

Direzione Generale della Prevenzione

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici (Sistema Informativo Sanitario)

**IL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE PER LA
SALUTE MENTALE**

**MODELLO PER LA RILEVAZIONE DI STRUTTURE, PERSONALE,
ATTIVITA' E PRESTAZIONI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE**

**Testo approvato dalla Conferenza fra lo Stato, le Regioni e le Province
Autonome**

Seduta 11 ottobre 2001

SOMMARIO

PREMESSA	3
1. Un'area critica: l'utilizzo delle informazioni nei dipartimenti di salute mentale.....	3
2. Le indicazioni del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998-2000"	3
3. Un modello condiviso: il registro di servizio.....	4
4. Un linguaggio comune: il glossario degli interventi territoriali.....	5
LE CARATTERISTICHE DEL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE ...	6
STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA	7
1. STRUTTURE	8
2. PERSONALE	10
3. ATTIVITA'	11
ALLEGATO 1 DESCRIZIONE DEI SINGOLI ASSI INFORMATIVI	13
1. STRUTTURE	14
2. PERSONALE	15
3. ATTIVITA'	16
ARCHIVIO PAZIENTI.....	16
ARCHIVIO ATTIVITA' TERRITORIALE	19
ARCHIVIO ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE	22
ARCHIVIO ATTIVITA' RESIDENZIALE.....	23
ALLEGATO 2 GLOSSARIO DELLE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE	25
PARTE I -ATTIVITA' RILEVATE COME PRESTAZIONI DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DAL PRESENTE	
FLUSSO INFORMATIVO (contenute nel tracciato record dell'Archivio Attività Territoriale)	26
ATTIVITA' CLINICA RIVOLTA AL PAZIENTE	26
ATTIVITA' RIVOLTA ALLA FAMIGLIA.....	28
ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI	29
ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE.....	30
ATTIVITA' SOCIOASSISTENZIALE	31
PARTE II - ATTIVITA' NON RILEVATE COME INTERVENTI DAL PRESENTE FLUSSO INFORMATIVO	
(MACROATTIVITA')	33

PREMESSA

1. Un'area critica: l'utilizzo delle informazioni nei dipartimenti di salute mentale

Nel ventennio intercorso tra la legge di riforma psichiatrica e l'approvazione del Progetto Obiettivo Salute mentale 1998-2000, la necessità di monitorare il processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica e la diffusione in Italia della cultura epidemiologica hanno favorito la crescita di sistemi informativi sia a livello locale che regionale. L'attivazione di sistemi informativi in alcune regioni ha permesso, attraverso il monitoraggio temporale di indicatori, di seguire l'implementazione delle politiche di riforma. Queste esperienze regionali e locali, pur favorendo la diffusione delle tecniche epidemiologiche necessarie alla realizzazione dei sistemi informativi, sono troppo settoriali per garantire la circolazione di stabili flussi informativi su tutto il territorio nazionale.

Le ragioni di questo ritardo dei servizi psichiatrici nell'implementazione e nell'utilizzazione di sistemi informativi sono molteplici e vanno ricercate in:

- assenza tra gli operatori di una cultura relativa alle informazioni e al loro utilizzo. Troppo spesso il sistema informativo è visto solo come un oneroso problema burocratico e viene ritenuto del tutto privo di utilità per il servizio. Questo inevitabilmente ha conseguenze per la qualità dei dati raccolti e la loro utilizzazione.
- complessità organizzativa dei servizi psichiatrici sia dal punto di vista strutturale (le strutture sono "disperse" sul territorio) che gestionale (necessità di integrazioni tra i programmi e i "prodotti" delle singole strutture).
- carenza di investimenti da parte delle Aziende Sanitarie per l'informatizzazione dei servizi psichiatrici e più in generale nel campo dell'*Information Technology*. In questi anni la priorità è stata data allo sviluppo del sistema informativo ospedaliero, mentre i servizi psichiatrici sono stati lasciati da parte.
- assenza di un modello chiaro di sistema informativo nazionale per la salute mentale e mancanza di coordinamento tra DSM, Regioni e Ministero. Un sistema informativo incentrato sul paziente è stato implementato solo in alcune Regioni, mentre nella maggioranza di esse o non è attivo alcun sistema informativo oppure si assiste ad un proliferare di sistemi, estremamente differenziati sul piano dei contenuti e dei prodotti e limitati da una scarsa comparabilità dei risultati

