC, fluoxetina
	<u>Trattamento non raccomandato</u> Gabapentin

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 54 di 114

**Flow-chart - Fase "Trattamenti continuativi e a lungo termine" del PDTA per il DB**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 55 di 114

## 5.1 Matrice di Responsabilità

### 5.1.1 "E1": Trattamento continuativo multidisciplinare.

I pazienti affetti da DB ed in carico al CSM che, accanto ai problemi clinici, presentano problematiche psicosociali, ricevono un trattamento multidisciplinare attraverso l'elaborazione di un PTI. All'interno del PTI è specificata la figura del case manager.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua intervento di Social Skill Training</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <i>L'Infermiere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• supporta le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	In base al livello di compromissione del funzionamento globale e delle necessità del paziente: Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Social Skill Training Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione ed informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sulle sue successive revisioni con sottoscrizione del Consenso Informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase acuta e di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 56 di 114

### 5.1.2 "E2": Monitoraggio

I pazienti affetti da DB devono essere periodicamente monitorati, sia per quanto concerne gli interventi riabilitativi e psicoeducativi (rivolti anche ai familiari) sia relativamente alla terapia farmacologica prevista. Il coordinamento del monitoraggio è affidato al *Case Manager* (psichiatra, psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere professionale). Il monitoraggio ha la finalità di valutare periodicamente la situazione clinico-assistenziale del paziente con revisione del PTI (almeno ogni 6 mesi o comunque in base a necessità emergenti) con eventuali modifiche dello stesso al fine della prevenzione di ricadute. Il monitoraggio deve prevedere la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici e la valutazione dei parametri relativi alla Sindrome Metabolica <sup>12</sup>. Nella revisione del PTI bisognerà anche valutare il funzionamento globale del paziente per l'eventuale necessità di modifica del trattamento psicosociale e/o di inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali (ad esempio, Centri Diurni).

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici e la valutazione dei parametri relativi alla Sindrome Metabolica</li> <li>Rinnova c/o aggiorna la terapia farmacologica</li> <li>Effettua Intervento Psicoeducativo tramite periodico aggiornamento su Sintomi e Farmaci a pz c/o familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>Monitora l'andamento della Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>Valuta l'andamento ed aggiorna periodicamente il Programma di Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Monitora le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con il Tecnico della Riabilitazione psichiatrica</li> </ul> Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP): <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>Monitora gli effetti dell'intervento di Social Skill Training</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> L'Infermiere: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG (progetto di "collaborative care") nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>Supporta le varie attività riabilitative.</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali periodici di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta e valutazione dei parametri relativi alla Sindrome Metabolica (monitoraggio ogni 6 mesi o in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 57 di 114

	<b>INTERVENTI</b>	Monitoraggio Intervento Psicoeducativo standardizzato (in base a necessità emergenti) Monitoraggio Intervento di Social Skill Training (in base a necessità emergenti) Monitoraggio Intervento Vocazionale (in base a necessità emergenti)
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Aggiornamento periodico (almeno ogni 6 mesi o in base a necessità emergenti) da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI al paziente ed alla famiglia.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli ulteriori esami eventualmente richiesti.
<b>OGGETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Monitoraggio costante delle condizioni clinico-assistenziali del paziente e revisione periodica del PTI al fine di evitare l'insorgenza una ricaduta e di ottenere la stabilizzazione del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Ricaduta</li> </ul>

### 5.1.3 "E3": Invio temporaneo in una struttura intermedia.

Nella valutazione semestrale delle condizioni clinico-assistenziali del paziente o durante il trattamento previsto dal PTI, accertata la presenza di fattori di rischio per una ricaduta, può emergere la necessità di Inserimento in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15.

La Matrice di Responsabilità relativa all'Invio in una struttura intermedia è riportata nel paragrafo 4.1.6.

### 5.1.4 "E4": Presa in carico congiunta DPA/CSM

Il paziente con DS a cui viene riscontrato un abuso di sostanze stupefacenti sarà preso in carico in maniera congiunta dal CSM e dal Servizio di Dipendenze e Patologie (DPA) di abuso secondo quanto previsto dal PTDA relativo alla Doppia Diagnosi.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 58 di 114

## 5.2 Indicatori di qualità del PDTA per i Trattamenti continuativi e a lungo termine

### 5.2.1 Continuità della cura

<b>Misura</b>	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Num di pz con almeno 1 contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti al primo contatto nell'anno
<b>Denominatore</b>	Num. di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Note</b>	
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 5.2.2 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente

<b>Misura</b>	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Num di pz con più di cinque interventi territoriali erogati in CSM
<b>Denominatore</b>	Num. di pz in contatto con il CSM
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'indicatore valuta l'intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente misurando la quantità di interventi sul paziente su base annua.</li> <li>- Sono inclusi sia gli interventi individuali e di gruppo erogati in CSM che i giorni di presenza presso il Centro Diurno.</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 5.2.3 Interventi rivolti ai familiari

<b>Misura</b>	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Num di pz i cui familiari ricevono più di due interventi specificatamente a loro rivolti in CSM
<b>Denominatore</b>	Num. di pz in contatto con il CSM
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Sono inclusi solo i pz che vivono con i familiari (genitori, fratelli, partner o figli).</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 5.2.4 Terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore

<b>Misura:</b>	<b>NUMERATORE:</b> Numero di pz che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci stabilizzatori dell'umore (ossia farmaci nella cui scheda tecnica vi sia l'indicazione per il trattamento del DB): <ul style="list-style-type: none"> <li>- per almeno 90 gg</li> <li>- per almeno 180 gg</li> <li>- per almeno 365 gg</li> </ul> A partire dalla prima prescrizione nell'anno. <b>DENOMINATORE:</b> Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore percentuale</li> <li>- L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico, ossia il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento (ossia un intervallo di almeno trenta giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva).</li> <li>- I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione di terapia)</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 59 di 114

### 5.2.5 Monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con Litio

<b>Misura:</b>	<b>NUMERATORE:</b> Numero di pz con almeno 3 litiemie nel periodo. <b>DENOMINATORE:</b> Numero di pazienti in trattamento continuativo con litio per almeno 210 giorni consecutivi nel periodo ( )
<b>Note</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore percentuale</li> <li>- L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico, ossia il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla diagnosi o primo trattamento fino all'interruzione del trattamento (ossia un intervallo di almeno trenta giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva)</li> <li>-Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della litiemia</li> <li>- L'indicatore non comprende i pazienti che assumono per la prima volta litio o che, avendolo assunto, non sono in trattamento da almeno 12 mesi.</li> </ul>
<b>Fonti Informative</b>	-GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 60 di 114

### PARTE III: Disturbi Depressivi Maggiori

#### 1. Introduzione

I Disturbi Depressivi Maggiori (DM) sono disturbi gravi, cronici e invalidanti, che rappresentano un importante problema di salute pubblica il cui impatto sulla popolazione dal punto di vista della disabilità è secondo solo alle malattie cardiovascolari e, stando ai dati del Global Burden of Disease 2010, potrebbe addirittura salire al primo posto entro il 2030. Primato che già occupano in termini di years with disability (YLDs, anni vissuti con disabilità), per cui rappresentano l'11% del totale a livello mondiale <sup>1</sup>. I DM hanno una prevalenza annuale del 5% e *lifetime* del 17% <sup>2</sup> ed esordiscono a qualsiasi età, ma con probabilità crescenti dopo la pubertà con picco di incidenza intorno ai 20 anni <sup>3</sup>.

Nei servizi di salute mentale italiani la prevalenza trattata per tutti i disturbi dell'umore è del 34.6 per 10.000 abitanti di età superiore ai 17 anni <sup>4</sup> e i disturbi dell'umore rappresentano circa un quarto dei pazienti in contatto con il servizio <sup>5</sup>. Rispetto alla prevalenza nella popolazione, la prevalenza trattata dei disturbi dell'umore appare tuttavia molto bassa con un *treatment gap* (ovvero la differenza tra il rapporto tra i pazienti trattati nei servizi e le persone nella popolazione che hanno bisogno di trattamento) stimato dell'80% <sup>6</sup>.

#### 2. Inquadramento diagnostico

Gli strumenti nosografici e classificatori prevalentemente utilizzati nel DTSPM della ASL di Rieti sono l'ICD-9 CM <sup>7</sup> e l'ICD-10 <sup>8</sup>. Le raccomandazioni contenute nel presente PDTA si applicano ai codici diagnostici riportati in **Tabella 1**.

Per la diagnosi di DM è necessario che non si siano mai verificati episodi ipomaniacali o maniacali, ma soltanto depressivi maggiori, che sono caratterizzati da umore depresso e/o perdita di interesse o piacere nelle attività, associati variabilmente ad altri sintomi riguardanti l'appetito, il sonno, l'energia, la concentrazione, i sentimenti di colpa e i pensieri di morte <sup>8</sup>. I sintomi presentati determinano un deficit del funzionamento globale la cui severità è correlata alla gravità dell'episodio <sup>8</sup>. Ogni episodio ha una durata minima di 2 settimane e in 2 casi su 5 il processo di guarigione inizia entro 3 mesi, mentre in 4 su 5 entro l'anno.

L'ICD-10 definisce quattro sottotipi di Episodio Depressivo:

##### 1. Episodio depressivo lieve

La depressione lieve è caratterizzata dalla presenza di quattro dei sintomi sopra descritti, per un periodo di almeno 2 settimane.

##### 2. Episodio depressivo moderato

La depressione moderata è caratterizzata dalla presenza di sei dei sintomi sopra descritti. La durata minima dell'episodio è di 2 settimane, con conseguenze considerevoli sulle abilità funzionali dell'individuo.

##### 3. Episodio depressivo grave

La depressione grave è caratterizzata dalla presenza di sette o più, dei sintomi sopra descritti, alcuni dei quali sono particolarmente gravi. Normalmente l'episodio deve durare almeno 2 settimane, sebbene in alcuni casi, se i sintomi sono particolarmente gravi, la diagnosi può essere posta prima.

##### 4. Episodio depressivo ricorrente

E' caratterizzato da episodi ripetuti di depressione, senza episodi intercorrenti di umore elevato e di iperattività. La diagnosi va fatta per quelle persone che hanno avuto nel recente passato due o più episodi depressivi, con significative menomazioni funzionali.

 SISTMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 61 di 114

Tabella 1. Criteri ICD-9CM e IDC-10 per i Disturbi Depressivi <sup>7 8</sup>.

ICD – 9 CM	ICD – 10
296.1X Psicosi affettive (psicosi maniaco depressivo di tipo depressivo) 298.0X Altre psicosi non organiche di tipo depressivo 309.0 Reazione depressiva di breve durata 309.1 Reazione depressiva di lunga durata	<b>F32.XX Episodio depressivo</b> <input type="checkbox"/> F32.0X (episodio depressivo lieve) <input type="checkbox"/> F32.1X (episodio di grado medio) <input type="checkbox"/> F32.2X (episodio depressivo grave senza sintomi psicotici) <input type="checkbox"/> F32.3 (episodio depressivo grave con sintomi psicotici) <input type="checkbox"/> F32.8 (altri episodi depressivi) <input type="checkbox"/> F32.9 (episodio depressivo non specificato) <b>F33.XX Sindrome depressiva ricorrente</b> <input type="checkbox"/> F33.0X (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale lieve) <input type="checkbox"/> F33.1X (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale di grado medio) <input type="checkbox"/> F33.2X (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale grave senza sintomi psicotici) <input type="checkbox"/> F33.3 (sindrome depressiva ricorrente episodio attuale grave con sintomi psicotici) <input type="checkbox"/> F33.4X (sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione) <input type="checkbox"/> F33.8 (altra sindrome depressiva ricorrente) <input type="checkbox"/> F33.9 (sindrome depressiva ricorrente non specificata) <b>F34 Sindromi affettive persistenti</b> <input type="checkbox"/> F34.1 (distimia) <input type="checkbox"/> F34.8X (altre sindromi affettive persistenti) <input type="checkbox"/> F38.8 (altre sindromi affettive non specificate) <b>F39 Sindrome affettiva non specificata</b> <b>F43.Reazioni a gravi stress e sindromi di disadattamento</b> <input type="checkbox"/> F.43.20-21 (reazione depressiva breve e prolungata)

### 3. Strutturazione del PTDA per i Disturbi Depressivi

L'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ha evidenziato che in Italia oltre il milione di persone soffrono di depressione maggiore e le forme medio-lievi sono quelle più diffuse, e che la percentuale di persone con un DM che si era rivolta nei 12 mesi precedenti a personale sanitario di adeguata qualifica, pubblico o privato, è risultata molto bassa (17,4%) <sup>9</sup>. Il Sistema epidemiologico Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI) <sup>10</sup>, più recente, attivato dall'Istituto Superiore di Sanità come monitoraggio dei disturbi psicologici, conferma che nel periodo 2021-2022 la stima dei sintomi di depressione nell'adulto è del 6% nella popolazione generale, con una richiesta di aiuto rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari del 62% dei casi. È stato altresì stimato che tra queste persone è compromessa anche la salute fisica con mediamente quasi 9 giorni in cattive condizioni fisiche (vs meno di 2 giorni riferiti dalle persone libere da sintomi depressivi) e quasi 8 con limitazioni alle abituali attività quotidiane (vs meno di 1 giorno riferito dalle persone senza sintomi depressivi) <sup>10</sup>.

In considerazione dell'alto tasso di prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione generale il *setting* della medicina generale dovrebbe essere il primo ed il più importante filtro per il riconoscimento e il trattamento di tali patologie. Per far sì che il servizio delle cure primarie sia in grado di riconoscere e trattare adeguatamente i pazienti affetti da disturbi depressivi e che i servizi specialistici possano prendere in carico solo pazienti selezionati sulla base di specifiche caratteristiche cliniche, è necessario che l'assistenza venga organizzata secondo modelli analoghi a quelli di altre malattie croniche recidivanti come il *Chronic Care Model* e la *Collaborative Care*. Tali modelli descrivono percorsi diagnostico-terapeutici che enfatizzano il ruolo strategico dei servizi delle cure primarie e definiscono percorsi definiti di cura secondo protocolli di collaborazione strutturati con i servizi specialistici.

Un modello ampiamente utilizzato è quello definito di "*Stepped Care*", strutturato e ampiamente utilizzato dal sistema sanitario inglese <sup>11</sup>. Tale percorso di cura è organizzato a partire da diversi livelli di gravità della patologia e per ognuno di questi livelli vengono definiti gli obiettivi terapeutici, gli interventi più appropriati ed il contesto in cui questi devono essere realizzati (Tabella 2) <sup>2</sup>.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 62 di 114

I risultati di un'analisi condotta dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica sul rapporto tra fabbisogno assistenziale espresso dall'utenza in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e la capacità assistenziale necessaria per realizzare tutte le azioni previste da raccomandazioni, linee guida, percorsi e protocolli di cura, ha mostrato che nel 2019 i Dipartimenti di Salute Mentale erano in grado di rispondere correttamente a poco più del 55% del fabbisogno assistenziale stimato<sup>12</sup>. In queste condizioni di difficoltà, i servizi di salute mentale per adulti devono necessariamente dare la priorità ai disturbi mentali più gravi.

Nell'elaborare il PDTA per i DM il DTPSM di Rieti ha preso in considerazione le indicazioni definite dal PANMS e dalle Linee Guida Nice sulla base del Modello *Stepped Care* (Tabella 2) tenendo conto degli Step 4-6 del modello<sup>11 13</sup>. Per gli Step 1-3 farà riferimento ad un modello di *Collaborative Care* con la Medicina Generale fornendo consulenze telefoniche o in presenza in base alle necessità dei colleghi<sup>11 13</sup>.

Tabella 2. Interventi *Stepped Care* per i Disturbi Depressivi<sup>9 10</sup>.

STEP	OBIETTIVI CLINICI	INTERVENTI	SETTING DI CURA
Step 1	Riconoscimento	Valutazione-Diagnosi	MMG
Step 2	Sintomi depressivi (sottosoglia)	Supporto e Rivalutazione ad un mese	MMG
Step 3	Depressione Maggiore Lieve Distimia	Supporto, <i>Watchful waiting</i> o Psicoterapia	MMG
Step 4	Depressione Maggiore Moderata-Grave	Terapia Farmacologica o Psicoterapia	MMG CSM (Consulenza Telefonica) CSM (Consulenza) CSM (Assunzione di Cura)
Step 5	Depressione Resistente, Ricorrente, con sintomi Psicotici	Terapia farmacologica (con eventuale <i>switching, augmentation</i> ) Trattamento farmacologico e psicologico integrato, supporto psicosociale	CSM (Assunzione di Cura) CSM (Prescrizione Integrata)
Step 6	Alto Rischio Suicidario, Quadro clinico complesso	Trattamento farmacologico e psicologico integrato Supporto Psicosociale	CSM (Prescrizione Intensiva e Multiprofessionale) Ricovero Ospedaliero

#### 4. Fase "Prescrizione Precoce".

Sono considerati pazienti all'esordio quelli di età inferiore ai 30 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed il cui primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni<sup>2</sup>.

Le sindromi depressive pur essendo patologie con distribuzione in tutte le fasce di età, presentano tipicamente un esordio in età giovanile, in specie nel sesso femminile. Per quanto, rispetto ad altre condizioni psicopatologiche, ci siano meno evidenze in letteratura riguardo all'efficacia in termini prognostici di interventi precoci nel campo del trattamento delle sindromi depressive, esiste un sufficiente accordo tra i clinici che un riconoscimento precoce, un corretto inquadramento diagnostico sin dal primo episodio depressivo ed una riduzione del periodo di malattia non trattata, possano condizionare positivamente il decorso della patologia<sup>2 11</sup>.

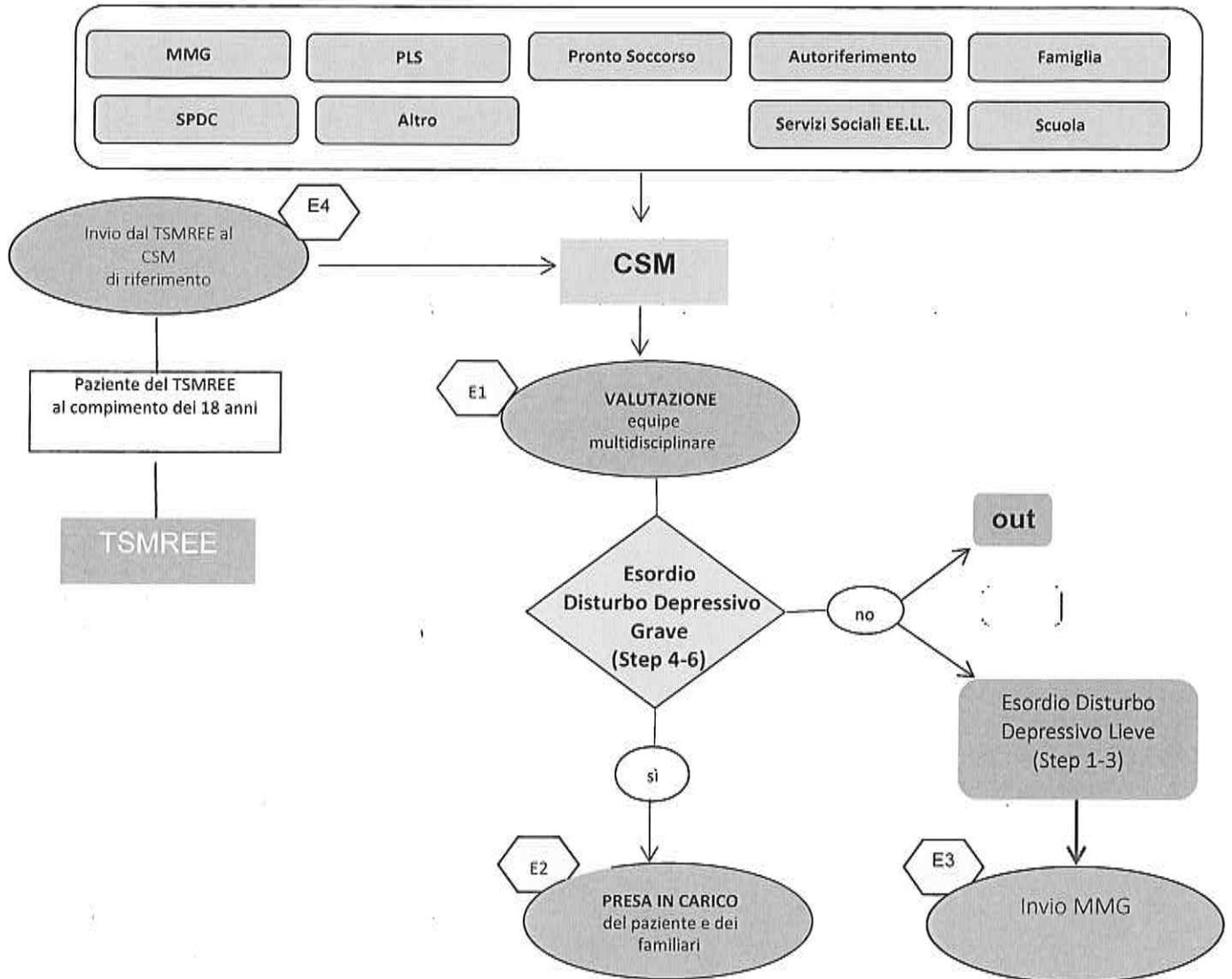
Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di prescrizione precoce dei DM fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 3)<sup>2</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 63 di 114

**Tabella 3. Raccomandazioni PANMS per la presa in carico precoce dei Disturbi Depressivi <sup>2</sup>.**

<p>1. La presa in carico precoce è garantita primariamente dalla formalizzazione di rapporti stabili con i medici di medicina generale, all'interno dei modelli clinico organizzativi atti a governare il processo assistenziale nei dipartimenti di salute mentale. Ci si riferisce in particolare alla collaborazione/consulenza e all'assunzione in cura, che rappresentano i contesti più idonei al trattamento della maggior parte dei soggetti con disturbo depressivo.</p>
<p>2. Il modello della collaborazione/consulenza consente di pervenire ad una valutazione diagnostica sul livello di gravità della depressione, oltre che fornire un quadro sistematico delle problematiche del soggetto (uso sostanze, familiarità, problematiche sociali, atti di autolesionismo e tentato suicidio, condizioni mediche generali).</p>
<p>3. L'accessibilità al dipartimento di salute mentale (DSM) dei pazienti giovani con disturbi d'ansia e stati mentali a rischio va assicurata, promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, Servizi di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), pediatri di libera scelta e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Particolare attenzione deve essere assegnata alla continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'area infanzia – adolescenza e servizi dell'età adulta.</p>
<p>4. Formulata la diagnosi e il livello di gravità clinica, il paziente riceve i trattamenti più adeguati al caso, individuati applicando i criteri del modello dello "Stepped Care".</p>
<p>5. Ai pazienti all'esordio vanno proposti, quando appropriato, interventi psicologici da estendere, se del caso, agli eventuali familiari.</p>

**Flow-chart della Fase "presa in carico precoce" del PDTA per i Disturbi Depressivi**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 65 di 114

#### 4.1 Matrice di Responsabilità

##### 4.1.1 "E1": Accesso al CSM Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata

Il paziente accede al Centro di Salute Mentale (CSM) in autopresentazione o su invio proposto dalla UOS Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE), dalla famiglia, dal Pronto Soccorso, dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Servizi Sociali dell'Ente locale di appartenenza o dalla Scuola.

Il primo accesso coincide con l'inizio della Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata a cura delle equipe di riferimento (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione).

La valutazione diagnostica dovrà essere completata entro quindici giorni dal primo contatto.

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	Lo Psichiatra che accoglie il paziente effettua colloquio clinico, richiede gli esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica, funzionalità renale, glicemia, assetto lipidico, funzionalità tiroidea, drug test), ECG e quanto ritenuto necessario. Attiva, quindi, il PDTA DM programmando la visita psicologica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	ATTIVITA' PSICOLOGICHE	Lo Psicologo effettua colloquio clinico, somministra test di personalità (MMPI-2) ed altre valutazioni psicometriche se ritenute necessarie. Se trattasi di primo contatto con il paziente attiva il PDTA DM programmando la visita psichiatrica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	-L' <i>Assistente Sociale</i> effettua Valutazione Socio-Ambientale, con focus particolare sulla Valutazione Familiare. -L' <i>Infermiere</i> al triage effettua la valutazione dei bisogni del paziente attraverso la somministrazione della Scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
COSA E QUANDO	ESAMI E INTERVENTI	Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, il ricovero.
	PRESCRIZIONE FARMACI	A cura del Medico, solo se ritenuto opportuno ed in base alle condizioni del paziente.
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami.
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Valutazione entro 15 giorni dal primo contatto con l'obiettivo di riconoscere precocemente un DM all'esordio
RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 66 di 114

#### 4.1.2 "E2": Presa in carico del paziente e dei familiari

Una volta formulata diagnosi di DM Grave (Step 4-6) all'esordio il paziente ed i suoi familiari vengono presi in carico dal CSM attraverso l'elaborazione di un PTI in cui l'equipe multidisciplinare di riferimento identifica il *Case Manager*.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psicologo, all'Infermiere, all'Assistente Sociale e al <i>TeRP</i> il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psichiatra, all'Infermiere, all'Assistente Sociale e al <i>TeRP</i> il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Effettua Psicoterapia Individuale e/o di Gruppo</li> <li>• Programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L' <i>Assistente Sociale</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psichiatra, allo Psicologo, all'Infermiere e al <i>TeRP</i> il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il <i>TeRP</i></li> </ul> Il <i>Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora insieme allo Psichiatra, allo Psicologo, all'infermiere e all'Assistente Sociale il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> L' <i>Infermiere</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora insieme allo Psichiatra, allo Psicologo, all'Assistente Sociale e al <i>TeRP</i> il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• collabora con le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Psicoterapeutico Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023

#### 4.1.3 "E3": Invio del paziente al MMG dopo Consulenza.

Il paziente che in base al Modello *Stepped Care* (Tabella 2) una volta valutato dal CSM e ritenuto che faccia parte di una condizione clinica che rientra negli Step 1-3 (Sintomi Depressivi sottosoglia, Depressione Maggiore Lieve, Distimia) viene inviato al MMG con il rilascio di una "Consulenza" con le indicazioni relative al trattamento.

#### 4.1.4 "E4": Passaggio dal TSMREE al CSM per i pazienti all'esordio che compiono 18 anni

Vedi PTDA "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITA' DI CURA DALL'ETÀ EVOLUTIVA ALL'ETÀ ADULTA"

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 68 di 114

## 5. Indicatori di qualità del PDTA per la fase di presa in carico precoce.

### 5.1 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con DM all'esordio.

<b>Misura</b>	Media di interventi/contatti annuali
<b>Note</b>	<p>Per tutti i pazienti con almeno un contatto nel periodo viene calcolata la media del numero medio di contatti dei singoli pazienti che viene calcolato dividendo i contatti complessivi per i numeri di mesi di presa in carico:</p> <p style="text-align: center;"><u>Numero Medio Contatti per singolo pz:</u></p> <p style="text-align: center;">Somma del Num. Contatti per singolo mese/Numero mesi di presa in carico</p> <p style="text-align: center;">Esempio: M.F. (3 mesi di presa in carico con in totale 12 contatti) <b>12/3=4</b> contatti</p> <p style="text-align: center;">C.R. (4 mesi di presa in carico con in totale 8 contatti) <b>8/4=2</b> contatti</p>
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

### 5.2 Trattamento psicoterapico nei pazienti con DM all'esordio.

<b>Misura</b>	Rapporto (percentuale) tra il <i>numero</i> di pazienti con DM all'esordio che ricevono almeno quattro sedute di psicoterapia o quattro colloqui psicologici e il <i>numero</i> di pazienti con DM all'esordio con almeno un contatto con il DSM nell'anno
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

## 6. Fase Acuta

Sono considerati pazienti in fase acuta sia quelli già in carico al CSM che presentino uno scompenso psicopatologico che pazienti alla prima osservazione.

Nella fase acuta sono possibili diversi setting di trattamento a seconda della gravità della presentazione clinica (Tabella 2). E' indispensabile scegliere con attenzione il contesto del trattamento tenendo conto della gravità dei sintomi e della messa in atto di comportamenti a rischio suicidario. Sono eleggibili per un trattamento con farmaci antidepressivi i pazienti con depressione moderata e grave, mentre per quelli con depressione lieve il trattamento antidepressivo è indicato solo nel caso di precedenti episodi depressivi moderati o gravi, presenza di sintomi depressivi sottosoglia da almeno due anni e persistenza di sintomi sottosoglia e depressione lieve nonostante precedenti terapie <sup>2 11</sup>. In questi pazienti in alternativa ai farmaci antidepressivi sono indicati interventi psicologici strutturati <sup>2 11</sup>. Il trattamento a livello territoriale può essere strutturato in caso di uno scompenso di moderata-grave entità in presenza di rischio suicidario lieve-medio, buona *compliance* con la terapia farmacologica, situazioni socio-ambientali e familiari favorevoli (ad es., adeguato supporto familiare o efficiente rete sociale, agevole accesso ai servizi). Il trattamento dovrebbe prevedere un intervento multidisciplinare intensivo e l'elaborazione di un PTI che deve

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023  Pag. 69 di 114

includere psicoterapia, visite domiciliari programmate da parte del personale infermieristico e/o assistente sociale e intervento psicosociale in base alle esigenze cliniche. Nel PTI può essere contemplato l'inserimento semiresidenziale (ad es., Centro Diurno) o trattamento congiunto (CSM-SPDC) in regime di Day-Hospital. Nel caso in cui il paziente non si presentasse al controllo programmato verrà contattato direttamente o tramite i familiari e/o il MMG per gli opportuni chiarimenti e la ridefinizione del programma terapeutico-assistenziale.

Il ricovero presso il SPDC è indicato quando sono presenti un grave scompenso psicopatologico con sintomi psicotici e/o rischio suicidario medio-grave, non *compliance* con la terapia farmacologica, situazioni socio-ambientali e familiari non compatibili al trattamento territoriale/domiciliare (ad es., paziente senza supporto familiare o scarsa rete sociale, difficoltà logistiche che non permettono un agevole accesso ai servizi). Il ricovero può essere effettuato sia in regime volontario che in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase acuta dei DM fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 4)<sup>2</sup>. In relazione al trattamento psicofarmacologico si fa riferimento alle Linee Guida NICE<sup>11 13</sup> (Tabella 5) e in relazione al trattamento psicoterapeutico a quanto riportato dalla Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione<sup>12</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

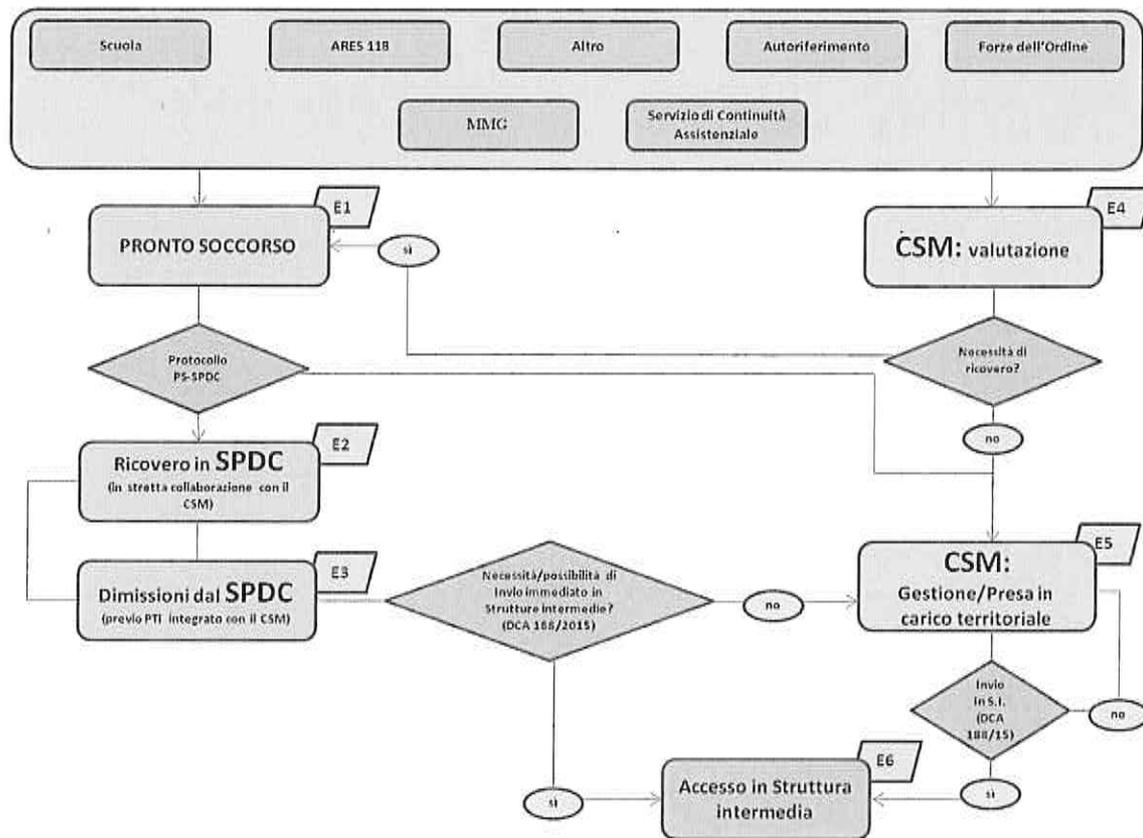
**Tabella 4. Raccomandazioni PANMS per la fase acuta dei Disturbi Depressivi<sup>2</sup>.**

1. Il paziente in fase acuta, previa attenta valutazione congiunta del medico di medicina generale e degli psichiatri di riferimento del centro di salute mentale, può essere trattato in diversi setting di trattamento: domiciliare, ambulatoriale, con il ricorso al ricovero ospedaliero. Particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione del rischio per suicidio.
2. In caso di ricovero ospedaliero, la durata dello stesso deve essere limitata nel tempo e sono attuate strategie per evitare riammissioni nei mesi successivi. La dimissione deve essere concordata con il medico di medicina generale e gli psichiatri di riferimento del CSM, al fine di favorire la continuità della cura.
3. I farmaci SSRI rappresentano la prima scelta per il trattamento antidepressivo nei casi di depressione moderata e grave. La terapia farmacologica andrà assunta per almeno sei mesi dalla remissione in caso di episodio singolo.
4. Nei casi di depressione lieve il trattamento antidepressivo è indicato solo nel caso di precedenti episodi depressivi moderati o gravi, presenza di sintomi depressivi sottosoglia da almeno due anni e persistenza di sintomi sottosoglia e depressione lieve nonostante precedenti terapie. In questi pazienti in alternativa ai farmaci antidepressivi sono indicati interventi psicologici strutturati.
5. Nei pazienti con depressione moderata o grave è indicato oltre il trattamento farmacologico anche quello trattamento psicoterapico
6. 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.

**Tabella 5. Linee Guida NICE per la fase acuta dei Disturbi Depressivi<sup>11 13</sup>.**

<b>Depressione Moderata-Grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La scelta del trattamento dipenderà dalla preferenza per specifici effetti farmacologici come sedazione, malattie o farmaci concomitanti, rischio di suicidio e precedente storia di risposta ai farmaci antidepressivi.</li> <li>• I benefici dovrebbero essere avvertiti entro 4 settimane.</li> <li>• Può essere un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI), inibitore della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI) o altro antidepressivo se indicato in base alla precedente storia clinica e di trattamento.</li> <li>• Gli SSRI sono generalmente ben tollerati, hanno un buon profilo di sicurezza e dovrebbero essere considerati la prima scelta per la maggior parte delle persone.</li> <li>• Gli antidepressivi triciclici (TCA) sono pericolosi in caso di sovradosaggio, sebbene la lofepramina abbia il miglior profilo di sicurezza.</li> <li>• Solitamente assunto per almeno 6 mesi (e per qualche tempo dopo la remissione dei sintomi).</li> </ul>
---------------------------------------	---

### Flow-chart della Fase Acuta del PDTA dei Disturbi Depressivi



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 71 di 114

## 7. Matrice di Responsabilità

### 7.1 "E1": Accesso al Pronto Soccorso e attivazione Protocollo Pronto Soccorso-SPDC

Il paziente si reca presso il Pronto Soccorso (PS) del PO di Rieti in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della Scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti.