Nonostante queste difficoltà si assiste negli ultimi anni ad un sempre maggiore sviluppo dei sistemi informativi nei DSM italiani. Un'accelerazione decisiva a questo sviluppo è stata data dal processo di aziendalizzazione, portato avanti dai D.Lgs. 502, 517 e successive modificazioni. L'introduzione di sistemi di pagamento prospettico (DRG), di tariffe e dell'accreditamento, sono solo alcune delle novità che hanno reso la Direzione Generale delle Aziende Sanitarie così attenta nei confronti del debito informativo che il Dipartimento di Salute Mentale ha nei suoi confronti. Analogamente a livello del Dipartimento di Salute Mentale, l'attribuzione delle risorse per mezzo del meccanismo di budget e del processo di negoziazione, impongono che il Dipartimento sia in grado di documentare, attraverso i propri sistemi informativi, un livello di attività compatibile con le risorse impiegate e con le prospettive di sviluppo.

Dal punto di vista tecnologico, l'accelerazione del processo di informatizzazione delle Aziende Sanitarie, la riduzione dei costi dei sistemi informatici (sia software che hardware) e le nuove possibilità offerte dal collegamento in rete permettono di considerare sotto nuova luce i problemi della informatizzazione e di conseguenza il rapporto costo-benefici legato all'attivazione di un sistema informativo.

2. Le indicazioni del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998-2000"

Nel capitolo "Organizzazione e compiti del Dipartimento di Salute Mentale" del Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", è espressamente previsto che:

*"Presso la Direzione del Dipartimento è collocato il sistema informativo dipartimentale, il quale raccoglie, elabora e archivia i dati di struttura, processo ed esito con gli obiettivi di:
consentire di valutare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del DSM"*

*rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati
integrare le informazioni prodotte dalle singole componenti organizzative del DSM, in modo ad esempio
che sia possibile avere un quadro unico della prevalenza e incidenza degli utenti in carico, senza
duplicazioni
fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione e un glossario standardizzati
conoscere il numero degli utenti persi di vista
rilevare il numero e la proporzione di utenti provenienti da zone esterne al bacino di utenza e conoscere
il numero degli utenti del proprio territorio che facciano ricorso a servizi esterni, differenziando tra gli
utenti inviati e non inviati dal servizio stesso
rilevare il ricorso a strutture di ricovero private degli abitanti del proprio bacino di utenza e i costi
lavorativi, distinguendo tra i pazienti inviati e non inviati dal servizio stesso
rilevare il numero di interventi riabilitativi individualizzati e gli inserimenti lavorativi in ambiente protetto e
non protetto
analizzare i dati relativi ai residenti nel territorio di competenza ricoverati con diagnosi psichiatrica nei
reparti ospedalieri diversi dal SPDC
ricavare indicatori che permettano di valutare il carico di lavoro del personale e l'entità dell'assistenza
fornita in rapporto al bacino di utenza, di confrontare l'attività ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di
ricovero (distinguendo tra ricoveri volontari e TSO)
diffondere i dati sugli indicatori a tutti gli interessati
analizzare i dati sul turnover e l'assenteismo del personale forniti dall'azienda.
Il Ministero della Sanità emanerà linee guida per la sperimentazione di un sistema di indicatori,
omogeneo sul territorio nazionale. "*

In questo contesto, appare fondamentale garantire omogeneità e attendibilità alla rilevazione e alla diffusione di informazioni sull'intero territorio nazionale, attraverso un sistema informativo nazionale per l'area psichiatrica, condiviso tra DSM, strutture private accreditate, Regioni/Province Autonome e Ministero della Sanità.

3. Un modello condiviso: il registro di servizio

L'esperienza maturata in questi anni in diverse aree e regioni italiane ha permesso di identificare nel registro di servizio il modello ottimale di sistema informativo, che sia al tempo stesso sostenibile in termini di risorse spese dal servizio, e in grado di fornire dati sia di natura epidemiologica che gestionale.

Il registro di servizio nasce dall'esperienza dei registri dei casi. Nel registro dei casi vengono inclusi i contatti di una popolazione geograficamente delimitata (utenti residenti) con i servizi psichiatrici pubblici e privati, fuori e dentro l'area di registro; il paziente, identificato da un numero di codice, è conteggiato una sola volta; i registri permettono di studiare la domanda psichiatrica espressa attraverso il contatto con i servizi. Anche il registro di servizio è un sistema cumulativo, ma si differenzia dal registro dei casi in quanto "copre" solo i contatti con le strutture del DSM o con la singola struttura privata accreditata, permettendo di produrre statistiche descrittive sia del funzionamento delle singole strutture, che del DSM; è quindi meno oneroso in termini di risorse spese e, nelle zone dove non sono presenti strutture private o dove queste per ragioni organizzative facciano riferimento al DSM, "di fatto" diventa un registro dei casi. Nel caso di strutture private accreditate, che non facciano riferimento al DSM, il registro di servizio rileva l'attività della singola struttura. A livello regionale, dove afferiscono i dati relativi ai contatti con tutti i DSM e le strutture private accreditate, viene "di fatto" attivato un registro regionale dei casi.