Al suo arrivo al PS viene valutata l'eventuale necessità di ricovero in SPDC in base al Protocollo vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo_tra_UOC_Medicina_e_Chirurgia_di_Accettazione_e_D_urgenza_e_UOC_SPDC_per_la_gestione_di_pazienti_con_disturbi_psichiatrici_o_in_stato_di_agitazione_psico_-_motoria_-_alterazione_dello_stato_mentale.pdf)).

Il paziente può essere inviato a ricovero anche da uno psichiatra del CSM seguendo il percorso fast-track definito dal suddetto protocollo.

#### 7.1.1 "E2": Ricovero in SPDC

Durante il ricovero in SPDC:

- viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali;
- viene compilata la scala psicopatologica *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) sia al momento del ricovero che alla dimissione;
- viene valutato il rischio suicidario;
- 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;
- viene somministrata terapia psicofarmacologica secondo le indicazioni delle Linee NICE 11.13;
- vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene revisionato il Programma Terapeutico Individuale (PTI) all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC;
- nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile il caso viene revisionato all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (nei casi gravi, almeno una riunione congiunta) con valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15. La compilazione della modulistica relativa a tale procedura di invio è a carico dell'equipe del CSM.

La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>

Pag. 72 di 114

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	<p>Visita giornaliera del paziente con revisione della terapia farmacologica, richiesta di esami e consulenze secondo le necessità. Compilazione della scala psicopatologica BPRS Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.</p>
	ATTIVITA' PSICOLOGICHE	<p>Valutazione psicologica e, eventualmente, psicodiagnostica. Colloqui di sostegno psicologico. Compilazione della Scheda di Valutazione e della Scheda dei Segni Precoci di Crisi Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.</p>
	ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	<p><i>L'Infermiere:</i> -effettua attività infermieristica di routine; -partecipa attivamente alla visita individuale di routine collaborando e confrontandosi con le altre figure professionali; -collabora con le varie attività socio-riabilitative effettuate nel reparto. <i>L'Assistente Sociale</i> effettua Valutazione Socio-Ambientale con compilazione della Scheda Sociale per la ricognizione delle necessità socio assistenziali. <i>Il Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> -effettua interventi psicoeducativi di gruppo standardizzati per il SPDC supportato da altri professionisti; -effettua interventi di socializzazione.</p>
COSA E QUANDO	ESAMI E INTERVENTI	<p>Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, durante il ricovero.</p>
	PRESCRIZIONE FARMACI	<p>Sono a discrezione del Medico sia le modalità che la tempistica del trattamento.</p>
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA	<p>Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.</p>
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE	<p>Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami. Rilascio su richiesta del paziente del Certificato di ricovero.</p>
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	<p>Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).</p>
RISCHIO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza.</li> <li>• Allontanamento del paziente.</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica.</li> <li>• Collateralità da farmaci.</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche.</li> <li>• Problematiche psicosociali.</li> </ul>

### 7.1.2 "E3": Dimissioni dal SPDC

La dimissione dal SPDC deve essere programmata per tempo e condivisa con il paziente, i suoi familiari e l'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio al CSM:

- in previsione della dimissione, viene programmato un appuntamento per effettuare la visita di controllo entro 10 gg;
- invio sistematico via mail del foglio di dimissione all'equipe referente territoriale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALI <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 73 di 114

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (vedi E2), eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di Operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento.

Nel caso in cui non sia necessario l'invio in una Struttura Intermedia l'inserimento può avvenire contestualmente alla dimissione o dopo il rientro a domicilio del paziente (vedi paragrafo 5.1.6 "E6").

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Il Medico programma la dimissione in accordo con il paziente, i familiari e l'equipe territoriale. Compilazione della Lettera di Dimissione da consegnare al paziente ed all'equipe referente territoriale ed al medico di famiglia. Predisposizione e consegna al paziente le prescrizioni farmacologiche e l'impegnativa per la visita di controllo. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia organizza il trasferimento attraverso il Servizio Trasporti Protetti.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Colloqui di sostegno psicologico finalizzati alla dimissione con compilazione della Sceda dei Segni Precoci di Crisi.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L' <i>Infermiere</i> riconsegna gli effetti personali lasciati in consegna durante il ricovero ed effettua educazione sulla gestione domiciliare della terapia. La <i>Coordinatrice Infermieristica</i> , in caso di invio diretto in Struttura Intermedia, provvede a far effettuare copia della documentazione sanitaria. L' <i>Assistente Sociale</i> verifica la rete sociale di supporto al paziente e fornisce informazioni sui servizi socioassistenziali presenti sul territorio.
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Esami di controllo pre-dimissioni.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Predisposizione delle prescrizioni specialistiche a cura dello Psichiatra.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Informazioni relative ai controlli che il paziente dovrà effettuare e colloquio psicoeducativo sulla corretta assunzione dei farmaci a cura dello Psichiatra e dell'Infermiere.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Consegna del foglio di dimissioni, dell'impegnativa per la visita di controllo e delle prescrizioni farmacologiche al paziente. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia rilascio della documentazione sanitaria.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza</li> <li>• Allontanamento del paziente</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica e collateralità da farmaci</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 74 di 114

### 7.1.3 “E4”: Accesso al CSM e valutazione del caso.

Il paziente, sia già in carico che al primo accesso, si reca o viene segnalato al CSM di riferimento territoriale in autopresentazione o su invio dell’Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della scuola, delle Forze dell’Ordine o di altri soggetti (ad es., famiglia).

Qualora segnalato, il paziente e/o la famiglia verrà contattato/a telefonicamente dall’Infermiere, che compilerà la Scala HONOS per la valutazione delle necessità, per programmare, da parte dello psichiatra di riferimento o, in sua assenza, del collega di turno, una visita nel più breve tempo possibile (entro massimo 1-2 giorni) per la valutazione del caso. Nel caso in cui il paziente non fosse reperibile e/o la famiglia assente si provvederà, in base alla valutazione delle informazioni ricevute sul caso, ad una visita domiciliare o ad un eventuale Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

La visita psichiatrica valuterà se sono presenti sintomi depressivi di lieve-media o di grave entità in base ai criteri definiti in precedenza. Nel primo caso verrà programmato il successivo intervento multidisciplinare da parte dell’equipe territoriale di riferimento per la gestione/presa in carico del paziente. In caso di scompenso di grave entità il paziente verrà inviato al PS del PO per un ricovero presso il SPDC seguendo il percorso *fast-track* definito dal Protocollo Pronto Soccorso-SPDC vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf) ). Nel caso in cui lo Psichiatra valuti la necessità di ricovero in ambiente ospedaliero ed il paziente lo rifiuti sarà effettuato in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Il Medico visita il paziente per valutare se sono presenti sintomi depressivi di lieve-media o di grave entità con particolare attenzione a quei segni/sintomi relativi ad un rischio auto lesivo o suicidario. Predisporre impegnativa per ricovero ospedaliero, se necessario. Predisporre ASO, se necessario. Predisporre TSO, se necessario. Programma, insieme all’equipe multidisciplinare, successivo intervento multidisciplinare. Elabora, insieme all’equipe multidisciplinare, PTI.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Nel caso visiti un paziente in fase di scompenso procederà all’invio immediato allo psichiatra di riferimento o, in sua assenza, al collega di turno per la valutazione del caso. Programma, insieme all’equipe multidisciplinare, successivo intervento multidisciplinare. Elabora, insieme all’equipe multidisciplinare, il PTI.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	L’Infermiere e/o l’Assistente Sociale, insieme all’equipe multidisciplinare, programmano il successivo intervento multidisciplinare ed elaborano il Piano Terapeutico Individuale (PTI).
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Prescrizione esami ematochimici per valutare terapia con stabilizzatori.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Sono a discrezione del Medico sia le modalità che la tempistica del trattamento.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 75 di 114

	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Inizio trattamento al fine di stabilizzare le condizioni cliniche del paziente.
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non compliance del paziente</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Drop out</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

#### 7.1.4 "E5": Gestione/Presa in carico territoriale.

La gestione o la presa in carico di un paziente con diagnosi di DM in fase acuta di gravità moderata grave, sia già in carico che al primo accesso, prevede un intervento multidisciplinare intensivo con almeno un contatto psichiatrico a settimana nel primo mese e l'elaborazione di un PTI che deve includere colloqui di psicoterapia individuale con interventi EBM ovvero di terapia cognitiva e comportamentale (CBT), Terapia interpersonale (IPT), Terapia psicodinamica breve (TPB)<sup>12</sup>, visite domiciliari programmate da parte del personale infermieristico e/o assistente sociale e intervento psicosociale in base alle esigenze cliniche. Nel PTI può essere contemplato il trattamento congiunto (CSM-SPDC) in regime di Day-Hospital.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• programma eventuale terapia farmacologica domiciliare</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua almeno una visita di controllo a settimana nel primo mese</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> <li>• programma eventuale ricovero in Day-Hospital</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale</li> <li>• programma Interventi su i Familiari</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 76 di 114

	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TRP</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <i>L'Infermiere Professionale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• collabora le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento Farmacologico Intervento Psicoterapico Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento su i Familiari
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica</li> <li>• Collateralità da farmaci</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

### 7.1.5 "E6": Invio in una struttura intermedia.

Nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile si procederà a valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15. L'invio in una Struttura Intermedia può avvenire per i pazienti in fase acuta sia ricoverati in SPDC che gestiti dall'equipe multidisciplinare del CSM.

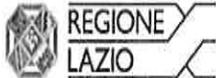
La compilazione della modulistica relativa alla procedura di invio sarà, comunque, a carico dell'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC, eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 77 di 114

Nel caso in cui non sia possibile l'invio immediato alla struttura intermedia prevista nel PTI (ad es., lunga lista di attesa con rischio di ricovero prolungato in SPDC) e ne sussistano le condizioni (ad es., il paziente è sufficientemente stabilizzato e/o è presente una valida rete familiare/sociale) il paziente può essere dimesso dal SPDC con invio al CSM che provvederà a strutturare tutte le misure terapeutiche necessarie in attesa del ricovero successivo nella suddetta struttura.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	<b>Lo Psichiatra:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	<b>Lo Psicologo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	<b>L'Assistente Sociale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INTERVENTI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI, sulla Struttura Intermedia individuata e sulle modalità di invio. Sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno la documentazione richiesta dai Sanitari
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non aderenza al PTI</li> <li>• Rifiuto del paziente o dei familiari all'invio</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>
Pag. 78 di 114		

## 8. Indicatori di qualità del PDTA per la fase acuta.

### 8.1 Degenze ospedaliere superiore ai trenta giorni.

Misura	$\frac{\text{Num di ricoveri dei pz con DM in SPDC della durata superiore ai 30 gg}}{\text{Num. di ricoveri in SPDC dei pz con DM}}$
Note	Valore percentuale
Fonti Informative	GDSM

### 8.2 Trattamento continuativo con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto.

Misura	<p><b>NUMERATORE:</b> Num pz a cui viene prescritto un farmaco antidepressivo nella fase acuta senza interruzione della terapia dalla prima prescrizione nell'anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per almeno 90 gg</li> <li>- per almeno 180 gg</li> <li>- per almeno 365 gg</li> </ul> <p><b>DENOMINATORE:</b> Num. di pz all'inizio del trattamento con farmaco antidepressivo a seconda che siano:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.pz al primo contatto</li> <li>2.pz con nuovi episodi</li> </ol>
Note	<p>L'indicatore valuta la <i>persistenza</i> del trattamento farmacologico ovvero il rinnovo continuato di un trattamento dalla diagnosi o dalla prima prescrizione fino all'interruzione del trattamento stesso.</p> <p>I pz a cui viene prescritto un farmaco nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.pz al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CSM.</li> <li>2.pz con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto.</li> </ol>
Fonti Informative	<p>-GDSM</p> <p>-SDO</p>

### 8.3 Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro quattordici giorni dalla dimissione in SPDC.

Misura	$\frac{\text{Num dei pz con DM che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 gg dalla dimissione in SPDC}}{\text{Num. con DM dimessi dal SPDC}}$
Note	<p>Valore percentuale.</p> <p>L'intervallo di tempo tra la dimissione e la visita è calcolato sulla base di giorni solari e non di quelli lavorativi.</p>
Fonti Informative	<p>-GDSM</p> <p>-SDO</p>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 79 di 114		

### 9. Trattamenti continuativi e a lungo termine

L'obiettivo principale della fase di mantenimento è quello di ridurre il rischio di ricaduta. La ricorrenza degli episodi di depressivi, che si verifica nel corso della maggior parte dei pazienti con depressione maggiore, richiede la valutazione e la scelta di un trattamento di profilassi. Gli adulti dovrebbero ricevere lo stesso dosaggio di antidepressivo ricevuto durante la fase acuta.

Si fa diagnosi di depressione resistente al trattamento nel caso in cui non si ottenga alcun risultato con due o più farmaci antidepressivi, somministrati sequenzialmente, con un dosaggio adeguato e per un adeguato periodo di tempo.

La psicoterapia è indicata soprattutto per i pazienti con depressione ricorrente che presentino ricadute nonostante il trattamento antidepressivo o abbiano sintomi residui nonostante il trattamento.

Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di trattamento continuativo e a lungo termine dei DM fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabelle 6 e 7)<sup>2</sup> e in relazione al trattamento psicofarmacologico alle Linee Guida NICE (Tabella 8)<sup>11 13</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

**Tabella 6. Raccomandazioni PANMS per il mantenimento e promozione del recupero psicosociale dei Disturbi Depressivi<sup>2</sup>.**

1. I pazienti affetti da disturbo depressivo ricorrente e resistente ricevono un trattamento continuativo differenziato in base agli obiettivi individuati applicando il modello "Stepped Care". Vanno particolarmente curati i contatti col medico di medicina generale per i casi trattabili all'interno del modello di approccio di collaborazione/consulenza.
2. In caso di depressione ricorrente il trattamento antidepressivo durerà per un periodo non inferiore ai due anni dall'avvenuta remissione clinica e con durata progressivamente maggiore sulla base della persistenza di fattori di rischio di recidiva. Nei pazienti con depressione con sintomi psicotici è indicato un trattamento congiunto con farmaci antidepressivi ed antipsicotici.
3. Per i pazienti con depressione moderata e grave ricorrente è indicato un trattamento farmacologico e psicoterapeutico combinato.
4. Il CSM attiva una modalità di presa in carico, con elaborazione di un PTI nei soli casi che presentano elevati livelli di gravità clinica, accompagnati da gravi problemi psicosociali, per i quali è opportuno un supporto psico-sociale con l'intervento di altre figure professionali, quali l'infermiere e l'assistente sociale.
5. I familiari, che assistono un paziente affetto da depressione grave o ricorrente hanno contatti regolari con gli operatori del servizio di salute mentale, che pongono attenzione alle loro opinioni; i loro bisogni sono valutati e rivisti periodicamente all'interno del piano di cura.
6. Nel caso che il paziente abusi di sostanze a livello moderato/grave o ne sia dipendente, va attuata un'attenta valutazione del grado di abuso/dipendenza, con una eventuale presa in carico congiunta con il Servizio per le tossicodipendenze.
7. Sono monitorati, anche con la collaborazione dei medici di medicina generale, le conclusioni non concordate del trattamento, i decessi, i tentativi di suicidio, e i suicidi.

**Tabella 7. Raccomandazioni PANMS per gli interventi specifici sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale dei Disturbi Depressivi<sup>2</sup>.**

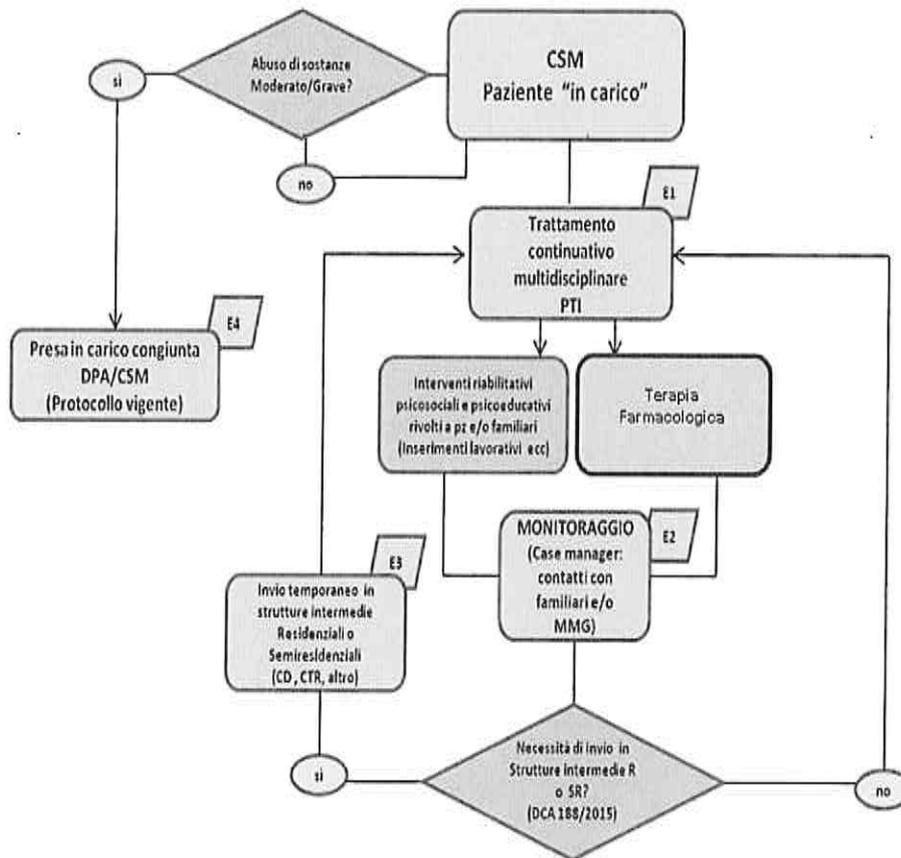
1. I pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave possono essere eligibili per interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale, in regime ambulatoriale o semiresidenziale.
2. Ai pazienti in età lavorativa, che sono disoccupati o presentano problemi lavorativi, possono offerti interventi mirati all'inserimento lavorativo.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>

Tabella 7. Linee Guida NICE per la fase la fase di mantenimento dei Disturbi Depressivi <sup>11 13</sup>.

<p><b>Sintomi Depressivi Cronici</b></p>	<p>Per le persone che presentano sintomi depressivi cronici che compromettono significativamente il <u>funzionamento personale e sociale</u> e che non hanno ricevuto precedenti trattamenti per la depressione, le opzioni di trattamento includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CBT</li> <li>• SSRI</li> <li>• SNRI</li> <li>• TCA (tenere presente che i TCA sono pericolosi in caso di sovradosaggio, sebbene la lofepramina abbia il miglior profilo di sicurezza) o</li> <li>• terapia di combinazione con CBT e un SSRI o un TCA.</li> </ul> <p>Per le persone con sintomi depressivi cronici che compromettono significativamente il funzionamento personale e sociale, che non hanno risposto agli SSRI o agli SNRI, prendere in considerazione farmaci alternativi in contesti specialistici o dopo aver consultato uno specialista. Tenere presente che il cambiamento del farmaco può comportare la necessità di un adeguato periodo di wash-out, in particolare quando si passa da o verso IMAO o moclobemide.</p> <p>Le alternative includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TCA</li> <li>• moclobemide</li> <li>• IMAO irreversibili come la fenlezina</li> <li>• amisulpride a basso dosaggio (dose massima di 50 mg al giorno, poiché dosi più elevate possono peggiorare la depressione e portare a effetti collaterali come iperprolattinemia e prolungamento dell'intervallo QT). Nel giugno 2022, questo era un uso off-label per l'amisulpride.</li> </ul>
<p><b>Depressione Resistente</b></p>	<p>Se la depressione di una persona non ha avuto o ha avuto una risposta limitata al trattamento con una combinazione di farmaci antidepressivi e terapia psicologica, discutere ulteriori opzioni di trattamento con la persona e prendere una decisione condivisa su come procedere in base alle sue necessità cliniche e alle sue preferenze.</p> <p>Le opzioni includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• passaggio ad un'altra terapia psicologica</li> <li>• aumentare la dose o passare ad un altro antidepressivo di una classe diversa (ad esempio, aggiunta di mirtazapina o trazodone a un SSRI). Essere consapevoli che alcune combinazioni di classi di antidepressivi sono potenzialmente pericolose e dovrebbero essere evitate (ad esempio, un SSRI, SNRI o TCA con un IMAO) e che quando si utilizza un antipsicotico gli effetti di questo sulla depressione, inclusa la perdita di interesse e motivazione, dovrebbe essere attentamente esaminato</li> <li>• aggiungere un altro farmaco come un antipsicotico di seconda generazione (ad esempio aripiprazolo, olanzapina, quetiapina o risperidone) o il litio</li> <li>• prendere in considerazione la Vortioxetina solo quando non vi è stata alcuna risposta o una risposta limitata ad almeno 2 antidepressivi precedenti.</li> <li>• aggiungere gli antidepressivi terapia elettroconvulsivante, lamotrigina o triiodotironina (liotironina). Nel giugno 2022, questo era un uso off-label per alcuni antipsicotici, lamotrigina e triiodotironina (liotironina).</li> </ul>

**Flow-chart - Fase "Trattamenti continuativi e a lungo termine" del PDTA per il DM**



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>
		<p>Pag. 82 di 114</p>

## 10. Matrice di Responsabilità

### 10.1 "E1": Trattamento continuativo multidisciplinare.

I pazienti affetti da DM ed in carico al CSM che, accanto ai problemi clinici, presentano problematiche psicosociali, ricevono un trattamento multidisciplinare attraverso l'elaborazione di un PTI. All'interno del PTI è specificata la figura del *Case Manager*.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	<p>Lo Psichiatra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	<p>Lo Psicologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Effettua Psicoterapia Individuale</li> <li>• Programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<p>L'Assistente Sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> <p>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <p>L'Infermiere Professionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il PTI</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• supporta le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	In base al livello di compromissione del funzionamento globale e delle necessità del paziente: Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Psicoterapia Individuale Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione ed informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sulle sue successive revisioni con sottoscrizione del Consenso Informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al PTI al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase acuta e di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 83 di 114

### 10.1.1 "E2": Monitoraggio

I pazienti affetti da DM devono essere periodicamente monitorati, sia per quanto concerne gli interventi psicoterapeutici e psicoeducativi (rivolti anche ai familiari) sia relativamente alla terapia farmacologica prevista. Il coordinamento del monitoraggio è affidato al *Case Manager* (psichiatra, psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere). Il monitoraggio ha la finalità di valutare periodicamente la situazione clinico-assistenziale del paziente con revisione del PTI (almeno ogni 6 mesi o comunque in base a necessità emergenti) con eventuali modifiche dello stesso al fine della prevenzione di ricadute. Il monitoraggio deve prevedere la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici. Nella revisione del PTI bisognerà anche valutare il funzionamento globale del paziente per l'eventuale necessità di modifica del trattamento psicosociale e/o di inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali (ad esempio, Centri Diurni).

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici</li> <li>Rinnova e/o aggiorna la terapia farmacologica</li> <li>Effettua Intervento Psicoeducativo tramite periodico aggiornamento su Sintomi e Farmaci a pz e/o familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>Monitora l'andamento della Psicoterapia Individuale</li> <li>Valuta l'andamento ed aggiorna periodicamente il Programma di Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>Monitora le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP): <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> L'Infermiere Professionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio del PTI relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG</li> <li>Effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali periodici di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta (monitoraggio ogni 6 mesi o in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta)
	<b>INTERVENTI</b>	Monitoraggio Intervento Psicoeducativo standardizzato (in base a necessità emergenti) Monitoraggio Intervento Vocazionale (in base a necessità emergenti)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 <div style="text-align: right;">Pag. 84 di 114</div>

	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Aggiornamento periodico (almeno ogni 6 mesi o in base a necessità emergenti) da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI al paziente ed alla famiglia.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli ulteriori esami eventualmente richiesti.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Monitoraggio costante delle condizioni clinico-assistenziali del paziente e revisione periodica del PTI al fine di evitare l'insorgenza una ricaduta e di ottenere la stabilizzazione del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Ricaduta</li> </ul>

#### **10.1.2 "E3": Invio temporaneo in una struttura intermedia.**

Nella valutazione semestrale delle condizioni clinico-assistenziali del paziente o durante il trattamento previsto dal PTI, accertata la presenza di fattori di rischio per una ricaduta, può emergere la necessità di Inserimento in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15.

La Matrice di Responsabilità relativa all'Invio in una struttura intermedia è riportata nel paragrafo 5.1.6.

#### **10.1.3 "E4": Presa in carico congiunta DPA/CSM**

Vedi PTDA "Doppia Diagnosi".

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 85 di 114

## 11. Indicatori di qualità del PDTA per i Trattamenti continuativi e a lungo termine

### 11.1 Trattamento Psicoterapeutico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente

Misura	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Num. di pz che ricevono nel periodo: -solo trattamento farmacologico -solo trattamento psicoterapeutico -idue trattamenti combinati -nessuno dei due
<b>Denominatore</b>	Num. di pz con depressione ricorrente trattati dal DSM nell'anno
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 11.2 Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente

Misura	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Numero di pazienti che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci antidepressivi -per almeno 90 gg -per almeno 180 gg -per 365 gg A partire dalla prima prescrizione del periodo
<b>Denominatore</b>	Numero di pazienti con depressione ricorrente in trattamento farmacologico nel periodo di osservazione
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI		
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI		PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 86 di 114

## PARTE IV: Disturbi Gravi di Personalità

### 1. Introduzione

I Disturbi Gravi di Personalità (DGP) sono condizioni cliniche in progressivo incremento epidemiologico con specifiche domande di trattamento e costituiscono di conseguenza problematiche di crescente rilievo per i Servizi di Salute Mentale <sup>1</sup>. La letteratura internazionale ne attesta una prevalenza complessiva nella popolazione generale pari al 13,4%, al 3,1% limitatamente ai disturbi del cluster B e allo 0,7% per il disturbo borderline di personalità <sup>2</sup>. Il Rapporto di Salute Mentale redatto dal Ministero della Salute riferito all'anno 2022 riporta una prevalenza trattata per i DGP pari a 11,9x10000 abitanti, con incidenza trattata per i *nuovi utenti* e *nuovi casi* afferenti ai Centri di Salute Mentale (CSM) pari rispettivamente a 3,2 e 2,9x10000 abitanti. Le prestazioni erogate dai CSM per i DGP rappresentano il 10,6% del totale con un tasso di *droup out* del 1,1% <sup>3</sup>. I dati relativi alle ospedalizzazioni evidenziano come il 13,69% dei ricoveri in SPDC sono effettuati per DGP con una degenza media di 9,1 giorni e di un tasso di riammissioni del 7,7% a 30 giorni e del 4,1% a sette giorni dalla dimissione <sup>3</sup>. I DGP sono, inoltre, associati ad un alto rischio suicidario: un terzo dei soggetti che hanno commesso un suicidio e il 77% con un tentativo suicidario hanno una diagnosi di DGP <sup>4</sup>. I soggetti con DGP che hanno tentato il suicidio hanno, inoltre, il più alto rischio di ripetizione del gesto <sup>4</sup>.

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è certamente il quadro clinico sul quale si hanno a disposizione i maggiori dati scientifici <sup>5</sup> che indicano che la sintomatologia specifica tende ad attenuarsi progressivamente nel corso dell'arco biografico, senza però corrispondere a una remissione della disabilità sociale <sup>6</sup>. Inoltre il tasso dei suicidi per il solo DBP oscilla tra il 5 e il 10%, aspetto che rende conto della necessità di trattamenti appropriati per ridurre il carico di malattia e i costi sanitari e sociali associati <sup>6</sup>.

### 2. Inquadramento diagnostico

I DGP sono rappresentati dalle categorie diagnostiche del *Cluster B* del DSM-5 con l'esclusione del Disturbo Antisociale di Personalità. Si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento sociale. Presentano frequente comorbidità con patologie di Asse I, particolarmente i Disturbi dell'Umore, i Disturbi da Uso di Sostanze e i Disturbi dell'Alimentazione, che complicano il quadro clinico e ne aggravano la prognosi.

Gli strumenti nosografici e classificatori prevalentemente utilizzati nel DTPSM della ASL di Rieti sono l'ICD-9 CM <sup>7</sup> e l'ICD-10 <sup>8</sup>. Le raccomandazioni contenute nel presente PDTA si applicano ai codici diagnostici riportati in **Tabella 1**.

Tabella 1. Criteri ICD-9CM e IDC-10 per i Disturbi Gravi di Personalità <sup>7 8</sup>.

ICD 10		ICD 9 CM		Transcodifica complessiva
F603	Disturbo di personalità emotivamente instabile			Disturbo borderline di personalità
F6030	Tipo impulsivo	3013	Disturbo di personalità esplosivo	Disturbo borderline di personalità
F6031	Tipo borderline	30183	Disturbo di personalità borderline	Disturbo borderline di personalità

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 87 di 114		

		30181	Disturbo di personalità narcisistica	Disturbo narcisistico di personalità
F6034	Disturbo istrionico di personalità	30150	Disturbo di personalità istrionico, non specificato	Disturbo istrionico di personalità
		30159	Altri disturbi di personalità istrionici	Disturbo istrionico di personalità

La gravità dei Disturbi di Personalità del *Cluster B* del DSM-5, ad eccezione del Disturbo Antisociale di Personalità, è definita dalla sussistenza dei seguenti elementi:

- a. autolesionismo ripetuto e/o tentativi di suicidio;
  - b. altri comportamenti a rischio (incidenti stradali frequenti, risse, comportamento sessuale promiscuo);
  - c. almeno tre ricoveri ospedalieri e/o di inserimenti in strutture residenziali nell'arco di un anno, o un ricovero della durata superiore ad un mese;
  - d. precedente cura in NPIA per disturbi esternalizzanti (ADHD, Disturbi della condotta, DCA);
  - e. ripetuti fallimenti scolastici e/o lavorativi;
  - f. funzionamento sociale e/o interpersonale compromesso;
- Oppure o in aggiunta, dalla sussistenza di una comorbidità con i seguenti disturbi psichici:*
- g. disturbi da abuso sostanze;
  - h. disturbi del comportamento alimentare;
  - i. disturbi depressivi maggiori;
  - j. disturbi bipolari;
  - k. disturbi psicotici transitori.

Nel DSM 5 viene posta l'enfasi su un modello dimensionale, piuttosto che categoriale, per i DGP. Il modello prende in considerazione le dimensioni personologiche permettendo al clinico maggiori manovre di intervento.

Per la diagnosi categoriale si consiglia l'uso dei seguenti strumenti:

- a. SCID II per la diagnosi categoriale di Disturbo di personalità;
- b. E'altresi indicato l'impiego della SCID I per i casi di possibile comorbidità con Disturbi di Asse I;
- c. BPDCL (Borderline Personality Disorder Check list).

Per gli approfondimenti sugli aspetti dimensionali, di grande importanza per delineare le caratteristiche specifiche dei DGP, si consiglia l'uso dei seguenti strumenti:

- a. BIS-11 (Scala i Barratt per la valutazione dell'impulsività)
- b. DSHI (valutazione dell'autolesionismo)
- c. DERS (valutazione della disregolazione emotiva)
- d. DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)
- e. AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)
- f. Valutazione del Funzionamento Globale (VGF)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 88 di 114

### 3. Fase "Presenza in carico Precoce".

I Disturbi di Personalità non sono caratterizzati da un vero e proprio esordio naturale, bensì dal progressivo attestarsi di caratteristiche disfunzionali del funzionamento mentale, nel corso dell'età evolutiva, che trovano espressione nel comportamento e in altri sintomi peculiari, generalmente riguardanti le funzioni di adattamento sociale della personalità. Tuttavia, gli studi sugli interventi precoci suggeriscono che l'inizio tempestivo del trattamento può ridurre le manifestazioni più gravi del DBP e migliorarne gli esiti<sup>1</sup>. Per questa ragione le connessioni funzionali con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile assumono un rilievo particolare nella definizione degli interventi efficaci.

La prima fase del rapporto di cura si fonda su tre obiettivi:

- valutazione diagnostica dimensionale, piuttosto che categoriale
- definizione del contratto terapeutico, nel quale convergono l'alleanza con l'equipe curante e la formalizzazione di progetto di cura
- valutazione della motivazione verso trattamenti specifici.

Il **Procedimento Diagnostico** è finalizzato a definire il quadro psicopatologico e il livello di funzionamento individuando le possibilità di protezione (rispetto ai rischi associati alla patologia) e di evoluzione a partire dal quadro delle risorse spontanee appartenenti al repertorio comportamentale della persona con DGP e al suo ambiente di vita. La diagnosi deve essere comunicata apertamente al paziente (e ai suoi familiari) illustrando le strategie terapeutiche che saranno attivate. I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riferendo al paziente (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle *mission* dei servizi.

Il **Contratto Terapeutico** (CT) deve essere considerato la base del trattamento dei DGP. Il CT definisce le regole e il setting del rapporto di cura. Definito a priori dalle prerogative specifiche del curante (la competenza) e del curato (il bisogno), risente delle norme di legge, dei regolamenti, degli orientamenti scientifici e non in ultimo degli aspetti soggettivi, quali le reciproche aspettative e il grado di asimmetria informativa<sup>10</sup>. Il contratto è parte integrante di ogni rapporto terapeutico, ma le sue caratteristiche assumono una specifica rilevanza per il trattamento dei DGP per le seguenti ragioni:

1) La definizione del setting nelle sue componenti qualitative – costanza e coerenza delle risposte terapeutiche - è elemento basilare per lo sviluppo di una relazione efficace. La formalizzazione del contratto contribuisce, a modulare i comportamenti terapeutici nell'equipe dando un contributo fondamentale in termini di qualità, e fornisce strumenti per affrontare le scissioni e le reazioni controtransferali che i pazienti con DGP inevitabilmente propongono.

2) L'evidenza formale della definizione degli obiettivi terapeutici, di lungo e di breve periodo, consente di sottoporre a verifica gli esiti dei trattamenti. Nella prospettiva di un più generale cambiamento dell'utente, che coincide con la finalità del recupero del ruolo socio relazionale positivo (recovery), il contratto da respiro strategico ai singoli steps di un percorso spesso lungo e organizzato per fasi. Fasi che a loro volta coinvolgono diversi punti della rete dei servizi e della comunità in una progressione di eventi dimensionati al bisogno attuale (configurazione dei servizi).

3) Per la loro natura i DGP presentano il rischio di comportamenti distruttivi, auto ed etero diretti in soggetti che mantengono, salvo fasi specifiche di particolare gravità psicopatologica, integro l'esame di realtà e la capacità di autodeterminarsi. Molto spesso le legittime preoccupazioni dei professionisti in ordine alle potenzialità che le responsabilità assunte nel progetto di cura si trasformino in ipotesi di reato, condizionano le scelte adottate in senso difensivistico e diventano presupposto di trattamenti inappropriati. La definizione formale degli obiettivi di cura e delle

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 <div style="text-align: right;">Pag. 89 di 114</div>

reciproche responsabilità assunte dal curante e dal curato nel progetto terapeutico, coinvolgendo anche la famiglia soprattutto nel caso dei minori, non risolve in maniera definitiva questa contraddizione, ma fornisce strumenti oggettivi per gestirla sul piano delle effettive possibilità di cura offerte dalle conoscenze medico psichiatriche e psicologiche aggiornate.