Dal punto di vista dei dati raccolti, un registro di servizio è formato da due parti: nella prima è raccolto un numero limitato di dati sociodemografici e clinici (diagnosi e precedenti contatti psichiatrici) relativi al paziente, mentre nella seconda sono rilevati i contatti avuti da questi con le strutture del DSM o del privato accreditato. I contatti sono classificati in tre tipologie: 1) interventi territoriali e 2) presenze semiresidenziali (entrambi definiti temporalmente dal giorno di contatto), 3) giornate di ricovero in strutture ospedaliere e residenziali (definiti temporalmente dalla giornata di ammissione e dimissione).

I risultati attesi dall'attivazione di un registro sono la costruzione di tassi di prevalenza ed incidenza, la definizione dei *pattern* di utilizzo dei servizi, l'utilizzazione del registro come base di

dati per ricerche a carattere qualitativo (ad esempio valutazione di gravità e di esito), la misura dei cambiamenti nella *policy* e nell'utilizzo del servizio e il confronto tra servizi. Infine, attraverso i registri è possibile condurre studi, che richiedano il *linkage* con altre banche dati, per valutare, ad esempio, le modalità di prescrizione dei farmaci o i costi dei trattamenti.

Anche se il set di dati epidemiologici raccolti dai registri è limitato e non include, al di là della diagnosi, variabili relative alla gravità del quadro clinico e psicosociale, non è da sottovalutare la possibilità di rilevare in modo continuativo indicatori di processo relativi, ad esempio, ai pazienti "persi di vista" o alle caratteristiche epidemiologiche di pazienti a cui siano erogate specifiche modalità di trattamento (riabilitazione, interventi domiciliari, psicoterapia, residenzialità, ecc.).

4. Un linguaggio comune: il glossario degli interventi territoriali

Uno dei primi passi per la costruzione di un sistema informativo è quello di utilizzare definizioni comuni e condivise delle tipologie di intervento, attraverso una modulistica unica, che indichi quali prestazioni rilevare, e come rilevarle, per ottenere una raccolta dei dati accurata e comparabile tra servizio e servizio.

Fino ad oggi in Italia l'unico documento nazionale è stato il nomenclatore nazionale delle attività (D.M. del 22/7/96 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Sistema sanitario nazionale e relative tariffe"), inadatto al finanziamento dei servizi e del tutto insufficiente a rispondere ai loro bisogni informativi. All'interno del nomenclatore nazionale sono infatti rilevate, in un'ottica "ambulatoriale", solo le visite psichiatriche e psicologiche, l'attività testale e le psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, mentre non è possibile rilevare (e di conseguenza valorizzare anche dal punto di vista economico) alcune tra le attività più significative dei servizi di salute mentale (attività di riabilitazione e risocializzazione, interventi di rete, attività di coordinamento, interventi al domicilio, ecc.).

Il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000" individua la necessità di "fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione e un glossario standardizzati". Il Glossario degli interventi territoriali, allegato a questa proposta di sistema informativo, non solo supera i limiti del nomenclatore, ma può rappresentare a tutti gli effetti un linguaggio comune per la psichiatria italiana. Anche se è auspicabile che a livello di tutti i DSM venga adottato il presente Glossario, esso deve comunque essere utilizzato come "vocabolario" per la "transcodifica" delle prestazioni dai DSM alla Regione e dalla Regione al Ministero.

LE CARATTERISTICHE DEL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale, nel rispetto della privacy dei cittadini-utenti, è concepito per costituire una base dati integrata, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni sia a livello di azienda sanitaria che di regione o provincia autonoma. Tutto ciò ritenendo che l'organizzazione della raccolta dei dati individuali, così come il cittadino li genera nelle varie fasi del suo rapporto con il SSN, permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti dalle stesse attivati, in risposta ai bisogni di salute dell'utenza.

Il sistema mira alla piena condivisione delle informazioni tra aziende sanitarie, regioni o provincie autonome e amministrazioni centrali, basandosi su tracciati record di scambio, consentendo così la cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi localmente in uso che rimangono pertanto gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali.