Il CT si sostanzia in un atto scritto e proceduralizzato che viene redatto in duplice (triplice) copia e sottoscritto dagli attori, nel quale è dato spazio a:

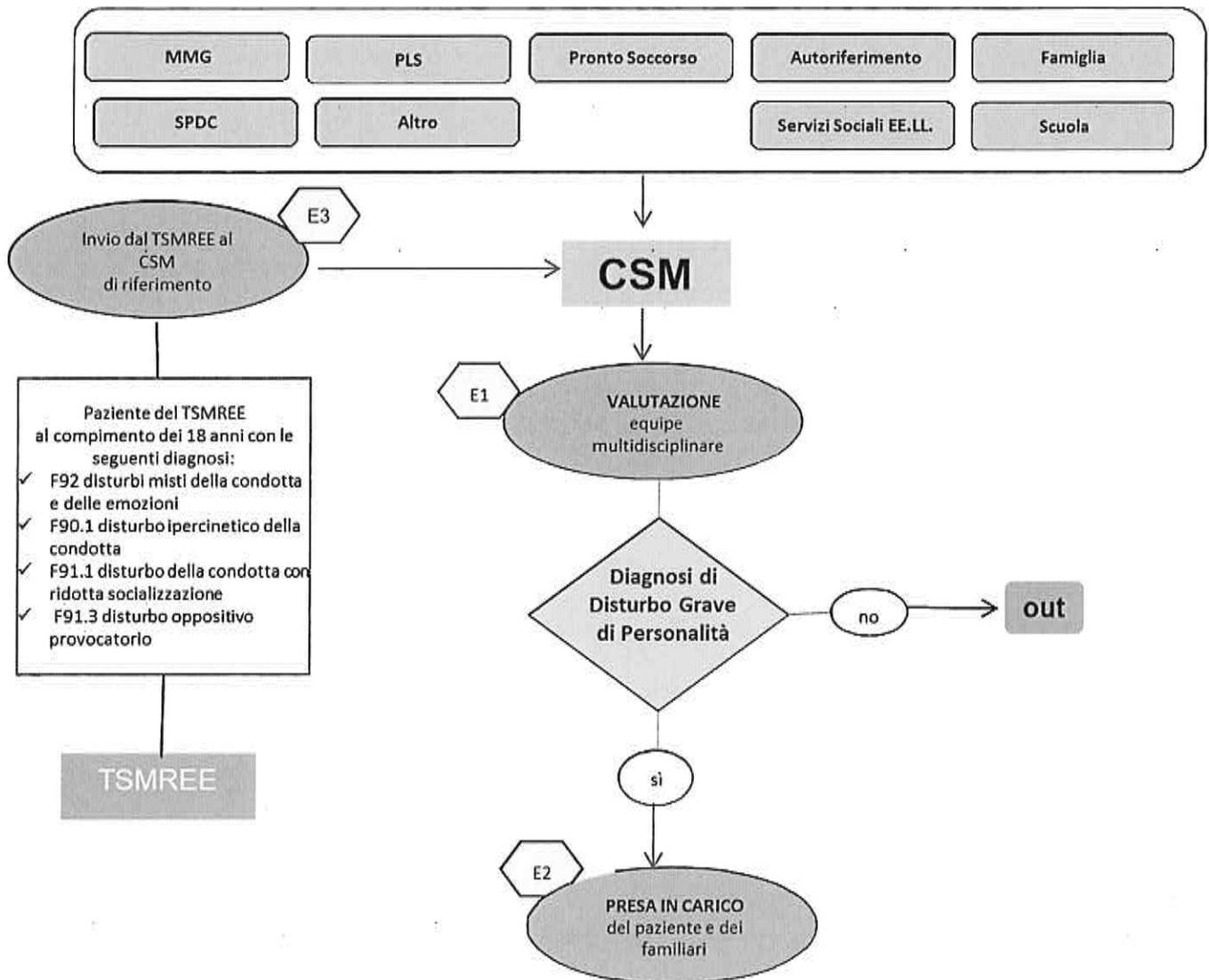
- a. la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine);
- b. le competenze attivate dall'equipe;
- c. le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia);
- d. le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- e. il piano di gestione delle crisi.

Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di presa in carico precoce del DB fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 2) <sup>2</sup>. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

**Tabella 2. Raccomandazioni PANMS per la presa in carico precoce dei Disturbi Gravi di Personalità <sup>2</sup>.**

<p>1. L'accessibilità al dipartimento di salute mentale dei pazienti giovani con disturbi psichici e stati mentali a rischio deve essere facilitata promuovendo progetti/protocolli specifici di collaborazione tra DSM, servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (NPIA), medici di medicina generale e altri soggetti della rete sanitaria e socio-sanitaria, al fine di favorire una valutazione ed un trattamento precoci.</p>
<p>2. Il trattamento dei DGP fa capo ad un'equipe di riferimento, e non a singoli professionisti, che devono essere introdotti alla persona con DGP (e ai suoi familiari) specificandone i ruoli e le competenze rispetto all'attualizzazione del piano di cura. L'equipe che lavora con persone con DGP sviluppa un progetto di cura multidisciplinare in collaborazione con i pazienti.</p>
<p>3. Particolare attenzione deve essere assegnata al momento di passaggio di soggetti minorenni al compimento del 18° anno di età. Al riguardo, devono essere elaborati protocolli specifici tra i servizi di NPIA e i servizi del DSM affinché il trasferimento avvenga nel modo meno traumatico possibile. Il trasferimento deve essere effettuato nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni. Quando è prevedibile la conclusione del rapporto di cura nell'arco di 12 mesi occorre proseguire il trattamento presso i servizi NPIA anche oltre i 18 anni.</p>
<p>4. Nella pianificazione della transizione è anche raccomandata l'analisi della possibilità di attuare un piano di cure al di fuori dei Servizi di Salute Mentale per adulti avvalendosi di altre risorse (Spazi Giovani, Consulitori, Medici di Medicina Generale).</p>
<p>5. Estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio ai Servizi di Salute Mentale per adulti, ad alcuni quadri clinici di consistente gravità che vengono indicati come possibili precursori di disturbi di personalità. (F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni, F90.1 disturbo ipercinetico della condotta, F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione, F91.3 disturbo oppositivo provocatorio).</p>
<p>6. I pazienti giovani con diagnosi di Disturbo di Personalità, e quelli che presentano i codici diagnostici sopradescritti, devono ricevere un approfondimento diagnostico relativo ai tratti attraverso una valutazione dimensionale utilizzando scale e test di valutazione appropriati (ad esempio SWAP A, STIPPO o MMPI A). Ai fini della diagnosi categoriale la valutazione deve essere effettuata con strumenti standardizzati, ciò al fine di ridurre l'incidenza delle sotto-diagnosi (mancanza di specificità) e delle sovra-diagnosi (eccessiva genericità). Per un corretto inquadramento la diagnosi deve essere completata con la valutazione dimensionale delle principali variabili cliniche associate al Disturbo di Personalità.</p>
<p>7. La valutazione non deve essere focalizzata esclusivamente sui comportamenti, ma orientata primariamente a descrivere il funzionamento personale e sociale delle persone con DGP, le strategie di adattamento, i punti di forza e di vulnerabilità; i disturbi mentali in comorbidità, i bisogni di eventuali congiunti.</p>

**Flow-chart della Fase “presa in carico precoce” del PDTA per i Disturbi Gravi di Personalità (DGP)**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 91 di 114

#### 4. Matrice di Responsabilità

##### 4.1 "E1": Accesso al CSM Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata

Il paziente accede al Centro di Salute Mentale (CSM) in autopresentazione o su invio proposto dalla UOS Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE), dalla famiglia, dal Pronto Soccorso, dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Servizi Sociali dell'Ente locale di appartenenza o dalla Scuola.

Il primo accesso coincide con l'inizio della Valutazione multidisciplinare e multiassiale standardizzata a cura delle equipe di riferimento (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione).

La valutazione diagnostica dovrà essere completata entro quindici giorni dal primo contatto.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra che accoglie il paziente effettua colloquio clinico, richiede gli esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica, funzionalità renale, glicemia, assetto lipidico, funzionalità tiroidea, drug test), ECG e quanto ritenuto necessario. Attiva, quindi, il PDTA DGP programmando la visita Psicologica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo effettua colloquio clinico e valutazione psicodiagnostica (SCID II, BIS-11, DSHI, DERS, VGF). Se trattasi di primo contatto con il paziente attiva il PDTA DGP programmando la visita Psichiatrica, le valutazioni infermieristica e socio-ambientale.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	-L'Assistente Sociale effettua Valutazione Socio-Ambientale, con focus particolare sulla Valutazione Familiare. -L'Infermiere al triage effettua la valutazione dei bisogni del paziente attraverso la somministrazione della Scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Visita medica e , se necessari, prescrizione esami al momento dell'accesso ed il ricovero.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	A cura del Medico, solo se ritenuto opportuno ed in base alle condizioni del paziente.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Valutazione entro 15 giorni dal primo contatto con l'obiettivo di riconoscere precocemente un DGP
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023

#### 4.2 “E2”: Presa in carico del paziente e dei familiari

Una volta formulata diagnosi di DGP il paziente ed i suoi familiari vengono presi in carico dal CSM. La diagnosi viene comunicata al paziente (e ai suoi familiari) illustrando le strategie terapeutiche che saranno attivate e verrà firmato il *Contratto Terapeutico* all'interno del quale si descrive l'equipe multidisciplinare di riferimento con identificazione del *Case Manager*.

Per individuare il trattamento più efficace dei DGP, in aggiunta alle linee guida, è fondamentale avvalersi dei risultati emersi dalle metanalisi, in quanto la pubblicazione delle linee guida è antecedente alla pubblicazione del DSM 5 e, quindi, non tengono conto della nuova classificazione di personalità per tratti dimensionali<sup>9</sup>. Uno studio recente ha analizzato le principali linee guida (NICE ed APA) e le recenti rassegne e metanalisi sul trattamento del Disturbo Borderline (BPD) e del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD), al fine di individuare quali sono i trattamenti raccomandati e con maggior prova di efficacia. I risultati evidenziano che i trattamenti protocollati (Terapia Dialettico Comportamentale, Schema Therapy e Terapia Basata sulla Mentalizzazione) potrebbero essere più facilmente applicabili nella pratica clinica e sono correlati a migliori risultati<sup>9</sup>. In considerazione della formazione sulla Terapia Dialettico Comportamentale (DBT)<sup>10</sup> effettuata sulla maggior parte degli operatori del Dipartimento e della sua validità dimostrata da studi internazionali e nazionali<sup>9</sup>, tale approccio terapeutico, soprattutto in setting di gruppo, deve essere inserito nel progetto terapeutico dei DGP.

Nei Servizi per la Salute Mentale lavorare con persone con DGP significa molto spesso imbattersi in pazienti che, nonostante la manifesta realtà clinica e comportamentale, non ritengono le proprie condotte e i propri vissuti “problematici”. Tale inclinazione difensiva, che si traduce in atteggiamenti di dolorosa “resistenza” al cambiamento, rende necessario posizionare l'offerta di aiuto al giusto livello di appropriatezza. Le equipe che lavorano con persone con DGP dovranno favorire l'aggancio del paziente attraverso un approccio relazionale specificatamente rivolto al sostegno e all'*empowerment* del cambiamento realisticamente possibile. Nel percorso di cura è di fondamentale importanza il coinvolgimento dei familiari. Risulta, pertanto, necessario chiedere direttamente ai pazienti che i propri familiari siano coinvolti nel processo di cura e sottoposti al consenso informato e al rispetto della riservatezza. L'intervento sui familiari è incentrato sui seguenti punti:

- incoraggiare i familiari a partecipare al percorso di cura;
- assicurare che il coinvolgimento delle famiglie non conduca al ritiro dal percorso di cura o ad un ostacolo per l'accesso ai trattamenti;
- informare i familiari sulle opportunità locali di sostegno informale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psicologo, all'Infermiere, all'Assistente Sociale e al <i>TeRP</i> il Contratto Terapeutico che verrà sottoscritto dal paziente e dai familiari</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> <li>• effettua intervento DBT di Gruppo</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psichiatra, all'Infermiere, all'Assistente Sociale e al <i>TeRP</i> il Contratto Terapeutico che verrà sottoscritto dal paziente e dai familiari</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale</li> <li>• effettua intervento DBT di Gruppo</li> <li>• programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Assistente Sociale:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme allo Psichiatra, allo Psicologo, all'Infermiere e al <i>TeRP</i> il Contratto Terapeutico che verrà sottoscritto dal paziente e dai familiari</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TRP</li> </ul> <i>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora insieme allo Psichiatra, allo Psicologo, all'infermiere e all'Assistente Sociale il Contratto Terapeutico che verrà sottoscritto dal paziente e dai familiari</li> <li>• effettua Intervento di Social Skill Training</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <i>L'Infermiere:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora insieme allo Psichiatra, allo Psicologo, all'Assistente Sociale e al <i>TeRP</i> il Contratto Terapeutico che verrà sottoscritto dal paziente e dai familiari</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• collabora con le varie attività riabilitative</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Lo Psichiatra prescrive esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Psicoterapeutico Intervento DBT di Gruppo Intervento di Social Skill Traing Intervento Vocazionale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul Contratto Terapeutico che verrà sottoscritto insieme al Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
<b>OGGETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Adesione al Contratto Terapeutico al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase di crisi e di ottenere un miglioramento del quadro clinico e funzionale del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 94 di 114

#### 4.3 "E3": Passaggio dal TSMREE al CSM per i pazienti all'esordio che compiono 18 anni

Vedi PTDA "PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITA' DI CURA DALL'ETÀ EVOLUTIVA ALL'ETÀ ADULTA"

Per i DGP deve essere preso in considerazione quanto definito dal PANMS ovvero che *"il trasferimento avvenga nel modo meno traumatico possibile. Il trasferimento deve essere effettuato nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni. Quando è prevedibile la conclusione del rapporto di cura nell'arco di 12 mesi occorre proseguire il trattamento presso i servizi NPIA anche oltre i 18 anni."* Il PANMS raccomanda, inoltre, che *"nella pianificazione della transizione è anche raccomandata l'analisi della possibilità di attuare un piano di cure al di fuori dei Servizi di Salute Mentale per adulti avvalendosi di altre risorse (Spazi Giovani, Consulitori, Medici di Medicina Generale)."*

### 5. Indicatori di qualità del PDTA per la fase di presa in carico precoce.

#### 5.1 Valutazione standardizzata dei problemi clinici e psicosociali

Misura	Percentuale
<b>Numeratore</b>	Numero di pazienti con diagnosi di DGP che ricevono almeno due interventi di valutazione standardizzata nei primi tre mesi dal primo contatto con il CSM
<b>Denominatore</b>	Numero di pazienti con diagnosi di DGP in trattamento nel CSM
<b>Fonti Informative</b>	GDSM

### 6. Fase Acuta

I pazienti con DGP richiedono spesso interventi in condizioni di crisi che, pur assumendo espressioni diverse sul piano psicopatologico e comportamentale, sono sostenute dalle caratteristiche nucleari del disturbo e dalla sua frequente presentazione in comorbidità con Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore e da Disturbi da Abuso di Sostanze, Psicosi Brevi, Disturbi del Comportamento Alimentare. Per affrontare le crisi dei pazienti in trattamento con DGP è indicato predisporre al momento del CT un *Piano di Gestione della Crisi* orientato a promuovere le capacità di autogestione e le strategie di coping più adeguate, con un approccio *empowering*. Il piano deve essere condiviso con il paziente ed eventualmente consultabile da tutti gli operatori che potrebbero intervenire nel corso del trattamento.

L'operatore che interviene in condizioni di crisi deve disporre di strumenti che consentano di effettuare un corretto inquadramento diagnostico e di individuare, sulla base delle priorità rilevate, l'intervento più appropriato. La complessità della valutazione della crisi e la necessità di adottare strategie finalizzate alla sua risoluzione presuppongono che il percorso assistenziale globalmente inteso disponga, da un lato, di professionisti con competenze appropriate al contesto in cui operano e, dall'altro, della definizione strutturata dei contesti di cura che consentano di fornire una risposta tempestiva.

Il Servizio deve, pertanto, disporre di competenze tecniche specifiche, effettuare una corretta valutazione e gestione del rischio adottando un approccio relazionale coerente con i principi per la gestione generale della crisi. Occorre anche garantire il follow-up della crisi e proporre, in maniera flessibile ma definita, offerte assistenziali diversificate ed idonee al superamento della stessa che si sostanziano nel:

- coinvolgere il paziente in una partecipazione attiva, motivandolo a riprendere o ad intraprendere un percorso di cura;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 95 di 114

- concordare un invio per una valutazione finalizzata ad una presa in carico territoriale;
- coinvolgere i familiari;
- erogare un trattamento farmacologico;
- attivare il trattamento dei comportamenti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio;
- disporre quando indicato, un immediato ricovero in ambiente ospedaliero.

Il ricovero presso il SPDC è indicato quando sono presenti un grave scompensamento psicopatologico con sintomi psicotici e/o rischio suicidario medio-grave, non *compliance* con la terapia farmacologica, gravi alterazioni comportamentali, situazioni socio-ambientali e familiari non compatibili al trattamento territoriale/domiciliare (ad es., paziente senza supporto familiare o scarsa rete sociale, difficoltà logistiche che non permettono un agevole accesso ai servizi). Il ricovero può essere effettuato sia in regime volontario che in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase acuta dei DGP fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabella 4) <sup>1</sup>. In relazione al trattamento psicofarmacologico e psicoterapeutico si fa riferimento alle Linee Guida NICE per il DBP riadattate <sup>11</sup> (Tabella 5). L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

**Tabella 4. Raccomandazioni PANMS per la fase acuta dei Disturbi Gravi di Personalità <sup>1</sup>.**

<p>1. Quando una persona con DGP presenta una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione delle crisi, in precedenza redatto e sottoscritto, per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment. Occorre fare ogni sforzo per gestire la crisi utilizzando lo strumento dell'analisi comportamentale con la persona con DGP e i membri della sua famiglia per individuare i fattori causa di stress e i determinanti ultimi della crisi.</p>
<p>2. Alle persone minorenni con DGP (o diagnosi di tratti di personalità predittiva di DGP) deve essere garantita la possibilità dell'accesso al ricovero ospedaliero o al trattamento in aree diverse dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).</p>
<p>3. Il ricorso all'ospedalizzazione si ha quando il trattamento della crisi comporta un rischio significativo per il la persona con DGP e/o per gli altri e non può essere gestito diversamente (in nessun altro servizio o luogo) o in presenza di una disposizione dell'Autorità Giudiziaria. Importante coinvolgere attivamente il soggetto nella decisione. In caso di TSO, adottare strategie appropriate per ottenere appena possibile l'adesione volontaria al ricovero ed attivare interventi che evitino episodi di contenzione a fronte di eventuali comportamenti agitati/violenti. Una volta risolta la crisi si rende necessario un follow up che porti ad un aggiornamento del piano di cura e se necessario a rivedere il repertorio della gestione preventiva della crisi.</p>
<p>4. Quando il ricovero si sia ripetuto due o più volte nel corso di un semestre, oppure il periodo di ospedalizzazione abbia superato i 30 giorni, occorre organizzare una formale revisione del programma.</p>
<p>5. Per i pazienti che presentino crisi ricorrenti con caratteristiche simili, occorre redigere un piano di gestione delle crisi condiviso con la persona con DGP, ed eventualmente i suoi familiari.</p>

**Tabella 5. Linee Guida NICE per la fase acuta del Disturbo Borderline di Personalità adattate ai DGP <sup>10</sup>.**

<b>PRINCIPI DEL TRATTAMENTO DELLE CRISI</b>
<p>Quando una persona con un DGP si presenta nel corso di una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione precedentemente redatto e sottoscritto per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment.</p> <p>Da un punto di vista operativo è utile tenere conto delle seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mantenere la calma e non assumere un atteggiamento reattivo;</i></li> <li>• <i>Provare a comprendere la crisi dal punto di vista della persona;</i></li> <li>• <i>Approfondire le possibili cause dello stress negativo;</i></li> <li>• <i>Adottare un linguaggio chiaro ed empatico, compreso un atteggiamento validante per individuare l'origine e lo sviluppo dei problemi attuali;</i></li> <li>• <i>Provare a stimolare la ricerca di soluzioni in modo autonomo, facendo riferimento al piano per la gestione delle crisi;</i></li> <li>• <i>Evitare di minimizzare le motivazioni addotte dal paziente;</i></li> <li>• <i>Evitare di offrire soluzioni prima di aver ottenuto una completa e chiara comprensione del problema;</i></li> <li>• <i>Considerare tutte le altre possibilità prima di proporre un ricovero in condizioni di urgenza;</i></li> <li>• <i>Se sussiste la possibilità di una risoluzione favorevole fissare sempre e comunque la data di un successivo incontro di follow-up per la</i></li> </ul>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023</p> <p>Rev. 0</p> <p>Del 14/12/2023</p>

*verifica degli esiti.*

- *Nei pazienti giovani occorre bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità individuali con le responsabilità dei genitori.*

*(segue)*

### IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA CRISI

*La prescrizione farmacologica, pur non rappresentando il trattamento d'elezione dei DGP, assume il valore di una strategia d'intervento integrativa ove vi sia la necessità di contenere, in maniera sintomatica, la disregolazione affettiva, il discontrollo impulsivo-comportamentale o i disturbi della sfera percettivo-cognitiva.*

*Prima di prescrivere un trattamento farmacologico a breve termine per persone con DGP durante una crisi:*

- *Condividere la scelta del trattamento farmacologico in equipe;*
- *Individuare i possibili rischi della prescrizione fra cui anche l'utilizzo di alcol o droghe;*
- *Tenere in considerazione il ruolo psicologico della prescrizione, l'impatto che può avere sulla relazione terapeutica e sul progetto di cura complessivo, incluse le strategie di trattamento a lungo termine;*
- *Assicurarsi che il farmaco non sostituisca interventi più appropriati;*
- *Limitare al massimo le politerapie.*

*Nella prescrizione di una terapia a breve termine per la gestione di una crisi, è utile tenere conto delle seguenti indicazioni:*

- *Scegliere un farmaco con un profilo di bassi effetti collaterali, basso rischio di indurre dipendenza, minima possibilità di abuso e in caso di assunzione incongrua minima letalità;*
- *Usare la minima dose efficace;*
- *Prescrivere poche confezioni per volta al fine di evitare il rischio di assunzione incongrua;*
- *Individuare e condividere con il paziente i sintomi bersaglio della cura, monitorare l'andamento, e prevedere la durata del trattamento;*
- *Concordare un programma di adesione al trattamento e di verifica dell'assunzione appropriata;*
- *Interrompere il trattamento farmacologico se dopo un certo periodo di tempo non si osservano modificazioni dei sintomi bersaglio o se gli effetti collaterali sono maggiori dei benefici;*

*Considerare trattamenti alternativi, compreso un trattamento psicologico, se i sintomi bersaglio non migliorano o il livello di rischio non diminuisce.*

*Fissare un appuntamento per rivalutare tutto il progetto di cura, compresi sia il trattamento farmacologico che gli altri trattamenti, appena superata la crisi.*

### FOLLOW UP DELLA CRISI

*Non appena la crisi sia stata risolta, o si sia attenuata, assicurarsi che il programma di gestione, e più in generale l'intero progetto di cura sia aggiornato tempestivamente. Identificare, insieme al paziente e alla sua famiglia, le strategie di trattamento più efficaci in relazione alle cause che hanno generato la crisi.*

*In particolare è utile tenere conto delle seguenti indicazioni pratiche:*

- *Effettuare, insieme al paziente e alla sua famiglia, una disamina (analisi comportamentale) della crisi e dei fattori che l'hanno preceduta, tenendo in considerazione i fattori ambientali, personali e relazionali;*
- *Considerare, insieme al paziente e alla sua famiglia, gli effetti della terapia farmacologica - benefici, effetti collaterali, possibili conseguenze in termini di sicurezza;*
- *Rivedere i trattamenti psicologici, includendo il loro ruolo nelle strategie complessive di cura e il loro possibile ruolo nella comparsa della crisi;*
- *Portare a termine il programma di trattamento farmacologico iniziato durante la crisi, in genere entro un mese.*

*La valutazione clinica del paziente in una situazione di crisi pone criticità particolari in relazione alle possibili condotte autolesive o tentativi di suicidio, ripetuti o al primo episodio. Sono numerosi i pazienti con DGP che presentano un livello cronicamente elevato di rischio suicidario, superiore a quello rilevabile nella popolazione generale, a cui può sovrapporsi, in situazioni particolari, un livello di rischio in acuto, solitamente più concreto. La valutazione del rischio suicidario deve essere condotta con la massima attenzione in modo da garantire interventi immediati seppure diversificati (invio al terapeuta se già in carico, valutazione per un trattamento della suicidarietà, sostegno familiare, approccio farmacologico, ospedalizzazione) in relazione alle caratteristiche specifiche del singolo caso.*

### RICOVERO IN OSPEDALE (SPDC)

*Prima di prendere in considerazione il ricovero ospedaliero per una persona con DGP, occorre effettuare l'invio ad un'equipe che svolge un trattamento territoriale e / o domiciliare per la risoluzione della crisi.*

*Prendere in considerazione il ricovero nel caso in cui:*

- *Il trattamento della crisi comporta un rischio significativo per il paziente e/o per gli altri e non può essere gestito diversamente (in nessun altro servizio o luogo)*
- *L'ospedalizzazione è disposta dall'Autorità Giudiziaria;*

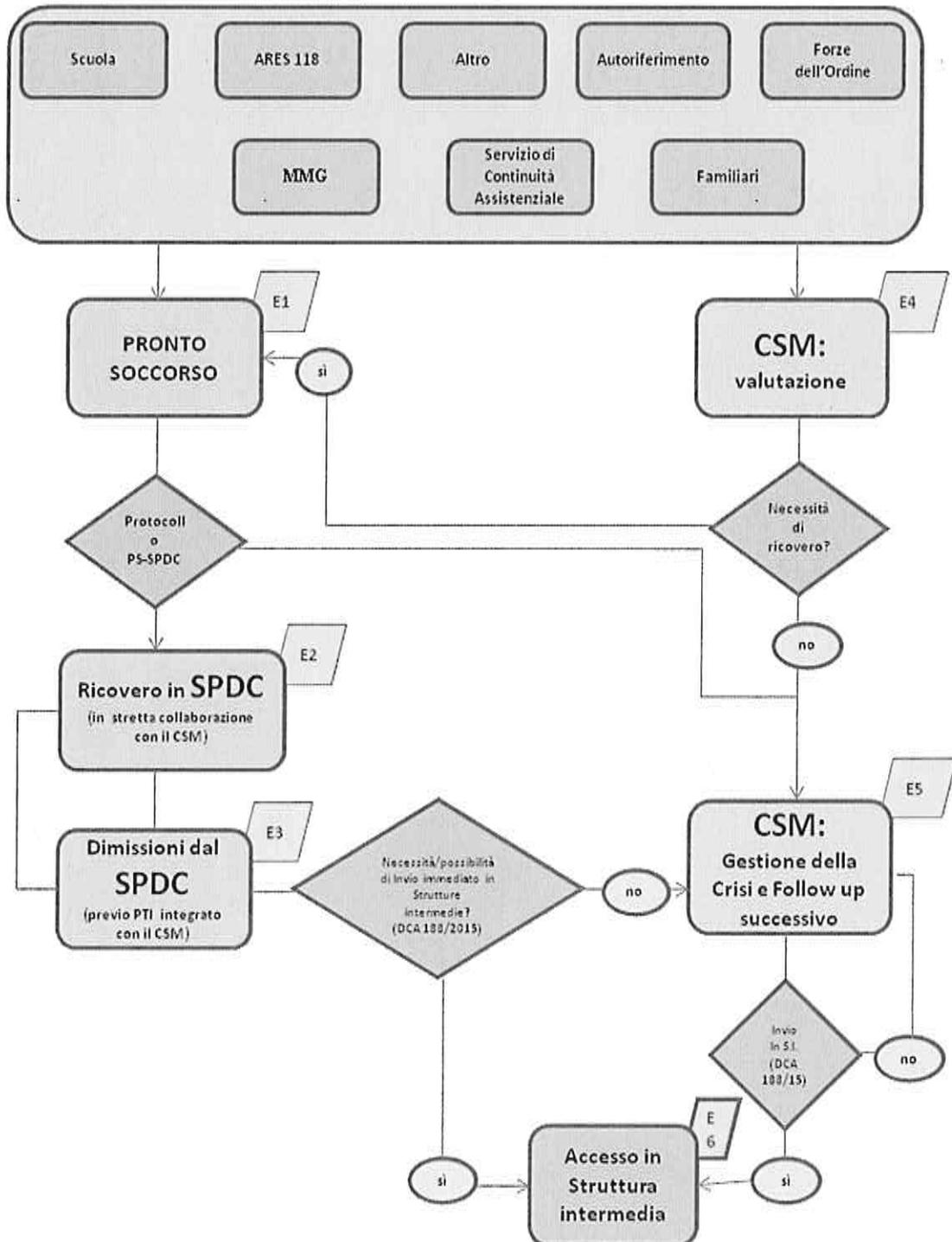
*Quando si considera il ricovero per una persona con un DGP, è importante coinvolgere attivamente il soggetto in questa decisione e:*

- *Assicurarsi che vi sia esplicita condivisione e comprensione dei possibili benefici così come dei rischi connessi al ricovero;*
- *Concordare precedentemente la durata e la finalità del ricovero;*
- *Assicurarsi che qualora, per circostanze estreme, sia necessario un trattamento obbligatorio, venga raggiunto un accordo ed una volontarietà appena possibile.*

*Organizzare una formale revisione del programma quando il ricovero si sia ripetuto due o più volte nel corso di un semestre.*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 97 di 114

**Flow-chart della Fase Acuta del PDTA dei Disturbi Gravi di Personalità**



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 98 di 114

## 7. Matrice di Responsabilità

### 7.1 "E1": Accesso al Pronto Soccorso e attivazione Protocollo Pronto Soccorso-SPDC

Il paziente si reca presso il Pronto Soccorso (PS) del PO di Rieti in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della Scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti.

Al suo arrivo al PS viene valutata l'eventuale necessità di ricovero in SPDC in base al Protocollo vigente ([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo tra UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D urgenza e UOC SPDC per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici o in stato di agitazione psico - motoria - alterazione dello stato mentale.pdf)).

Il paziente può essere inviato a ricovero anche da uno psichiatra del CSM seguendo il percorso fast-track definito dal suddetto protocollo.

### 7.2 "E2": Ricovero in SPDC

Durante il ricovero in SPDC:

- viene eseguito uno screening delle condizioni mediche generali;
- viene compilata la scala psicopatologica *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) sia al momento del ricovero che alla dimissione;
- viene valutato il rischio suicidario;
- 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;
- viene somministrata terapia psicofarmacologica secondo le indicazioni delle Linee NICE<sup>10</sup>;
- vengono valutati gli eventi o le circostanze che hanno causato lo scompenso psichico e viene revisionato il Programma Terapeutico Individuale (PTI) all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC;
- nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile il caso viene revisionato all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (nei casi gravi, almeno una riunione congiunta) con valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15. La compilazione della modulistica relativa a tale procedura di invio è a carico dell'equipe del CSM.

La durata del ricovero è limitata nel tempo e sono da evitare riammissioni nei mesi successivi.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 99 di 114

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Visita giornaliera del paziente con revisione della terapia farmacologica, richiesta di esami e consulenze secondo le necessità. Compilazione della scala psicopatologica BPRS. Valutazione del rischio suicidario. Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Valutazione psicologica e, eventualmente, psicodiagnostica. Colloqui di sostegno psicologico. Compilazione della Scheda di Valutazione e della Scheda dei Segni Precoci di Crisi Rivalutazione PTI nell'equipe congiunta CSM- SPDC.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Infermiere:</i> -effettua attività infermieristica di routine; -partecipa attivamente alla visita individuale di routine collaborando e confrontandosi con le altre figure professionali; -collabora con le varie attività socio-riabilitative effettuate nel reparto. <i>L'Assistente Sociale</i> effettua Valutazione Socio-Ambientale con compilazione della Scheda Sociale per la ricognizione delle necessità socio assistenziali. <i>Il Terapista della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</i> -effettua interventi psicoeducativi di gruppo standardizzati per il SPDC supportato da altri professionisti; -effettua interventi di socializzazione.
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Visita medica e prescrizione esami al momento dell'accesso e, se necessario, durante il ricovero.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Sono a discrezione del Medico sia le modalità che la tempistica del trattamento.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra sul percorso di valutazione e sottoscrizione del Consenso informato.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Richiesta al paziente e/o alla famiglia, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, di precedente documentazione clinica ed eventuali altri esami. Rilascio su richiesta del paziente del Certificato di ricovero.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza.</li> <li>• Allontanamento del paziente.</li> <li>• Collateralità da farmaci.</li> <li>• Prevalenza di problematiche internistiche.</li> <li>• Problematiche psicosociali.</li> </ul>

### 7.3 "E3": Dimissioni dal SPDC

La dimissione dal SPDC deve essere programmata per tempo e condivisa con il paziente, i suoi familiari e l'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio al CSM:

- in previsione della dimissione, viene programmato un appuntamento per effettuare la visita di controllo entro 10 gg;
- invio sistematico via mail del foglio di dimissione all'equipe referente territoriale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 100 di 114

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC (vedi E2), eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di Operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento.

Nel caso in cui non sia possibile l'invio immediato alla Struttura Intermedia prevista nel PTI (ad es., lunga lista di attesa con rischio di ricovero prolungato in SPDC) e ne sussistano le condizioni (ad es., il paziente è sufficientemente stabilizzato e/o è presente una valida rete familiare/sociale) il paziente può essere dimesso dal SPDC con invio al CSM che provvederà a strutturare tutte le misure terapeutiche necessarie in attesa del ricovero successivo nella suddetta struttura.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Il Medico programma la dimissione in accordo con il paziente, i familiari e l'equipe territoriale. Compilazione della Scheda di Dimissione da consegnare al paziente ed all'equipe referente territoriale ed al medico di famiglia. Predisposizione e consegna al paziente le prescrizioni farmacologiche e l'impegnativa per la visita di controllo. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia organizza il trasferimento attraverso il Servizio Trasporti Protetti.
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Colloqui di sostegno psicologico finalizzati alla dimissione con compilazione della Scheda dei Segni Precoci di Crisi.
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<i>L'Infermiere:</i> -riconsegna gli effetti personali lasciati in consegna durante il ricovero; -informa il paziente in relazione alla possibilità di compilare il questionario di gradimento; - effettua educazione sulla gestione domiciliare della terapia. La <i>Coordinatrice Infermieristica</i> , in caso di invio diretto in Struttura Intermedia, provvede a far effettuare copia della documentazione sanitaria. <i>L'Assistente Sociale</i> verifica la rete sociale di supporto al paziente e fornisce informazioni sui servizi socioassistenziali presenti sul territorio.
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Esami di controllo pre-dimissioni.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Predisposizione delle ricette specialistiche a cura dello Psichiatra.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Informazioni relative ai controlli che il paziente dovrà effettuare e colloquio psicoeducativo sulla corretta assunzione dei farmaci a cura dello Psichiatra.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Consegna del foglio di dimissioni, dell'impegnativa per la visita di controllo e delle prescrizioni farmacologiche al paziente. In caso di invio diretto in Struttura Intermedia rilascio della documentazione sanitaria.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Dimissione nel più breve tempo possibile. Invio al CSM con programmazione di PTI finalizzato ad evitare successive riammissioni. Invio in Strutture Intermedie (DCA 188/15).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 101 di 114		

<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolungamento del tempo di degenza</li> <li>• Allontanamento del paziente</li> <li>• Resistenza a terapia farmacologica e collateralità da farmaci</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>
----------------	--------------------------------	--

#### 7.4 “E4” ed “E5”: Gestione della crisi presso il CSM e successivo Follow up.

Il paziente, sia già in carico che al primo accesso, si reca o viene segnalato al CSM di riferimento territoriale in autopresentazione o su invio dell'Ares 118, del Medico di Medicina Generale (MMG), del Servizio di Continuità Assistenziale, della scuola, delle Forze dell'Ordine o di altri soggetti (ad es., famiglia).

In caso di paziente già in carico l'infermiere compilerà la Scala HONOS per la valutazione delle necessità e invia il paziente alla valutazione da parte dello psichiatra e/o lo psicologo di riferimento o, in sua assenza, del collega di turno. Quest'ultimi discuteranno con il paziente e i familiari quanto riportato nella Scheda della Gestione della Crisi e valuteranno l'eventuale necessità di revisione della terapia farmacologica e/o il ricovero in SPDC in base alle raccomandazioni riportate nelle linee guida (**Tabella 5**)<sup>10</sup>.