Le funzioni principali del sistema informativo nazionale per la salute mentale possono sintetizzarsi nelle seguenti:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento
- supporto alle attività gestionali del DSM, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale
- supporto ai sistemi di finanziamento
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità

Il debito informativo nei confronti del Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale si applica anche alle cliniche universitarie ed alle strutture private accreditate.

STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

La responsabilità della rilevazione è affidata al sistema informativo dipartimentale che opera presso la direzione del DSM. Al sistema informativo dipartimentale afferiscono le informazioni generate da tutte le componenti organizzative del DSM e degli eventuali moduli tipo (denominate in alcune regioni équipes o unità operative) in cui il DSM è articolato, in relazione alle caratteristiche del territorio.

Per conoscere l'attività dei DSM si è scelta la forma del tracciato record di scambio, per garantire la flessibilità e la adattabilità del sistema informativo ai mutamenti ed alle evoluzioni strategiche del SSN. I tracciati record di scambio sono descritti nei capitoli dei tre assi informativi di seguito nominati:

1. STRUTTURE
2. PERSONALE
3. ATTIVITA'

Le strutture rilevate sono:

- le strutture del DSM
- le cliniche psichiatriche universitarie
- le strutture private a direzione tecnica del DSM
- le strutture appartenenti al privato e al privato sociale convenzionate, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM.

Il personale rilevato è:

- il personale di ruolo del DSM
- il personale convenzionato, operante nelle strutture del DSM e/o in quelle private a direzione tecnica del DSM.

Le attività rilevate sono riferite soltanto agli interventi terapeutico-riabilitativi e socioassistenziali rivolti al paziente, alla sua famiglia o al suo contesto di vita.

Non sono rilevate le attività (definibili come macroattività) non rivolte direttamente all'assistenza, ma finalizzate al coordinamento del piano di cura, all'organizzazione del DSM o della struttura privata accreditata, ai rapporti tra DSM, strutture private accreditate e Azienda Sanitaria ed altri Enti, alla prevenzione e all'educazione sanitaria, alla formazione ed alla ricerca. Nonostante queste attività non siano obbligatoriamente rilevate all'interno del presente flusso, si ritiene utile fornire definizioni operative di tali attività, al fine di rendere più chiari i criteri di esclusione delle attività soggette a flusso (vedi Parte II del Glossario).

Il flusso informativo prevede che tutti i record generati da ogni singolo DSM vengano inviati alla propria regione. La regione costituisce e gestisce i database generati, trasmettendo alle amministrazioni centrali la reportistica concordata.

Per una corretta gestione del sistema e per garantire omogeneità di rilevazione e di linguaggio, sono stati predisposti due allegati:

1. Il primo contiene una descrizione puntuale di ogni singolo item contenuto in ciascuno dei tre assi informativi.
2. Il secondo è un Glossario delle attività svolte nei dipartimenti di salute mentale, con una descrizione puntuale per ciascun tipo di intervento registrato nell'Archivio Attività Territoriale.

1. STRUTTURE

Dati anagrafici del DSM

Il Dipartimento di Salute Mentale è identificato dalle seguenti informazioni:

A	CODICE REGIONE	B	CODICE A.S.L./ AZ. OSP.	C	CODICE REGIONALE DSM	D	ANNO
	_ _		_ _		_ _		_ _

E	INDIRIZZO DELLA DIREZIONE DEL DSM		
E	VIA/PIAZZA _____ N° _____		
	COMUNE: _ _ _ _ _	_____	_____
	codice ISTAT	denominazione del Comune	Provincia
	C.A.P. _ _ _ _	TELEFONO _ _ _ / _ _ _ _ _ _	FAX . _ _ _ / _ _ _ _ _ _
	E-MAIL		

Strutture del DSM

Modello del report

Aggregando il dato raccolto con i modelli STS11(strutture territoriali) e HSP12 (strutture ospedaliere) dei flussi ministeriali, si ricava in automatico la seguente reportistica:

F STRUTTURE				
F1 STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE				
COMPONENTI ORGANIZZATIVE	NUMERO	SOMMA DELLE ORE DI FUNZIONAMENTO SETTIMANALE	POSTI SEMIRESIDENZIALI	POSTI LETTO/ POSTI RESIDENZIALI
CENTRI DI SALUTE MENTALE	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
AMBULATORI PERIFERICI	_ _	_ _ _		
CENTRI DIURNI	_ _	_ _ _	_ _ _	
DAY HOSPITAL TERRITORIALI	_ _	_ _ _	_ _ _	
SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA	_ _			_ _ _
DAY HOSPITAL OSPEDALIERI	_ _	_ _ _	_ _	
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA GIORNALIERA DI PERS. SAN. PER 24 ORE	_ _		_ _	_ _ _
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA GIORNALIERA DI PERS. SAN. NELLE 12 ORE DIURNE (ALMENO NEI GIORNI FERIALI)	_ _		_ _	_ _ _
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA DI PERSONALE SAN. IN FASCE ORARIE (NON PIU' DI 6 ORE) O AL BISOGNO (ALMENO NEI GIORNI FERIALI)	_ _		_ _	_ _ _
CLINICHE PSICHIATRICHE UNIVERSITARIE	_ _		_ _	_ _ _