In caso di un paziente non in carico l'infermiere compilerà la Scala HONOS per la valutazione delle necessità e invia il paziente alla valutazione da parte dello psichiatra e/o lo psicologo nel più breve tempo possibile (entro massimo 1-2 giorni) per la valutazione del caso. Nel caso in cui il paziente non fosse reperibile e/o la famiglia assente si provvederà, in base alla valutazione delle informazioni ricevute sul caso, ad una visita domiciliare o ad un eventuale Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

Nel caso in cui vi è indicazione al ricovero ospedaliero il paziente verrà inviato al PS del PO per un ricovero presso il SPDC seguendo il percorso *fast-track* definito dal Protocollo Pronto Soccorso-

SPDCvigente([https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user\\_upload/Protocollo\\_tra\\_UOC\\_Medicina\\_e\\_Chirurgia\\_di\\_Accettazione\\_e\\_D\\_urgenza\\_e\\_UOC\\_SPDC\\_per\\_la\\_gestione\\_di\\_pazienti\\_con\\_disturbi\\_psichiatrici\\_o\\_in\\_stato\\_di\\_agitazione\\_psico\\_-\\_motoria\\_-\\_alterazione\\_dello\\_stato\\_mentale.pdf](https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/Protocollo_tra_UOC_Medicina_e_Chirurgia_di_Accettazione_e_D_urgenza_e_UOC_SPDC_per_la_gestione_di_pazienti_con_disturbi_psichiatrici_o_in_stato_di_agitazione_psico_-_motoria_-_alterazione_dello_stato_mentale.pdf)).

Nel caso in cui lo Psichiatra valuti la necessità di ricovero in ambiente ospedaliero ed il paziente lo rifiuti sarà effettuato in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in base alla normativa vigente (legge 833/78).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 102 di 114

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	<p>Il Medico visita il paziente per valutare la gestione del caso con particolare attenzione a quei segni/sintomi relativi ad un rischio auto lesivo o suicidario.</p> <p>Se il paziente è al primo contatto, una volta gestita la crisi, avvierà la procedura per la Valutazione Multidisciplinare e multiassiale (vedi paragrafo 3.1.1) e alla successiva presa in carico (vedi paragrafo 3.1.2).</p> <p>Se il paziente è già in carico, una volta risolta la crisi, provvederà insieme all'equipe al follow up successivo con revisione del Contratto Terapeutico.</p> <p>Predisporre impegnativa per ricovero ospedaliero, se necessario.</p> <p>Predisporre ASO, se necessario.</p> <p>Predisporre TSO, se necessario.</p>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	<p>Nel caso visiti un paziente in fase di scompenso valuterà il caso insieme allo psichiatra di riferimento o, in sua assenza, al collega di turno.</p> <p>Se il paziente è al primo contatto, una volta gestita la crisi, avvierà la procedura per la Valutazione Multidisciplinare e multiassiale (vedi paragrafo 3.1.1) e alla successiva presa in carico (vedi paragrafo 3.1.2).</p> <p>Se il paziente è già in carico, una volta risolta la crisi, provvederà insieme all'equipe al follow up successivo con revisione del Contratto Terapeutico.</p>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI</b>	<p>L'<i>Infermiere</i> accoglierà il paziente ed effettuerà la valutazione delle necessità compilando la Scala HONOS.</p> <p>L'<i>Infermiere</i> e/o l'<i>Assistente Sociale</i> e/o il <i>TerP</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se il paziente è al primo contatto, una volta gestita la crisi, avvierà la procedura per la Valutazione Multidisciplinare e multiassiale (vedi paragrafo 3.1.1) e alla successiva presa in carico (vedi paragrafo 3.1.2).</li> <li>• Se il paziente è già in carico, una volta risolta la crisi, provvederà insieme all'equipe al follow up successivo con revisione del Contratto Terapeutico.</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>ESAMI E INTERVENTI</b>	Gestione della Crisi.
	<b>PRESCRIZIONE FARMACI</b>	Sono a discrezione del Medico sia le modalità che la tempistica del trattamento.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione, da parte dello Psichiatra e della Psicologo, su quanto riportato nella Scheda della Gestione della Crisi e sul successivo follow up.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Scheda di Gestione della Crisi. Contratto Terapeutico.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Risoluzione della Crisi.
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non compliance del paziente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Problematiche psicosociali</li> </ul>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 103 di 114

### 7.5 "E6": Invio in una struttura intermedia.

Nei pazienti con ricadute frequenti o condizione clinica instabile si procederà a valutazione di eventuale necessità di invio in una Struttura Intermedia utilizzando la procedura del DCA 188/15.

L'invio in una Struttura Intermedia può avvenire per i pazienti in fase acuta sia ricoverati in SPDC che gestiti dall'equipe multidisciplinare del CSM.

La compilazione della modulistica relativa alla procedura di invio sarà, comunque, a carico dell'equipe del CSM.

In caso di dimissione con invio diretto in Struttura Intermedia (procedura prevista dal DCA 188/15) si procederà, secondo le necessità definite nel PTI stilato in precedenza all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM e/o nell'equipe congiunta CSM- SPDC, eventualmente ad organizzare il trasporto del paziente tramite il Servizio Trasporti Protetti con l'individuazione, se necessario, di operatori del DSM (Infermiere, Assistente Sociale, Psicologo, Medico) a supporto del trasferimento. Nel caso in cui non sia possibile l'invio immediato alla struttura intermedia prevista nel PTI (ad es., lunga lista di attesa con rischio di ricovero prolungato in SPDC) e ne sussistano le condizioni (ad es., il paziente è sufficientemente stabilizzato e/o è presente una valida rete familiare/sociale) il paziente può essere dimesso dal SPDC con invio al CSM che provvederà a strutturare tutte le misure terapeutiche necessarie in attesa del ricovero successivo nella suddetta struttura.

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	Lo Psichiatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	Lo Psicologo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua la valutazione sulla eventuale necessità di invio in una struttura intermedia.</li> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	L'Assistente Sociale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua tutte le operazioni necessarie all'ingresso secondo quanto previsto dal DCA 188/15.</li> <li>• Fornisce al paziente e/o ai familiari adeguate informazioni relative alla Struttura Intermedia individuata e alle modalità di invio.</li> <li>• Ha contatti periodici con gli Operatori della Struttura Intermedia al fine di valutare le condizioni cliniche del paziente e l'andamento del programma stabilito nel PTI con eventuale revisione dello stesso.</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INTERVENTI</b>	Secondo quanto previsto dal DCA 188/15.
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Discussione e informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI, sulla Struttura Intermedia individuata e sulle modalità di invio. Sottoscrizione del Consenso informato.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 104 di 114		

<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno la documentazione richiesta dai Sanitari
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Stabilizzazione clinica del paziente
<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non aderenza al PTI</li> <li>• Rifiuto del paziente o dei familiari all'invio</li> <li>• Drop out</li> </ul>

## 8. Indicatori di qualità del PDTA per la fase acuta.

### 8.1 Degenze ospedaliere superiore ai trenta giorni.

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di ricoveri dei pz con DGP in SPDC della durata superiore ai 30 gg <b>DENOMINATORE:</b> Num. di ricoveri in SPDC dei pz con DGP
<b>Note</b>	Valore percentuale
<b>Fonti Informative</b>	SDO

### 8.2 Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione.

<b>Misura</b>	<b>NUMERATORE:</b> Num di ricoveri dei pz con DGP in SPDC che avvengono entro 30 gg dalla dimissione <b>DENOMINATORE:</b> Num. di ricoveri in SPDC dei pz con DGP
<b>Note</b>	Valore percentuale
<b>Fonti Informative</b>	SDO

## 9. Trattamenti continuativi e a lungo termine

L'obiettivo principale della fase di mantenimento è quello di ridurre i comportamenti a rischio e gli episodi di crisi, favorire il recupero funzionale e l'inserimento sociale e lavorativo.

L'uso di **Terapie Psicofarmacologiche** nel trattamento dei DGP è estremamente frequente nella pratica clinica quotidiana nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche. In modo particolare i farmaci vengono utilizzati in presenza di comportamenti impulsivi e atti auto-lesivi che rappresentano fonte di estrema preoccupazione per il paziente, per le persone del contesto ambientale ed anche per gli operatori che seguono il caso. Usualmente il trattamento farmacologico viene iniziato in una situazione di crisi acuta e molto spesso prevede una polifarmacoterapia. Tutte le classi di farmaci psicotropi vengono utilizzate in questi casi: sedativi-ipnotici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi e antipsicotici. In modo particolare, vi è un uso molto elevato di

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 105 di 114		

benzodiazepine. Spesso il paziente con DGP assume i farmaci in maniera irregolare e discontinua coerentemente con i rapporti instabili che instaura con i servizi sanitari. Allo stato attuale le pratiche cliniche non sono orientate da solide basi provenienti dalla letteratura scientifica sull'argomento. Malgrado la ricerca psicofarmacologica sui DGP sia ormai un tema rilevante da oltre 30 anni non vi sono al momento evidenze risolutive <sup>10</sup>.

Nell'ultimo ventennio si è assistito ad una progressiva sistematizzazione teorica di modelli specifici di **Intervento Psicoterapico** ad orientamento prevalentemente cognitivo-comportamentale, accanto ai quali sono state presentati modelli originali (Schema Focused Therapy – SFT) o di derivazione psicoanalitica (Transference Focused Therapy – TFT). È importante evidenziare che, al di là del tipo di modello adottato, i crescenti dati di letteratura indicano una certa modificabilità e trattabilità dei DGP ed una sostanziale sovrapposibilità, in termini di efficacia, delle principali tecniche psicoterapiche. Il panorama attuale è caratterizzato, da un relativo ottimismo, generato da tecniche d'intervento manualizzate che possono servire anche come modelli ispiratori e regolatori dell'attività clinica dei Servizi. Per quanto riguarda la pratica e l'offerta delle psicoterapie nei Servizi pubblici va ancorata saldamente a due elementi specifici <sup>10</sup>:

- la reale motivazione al trattamento, indicata da una partecipazione responsabile del paziente al processo di cura;
- la sussistenza di diversi livelli di intensità di cura disponibili nella rete dell'offerta che faciliti lo scivolamento del paziente verso programmi di minore impegno e progressivamente fondati sull'auto efficacia.

Quando si prende in considerazione un trattamento psicologico per una persona con un DGP è necessario tener presente:

- la scelta e la preferenza della persona;
- il livello di deterioramento e la gravità del disturbo;
- il desiderio della persona di intraprendere una terapia e la motivazione al cambiamento;
- la capacità della persona di rimanere all'interno dei confini di una relazione terapeutica;
- la disponibilità di un supporto personale e professionale.

Il **Contratto Terapeutico** (CT) deve essere considerato la base del trattamento dei DGP. Il CT definisce le regole e il setting del rapporto di cura. Definito a priori dalle prerogative specifiche del curante (la competenza) e del curato (il bisogno), risente delle norme di legge, dei regolamenti, degli orientamenti scientifici e non in ultimo degli aspetti soggettivi, quali le reciproche aspettative e il grado di asimmetria informativa <sup>10</sup> (**vedi Paragrafo 2**).

Il trattamento dei DGP nei Servizi di Salute deve essere distinto in fasi di cura che si succedono nel corso del rapporto con il servizio, secondo una precisa differenziazione di intensità, definita dall'incrocio tra i bisogni di cura della persona con DGP e la sua disponibilità verso i trattamenti <sup>2</sup>.

Per le azioni di **Sostegno Sociale**, in favore delle persone con DGP, è molto importante il superamento dello stigma, tutt'ora presente anche nei Servizi specialistici. I DGP sono spesso considerati condizioni di minore importanza clinica, per i quali non esistono trattamenti efficaci e che in una certa misura dipendono dalle *inclinazioni morali*. Gli interventi terapeutici possono essere efficaci solo se dispensati in un ambiente che condivide una posizione non giudicante.

Il DTPSM di Rieti nell'elaborazione della sezione del PDTA relativo alla fase di trattamento continuativo e a lungo termine del DGP fa riferimento alle Raccomandazioni PANMS (Tabelle 6) <sup>1</sup> e in relazione al trattamento psicofarmacologico e psicosociale alle Linee Guida NICE <sup>10</sup>. In considerazione della formazione sulla Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) <sup>12</sup> effettuata sulla maggior parte degli operatori del Dipartimento e della sua validità dimostrata da studi internazionali e nazionali <sup>9</sup>, tale approccio terapeutico, soprattutto in setting di gruppo, deve essere inserito nel progetto terapeutico dei DGP. L'articolazione di tale fase del PDTA è dettagliata nella Flow-Chart e nella Matrice di Responsabilità di seguito riportate.

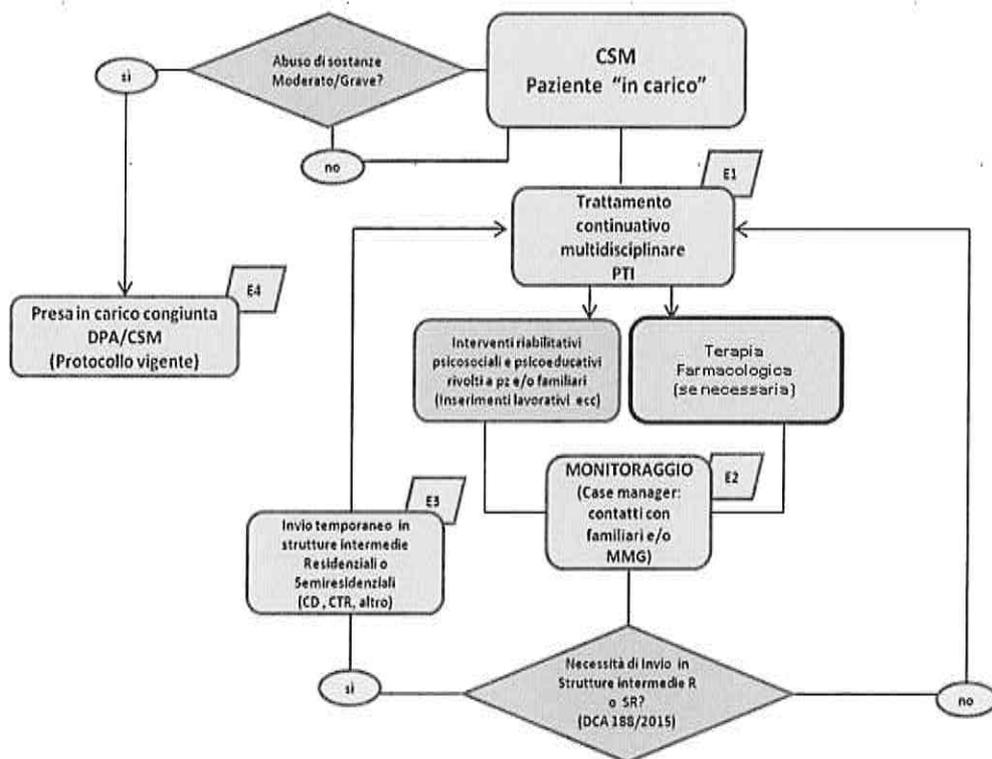
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023 Pag. 106 di 114

**Tabella 6. Raccomandazioni PANMS per trattamento continuativo e a lungo termine dei Disturbi Gravi di Personalità <sup>1</sup>.**

<p>1. Lo strumento di definizione del piano di cura è il <i>Contratto Terapeutico</i> che consiste in un atto scritto redatto in duplice copia (triplice se coinvolge altri familiari) sottoscritto dalla persona con DGP e da un referente dell'equipe, nel quale sono specificati gli obiettivi di breve termine del trattamento e quelli a medio e lungo termine del progetto terapeutico (ad esempio in campo lavorativo ed abitativo), le competenze e le risorse attivate dall'equipe, dall'utente e dalla famiglia ed il piano di gestione delle crisi.</p>
<p>2. 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.</p>
<p>3. I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riportando alla persona con DGP in trattamento (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle missioni dei servizi. Nel caso in cui tali rischi siano elevati, sulla base di elementi concreti, è necessario lavorare in collaborazione con le forze dell'ordine e/o della magistratura, rispettando il diritto delle persone con DGP in trattamento di esserne informato.</p>
<p>4. Il trattamento elettivo dei DGP è di tipo psicoterapeutico. Nel proporre una terapia standardizzata occorre considerare la disponibilità effettiva delle persone con DGP ad intraprendere percorsi altamente strutturati. Per le persone con DGP che non presentano le caratteristiche specifiche di elezione per un trattamento standardizzato, vanno offerti trattamenti psicoterapeutici orientati allo sviluppo della motivazione e all'acquisizione dell'alleanza terapeutica.</p>
<p>5. Quando viene fornito un trattamento psicoterapeutico a persone con DGP occorre:</p> <p>a) usare il piano di cura per chiarire il ruolo dei diversi servizi, dei professionisti che forniscono il trattamento psicologico e degli altri professionisti coinvolti nel programma di cura;</p> <p>b) monitorare l'effetto del trattamento tramite alcuni di indicatori di esito inclusi il funzionamento personale, l'uso di droghe ed alcol, gesti autolesionistici, e l'evoluzione dei sintomi specifici. La frequenza delle sedute terapeutiche deve essere stabilita sulla base dei bisogni della persona, del contesto di vita.</p> <p>Comunque il riferimento nella fase di trattamento intensivo è di almeno una seduta per settimana per una durata non inferiore ai 6 mesi. I trattamenti di gruppo si sono rivelati efficaci nella riduzione dell'impulsività e nel raggiungimento di altri obiettivi terapeutici evolutivi.</p>
<p>6. Il trattamento farmacologico dei DGP deve essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità (es. depressione, disturbo psicotico breve, ecc.). Considerando gli importanti effetti collaterali, deve essere usata cautela nel trattare i sintomi/comportamenti associati. In queste situazioni l'uso dei farmaci deve essere di breve durata (minimo tempo necessario), attentamente monitorato e riservato ai casi più gravi, in assenza di alternative terapeutiche. Se indicato, il trattamento farmacologico va condiviso in equipe, vengono individuati i possibili rischi di abuso e vanno limitate al massimo le politerapie. I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio-lungo termine dei DGP. L'uso a breve termine di farmaci sedativi dovrebbe essere considerato con cautela come parte di un piano complessivo di trattamento di pazienti con DGP in una fase di crisi.</p>
<p>7. Quando sussiste una comorbidità con l'abuso di sostanze o una condizione di tossicodipendenza e/o di dipendenza di tipo comportamentale, la persona con DGP va trattata attraverso un piano condiviso con l'equipe del Ser.T di riferimento territoriale.</p>
<p>8. I servizi di Salute Mentale offrono percorsi di cura di tipo semiresidenziale che unitamente ai trattamenti specifici permettano occasioni di socializzazione e sostegno informale per i pazienti con diagnosi di DGP. Si attivano, inoltre, per promuovere gruppi di auto aiuto anche in collaborazione con le associazioni locali di pazienti e/o familiari, da protrarsi anche dopo la conclusione della cura. In presenza di persistente comorbidità con una dipendenza da sostanze, e/o di tipo comportamentale, vengono promossi specifici ed appropriati gruppi di sostegno in collaborazione con il volontariato</p>
<p>9. Attraverso la collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali devono essere avviati programmi di inclusione sociale, di inserimento lavorativo e di mantenimento del lavoro.</p>
<p>10. A seconda delle condizioni cliniche, del grado delle compromissioni di funzioni e abilità, dei problemi relazionali in ambito familiare e sociale, del livello di supporto che è possibile ricevere dall'ambiente, e dell'aderenza al programma terapeutico-riabilitativo, la persona con DGP può essere inserita in strutture residenziali caratterizzate da diversa intensità del trattamento riabilitativo e del livello assistenziale. I trattamenti riabilitativi residenziali in strutture a media o bassa intensità di cura devono essere attentamente monitorati perché a rischio di inappropriately e di complicanze iatrogene.</p>
<p>11. Nel corso del trattamento da parte dei servizi di salute mentale deve essere sempre mantenuto un rapporto di collaborazione col medico di medicina generale, da tenere attivo anche dopo la conclusione del trattamento stesso.</p>
<p>12. Sono monitorate le conclusioni non concordate del trattamento (dropouts), i decessi e i suicidi dei pazienti con DGP in trattamento presso i Servizi di Salute Mentale, insieme ad altri esiti sfavorevoli quali essere senza casa, incorrere in un provvedimento penale con reclusione o misura di sicurezza.</p>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>

**Flow-chart - Fase "Trattamenti continuativi e a lungo termine" del PDTA per il DM**



 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p><b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b></p>	<p>PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023</p>

Pag. 108 di 114

## 10. Matrice di Responsabilità

### 10.1 "E1": Trattamento continuativo multidisciplinare.

I pazienti affetti da DGP ed in carico al CSM ricevono un trattamento multidisciplinare attraverso l'elaborazione di un CT che esplicita gli obiettivi a breve, medio e lungo termine del trattamento e la gestione di una eventuale crisi. All'interno del CT è specificata la figura del case manager.

CHI	ATTIVITA' MEDICHE	<p>Lo Psichiatra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il CT</li> <li>• prescrive la terapia farmacologica</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo su Disturbo e Farmaci</li> <li>• effettua i controlli successivi</li> <li>• prescrive gli esami ematochimici e strumentali che ritiene necessari</li> <li>• effettua Intervento di Gruppo basato sulla DBT</li> </ul>
	ATTIVITA' PSICOLOGICHE	<p>Lo Psicologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il CT</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Psicoterapia Individuale</li> <li>• effettua Intervento di Gruppo basato sulla DBT</li> <li>• programma Interventi sui Familiari</li> </ul>
	ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	<p>L'Assistente Sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il CT</li> <li>• gestisce e coordina le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> <p>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il CT</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• effettua Intervento di Social Skill Training</li> <li>• effettua Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <p>L'Infermiere Professionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elabora, insieme all'equipe multidisciplinare, il CT</li> <li>• effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• effettua Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• supporta le varie attività riabilitative</li> </ul>
COSA E QUANDO	PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI	Esami ematochimici e/o strumentali di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	INTERVENTI	In base al livello di compromissione del funzionamento globale e delle necessità del paziente: Intervento Psicoeducativo standardizzato Intervento di Psicoterapia Individuale Intervento di Gruppo basato sulla DBT Intervento di Social Skill Training Intervento Vocazionale
	INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA	Discussione ed informazione, da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, sul PTI e sulle sue successive revisioni con sottoscrizione del Consenso Informato e CT.
DOCUMENTI	DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli esami richiesti
OBIETTIVI	TRAGUARDI SANITARI	Adesione al PTI al fine di evitare l'insorgenza di una sintomatologia in fase acuta e di ottenere una stabilizzazione clinica del paziente

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 109 di 114		

<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> </ul>
----------------	--------------------------------	---

## 10.2 “E2”: Monitoraggio

Contrariamente a quanto si era ritenuto in passato, i DGP possono evolvere favorevolmente e i trattamenti hanno la potenzialità di accelerare i cambiamenti maturativi o comunque di renderli possibili. Molte volte i trattamenti specifici non sono attuabili o non vi sono le condizioni di adesione e la motivazione necessaria al programma terapeutico. I servizi continuano, anche in queste situazioni, ad operare perseguendo obiettivi parziali di tutela della salute, di gestione delle fasi critiche di stress, e di salvaguardia del ruolo sociale. Sempre mantenendo l'obiettivo generale di favorire lo sviluppo della motivazione e della adesione verso forme specifiche di trattamento. In questo senso il rapporto tra il paziente e il “servizio” si declina in una storia lunga, spesso di anni, in cui è necessario definire l'appropriatezza degli interventi rispetto alle diverse fasi evolutive del disturbo. In linea teorica sono applicabili modelli a “coda di topo”, in cui a partire dalla diagnosi si sviluppa un programma di cura prima intensivo, successivamente orientato al trattamento psicoterapeutico e al follow up contenuto nell'arco di due anni. Nel contesto italiano, tuttavia, la configurazione ottimale è frutto dell'intersezione tra interventi terapeutici, sviluppo dell'empowerment individuale e reti sociali. I percorsi si sviluppano per fasi di trattamenti, scelti in base al principio di appropriatezza (minore invasività e minore costo) evitando deleghe indefinite nel tempo ed aspecifiche sui servizi. E' indispensabile, pertanto effettuare un attento monitoraggio sulle condizioni e necessità del paziente e sugli obiettivi terapeutici raggiunti in base a quanto definito dal CT.

Il coordinamento del monitoraggio è affidato al *Case Manager* (psichiatra, psicologo, assistente sociale, terapeuta della riabilitazione, infermiere). Il monitoraggio ha la finalità di valutare periodicamente la situazione clinico-assistenziale del paziente con revisione degli obiettivi definiti nel CT (almeno ogni 2 mesi o comunque in base a necessità emergenti) con eventuali modifiche dello stesso al fine della prevenzione di ricadute. Il monitoraggio deve prevedere la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici. Nella revisione bisognerà, inoltre, anche valutare degli indicatori di esito quali il funzionamento globale del paziente (valutato con la VGF), la frequenza delle crisi, l'uso di droghe e/o alcool, gesti autolesionistici, tentamen e l'evoluzione di sintomi specifici per l'eventuale necessità di modifica del trattamento psicosociale e/o di inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali (ad esempio, Centri Diurni).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023  Pag. 110 di 114

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	<b>Lo Psichiatra:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della terapia psicofarmacologica e degli effetti collaterali ad essa associati con la prescrizione di esami ematochimici</li> <li>• Rinnova e/o aggiorna la terapia farmacologica</li> <li>• Effettua Intervento Psicoeducativo tramite periodico aggiornamento su Sintomi e Farmaci a pz e/o familiari</li> <li>• Monitora l'andamento del paziente all'interno dell'Intervento di Gruppo DBT</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' PSICOLOGICHE</b>	<b>Lo Psicologo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Psicoeducativo standardizzato</li> <li>• Monitora l'andamento della Psicoterapia Individuale</li> <li>• Monitora l'andamento del paziente all'interno dell'Intervento di Gruppo DBT</li> <li>• Valuta l'andamento ed aggiorna periodicamente il Programma di Interventi sui Familiari</li> </ul>
	<b>ATTIVITA' ALTRI PROFESSIONISTI</b>	<b>L'Assistente Sociale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG nell'ottica del "collaborative care"</li> <li>• Monitora le necessità socio-ambientali del paziente e dei familiari</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con il TeRP</li> </ul> <b>Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento di Social Skill Training</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento Vocazionale, in collaborazione con l'Assistente Sociale</li> </ul> <b>L'Infermiere Professionale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se è il case manager, coordina l'attività complessiva di monitoraggio relazionandosi con l'equipe multidisciplinare, i familiari e il MMG</li> <li>• Effettua attività infermieristiche di routine</li> <li>• Monitora gli effetti dell'Intervento di Social Skill Training</li> </ul>
<b>COSA E QUANDO</b>	<b>PRESCRIZIONE FARMACI ed ESAMI</b>	Esami ematochimici e/o strumentali periodici di controllo in base a quanto richiesto dalla terapia farmacologica assunta
	<b>INTERVENTI</b>	Monitoraggio Intervento DBT Monitoraggio Intervento Social Skill Training Monitoraggio Intervento Vocazionale Monitoraggio indicatori di esito quali il funzionamento globale del paziente (valutato con la VGF), la frequenza delle crisi, l'uso di droghe e/o alcool, gesti autolesionistici, tentamen e l'evoluzione di sintomi specifici
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE AL PAZIENTE E/O FAMIGLIA</b>	Aggiornamento periodico (almeno ogni 2 mesi o in base a necessità emergenti) da parte dello Psichiatra o dello Psicologo, al paziente ed alla famiglia.
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA RICHIEDERE E/O PRODURRE</b>	Il paziente e/o i familiari forniranno il referto degli ulteriori esami eventualmente richiesti.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>TRAGUARDI SANITARI</b>	Monitoraggio costante delle condizioni clinico-assistenziali del paziente e revisione periodica degli obiettivi terapeutici

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
Pag. 111 di 114		

<b>RISCHIO</b>	<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance scarsa o assente</li> <li>• Drop out</li> <li>• Ricaduta</li> </ul>
----------------	--------------------------------	---

### 10.3 "E3": Invio temporaneo in una struttura intermedia.

Nella valutazione trimestrale delle condizioni clinico-assistenziali del paziente o durante il trattamento previsto, accertata la presenza di condizioni critiche che richiedono un intervento di intensità maggiore rispetto a quello fornito dall'equipe territoriale, può emergere la necessità di Inserimento in una Struttura Intermedia (ricovero in STIPIT, inserimento in una SRTRe o in una SRTRi) utilizzando la procedura del DCA 188/15.

La Matrice di Responsabilità relativa all'Invio in una struttura intermedia è riportata nel paragrafo 4.1.6.

### 10.4 "E4": Presa in carico congiunta DPA/CSM

Vedi PTDA "Doppia Diagnosi".

## 11. Indicatori di qualità del PDTA per i Trattamenti continuativi e a lungo termine

### 11.1 Pazienti in trattamento psicoterapeutico

<b>Misura</b>	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Num. di pazienti con diagnosi di DGP che ricevono almeno quattro sedute di psicoterapia o quattro colloqui psicologici
<b>Denominatore</b>	Num. di pz con diagnosi di DGP con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata)
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

### 11.2 Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente

<b>Misura</b>	Valore percentuale
<b>Numeratore</b>	Numero di pazienti ricoverati in strutture residenziali
<b>Denominatore</b>	Num. di pz con diagnosi di DGP con almeno un contatto con il DSM nel periodo
<b>Fonti Informative</b>	- GDSM

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 112 di 114

### 11.3 Bibliografia e sitografia

<sup>1</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *Global Burden of Disease 2010*. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>.

<sup>2</sup> Conferenza Stato-Regioni (24 gennaio 2013). *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)*.

<sup>3</sup> Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2022. Ministero della Salute.

<sup>4</sup> Antonio Lora (2013) Il sistema informativo per la salute mentale di Regione Lombardia. Dal monitoraggio alla valutazione pp 25-42 in *“La psichiatria di comunità in Lombardia (2013)”* Eupolis Lombardia Mac Graw Hill.

<sup>5</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. *“Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche”*. Versione Italiana della ICD-9-CM “International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification” 2007. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. S. - Roma, 2008 (E850201/001).

<sup>6</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. *“Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10ª revisione.”* Ginevra: Organizzazione mondiale della Sanità, 2000.

<sup>7</sup> Monzani E. e Lora A. *“La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia”*. Regione Lombardia Direzione Generale Sanità (2013).

<sup>8</sup> Angelo Cocchi, Antonio Lora, Anna Meneghelli, Emanuela La Greca, Alessia Pisano, Maria Teresa Cascio, Antonio Preti (2014) Sex differences in first-episode psychosis and in people at ultra-high risk *Psychiatry Research* 215, 314–322.

<sup>9</sup> Sistema Nazionale Linee Guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia. Ministero della Salute. Documento 14 del 2007. Aggiornamento dicembre 2009.

<sup>10</sup> National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Psicosi e Schizofrenia negli adulti: prevenzione e gestione*. Linea guida clinica [CG178] Pubblicata: 12 febbraio 2014 Ultimo aggiornamento: 01 marzo 2014. (<https://www.nice.org.uk/guidance>)

<sup>1</sup> Conferenza Stato-Regioni (24 gennaio 2013). *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)*.

<sup>2</sup> Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. *The prevalence of personality disorders in a community sample*. *ArchGenPsychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.

<sup>3</sup> Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2022. Ministero della Salute.

<sup>4</sup> Pompli M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli M. *Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview*. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(4):475-483.

<sup>5</sup> Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL. *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications*. *J PersDisord*. 2005 Oct;19(5):487-504.

<sup>6</sup> Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. *Time to attainment of recovery from borderline Personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study*. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun;167(6):663-7.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 113 di 114

<sup>7</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. "Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche". Versione Italiana della ICD-9-CM "International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification" 2007. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. S. - Roma, 2008 (E850201/001).

<sup>8</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10<sup>a</sup> revisione." Ginevra: Organizzazione mondiale della Sanità, 2000.

<sup>9</sup> Nicolò G, Azzara C, Cantelmi V, Contrada C, Mozzetta G. Sintesi delle evidenze scientifiche e delle Linee Guida per il Trattamento del Disturbo Borderline e Antisociale di Personalità. *Cognitivismo clinico* (2021) 18, 1, 41-66.

<sup>10</sup> Marshal M. Linehan. DBT® Skills Training. Manuale-Schede e fogli di lavoro. Raffaello Cortina Editore, 2015.

<sup>11</sup> National Institute for Health and clinical excellence (NICE 2009). Borderline personality disorder: recognition and management. ([www.nice.org.uk/guidance/cg78](http://www.nice.org.uk/guidance/cg78)).

<sup>12</sup> Marshal M. Linehan. DBT® Skills Training. Manuale-Schede e fogli di lavoro. Raffaello Cortina Editore, 2015.

<sup>1</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *Global Burden of Disease 2010*. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>.

<sup>2</sup> Conferenza Stato-Regioni (24 gennaio 2013). *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)*.

<sup>3</sup> Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller H, Hirschfeld R. *Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders*. *J Affect Disord*. 2000 Sep;59 Suppl 1:S5-S30. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00203-2. PMID: 11121824.

<sup>4</sup> Tondo L, Lepri B, Cruz N, Baldessarini RJ. *Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients*. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Jun;121(6):446-52. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01523.x. Epub 2009 Dec 23. PMID: 20040069.

<sup>5</sup> Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2022. Ministero della Salute.

<sup>6</sup> Lora A. *An overview of the mental health system in Italy*. *Annali Ist. Super. Sanità* 2009.

<sup>7</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. "Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche". Versione Italiana della ICD-9-CM "International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification" 2007. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. S. - Roma, 2008 (E850201/001).

<sup>8</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10<sup>a</sup> revisione." Ginevra: Organizzazione mondiale della Sanità, 2000.

<sup>9</sup> Berk M. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls. *Acta Neuropsychiatrica*, 2007.

<sup>10</sup> Gigantesco A. The Italian SEME Surveillance System of Severe Mental Disorders Presenting to Community Mental Health Services. *ClinPractEpidemiolMent Health*, 2012.

<sup>11</sup> Post RM. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL RIETI</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PDTA DISTURBI MENTALI GRAVI</b>	PDTA 110/6/2023 Rev. 0 Del 14/12/2023
		Pag. 114 di 114

<sup>12</sup> Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders* 2013; 15: 1–44.

<sup>13</sup> Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Acute and longterm treatment of mixed states in bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2017. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1384850>

<sup>1</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *Global Burden of Disease 2010*. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>.

<sup>2</sup> Conferenza Stato-Regioni (24 gennaio 2013). *Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM)*.

<sup>3</sup> American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

<sup>4</sup> Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Anno 2022. Ministero della Salute.

<sup>5</sup> Ferrannini L. *Thirty-Six years of community psychiatry in Italy*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014.

<sup>6</sup> Lora A. *An overview of the mental health system in Italy*. *Annali Ist. Super. Sanità* 2009.

<sup>7</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. *“Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche”*. Versione Italiana della ICD-9-CM “International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification” 2007. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. S. - Roma, 2008 (E850201/001).

<sup>8</sup> Ministero della Sanità: Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione. *“Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10ª revisione.”* Ginevra: Organizzazione mondiale della Sanità, 2000.

<sup>9</sup> De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, et al. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute e uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2005; 14 (Suppl. 8): 1-100.

<sup>10</sup> Istituto Superiore di Sanità. Rapporto Nazionale PASSI 2021-2022. (<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione?tab-container-1=tab1#dati>)

<sup>11</sup> National Institute for clinical excellence (NICE 2012) Depression: evidence update april 2012. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 90 ‘The treatment and management of depression in adults’ (2009).

<sup>12</sup> Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione. Istituto Superiore Sanità, 1-2022.

<sup>13</sup> National Institute for Health and clinical excellence (NICE 2022) NG222. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#treatment-for-a-new-episode-of-more-severe-depression>).