F2 STRUTTURE PRIVATE A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE				
COMPONENTI ORGANIZZATIVE	NUMERO	SOMMA DELLE ORE DI FUNZIONAMENTO SETTIMANALE	POSTI SEMIRESIDENZIALI	POSTI LETTO/ POSTI RESIDENZIALI
CENTRI DIURNI	_ _	_ _ _	_ _ _	
DAY HOSPITAL TERRITORIALI	_ _	_ _ _	_ _ _	
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA GIORNALIERA DI PERS. SAN. PER 24 ORE	_ _		_ _	_ _ _
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA GIORNALIERA DI PERS. SAN. NELLE 12 ORE DIURNE (ALMENO NEI GIORNI FERIALE)	_ _		_ _	_ _ _
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA DI PERSONALE SAN. IN FASCE ORARIE (NON PIU' DI 6 ORE) O AL BISOGNO (ALMENO NEI GIORNI FERIALE)	_ _		_ _	_ _ _

F3 STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE SITE NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL DSM, NON A DIREZIONE TECNICA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE				
COMPONENTI ORGANIZZATIVE	NUMERO	SOMMA DELLE ORE DI FUNZIONAMENTO SETTIMANALE	POSTI SEMIRESIDENZIALI	POSTI LETTO/ POSTI RESIDENZIALI
CENTRI DIURNI	_ _	_ _ _	_ _ _	
DAY HOSPITAL TERRITORIALI	_ _	_ _ _	_ _ _	
CASE DI CURA PSICHIATRICHE	_ _			_ _ _
DAY HOSPITAL OSPEDALIERI	_ _	_ _ _	_ _	
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA GIORNALIERA DI PERS. SAN. PER 24 ORE	_ _		_ _	_ _ _
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA GIORNALIERA DI PERS. SAN. NELLE 12 ORE DIURNE (ALMENO NEI GIORNI FERIALE)	_ _		_ _	_ _ _
STRUTTURE RESIDENZIALI CON PRESENZA DI PERSONALE SAN. IN FASCE ORARIE (NON PIU' DI 6 ORE) O AL BISOGNO (ALMENO NEI GIORNI FERIALE)	_ _		_ _	_ _ _

Tracciato record

Quello dei modelli STS11 e HSP12 in uso, per ottenere la reportistica sulle strutture, in gestione diretta o indiretta al DSM.

2. PERSONALE

Disaggregando per DSM il dato raccolto con il monitoraggio della spesa per il personale (conto annuale e relazione di gestione - GU 14/03/2000), si potranno ricavare in automatico i seguenti report:

G G	PERSONALE
G1	PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO AL 31/12 (in equivalenti di tempo pieno – vedi istruzioni)
	NUMERO
	PSICHIATRI _ _ _
	ALTRI MEDICI NON SPECIALIZZATI IN PSICHIATRIA _ _ _
	PSICOLOGI _ _ _
	INFERMIERI _ _ _
	TECNICI DELLA RIABILIT. PSICHIATRICA _ _ _
	EDUCATORI PROFESSIONALI _ _ _
	OTA _ _ _
	ASSISTENTI SOC. _ _ _
	SOCIOLOGI _ _ _
	AMMINISTRATIVI _ _ _
	ALTRO _ _ _
G2	ORE COMPLESSIVE EROGATE DA PERSONALE CONVENZIONATO NELLE STRUTTURE DEL DSM E IN QUELLE PRIVATE A DIREZIONE TECNICA DEL DSM NEL CORSO DELL'ANNO PER FIGURA PROFESSIONALE
	ORE
	PSICHIATRI _ _ _ _
	ALTRI MEDICI NON SPECIALIZZATI IN PSICHIATRIA _ _ _ _
	PSICOLOGI _ _ _ _
	INFERMIERI _ _ _ _
	TECNICI DELLA RIABILIT. PSICHIATRICA _ _ _ _
	EDUCATORI PROFESSIONALI _ _ _ _
	OTA _ _ _ _
	ASSISTENTI SOC. _ _ _ _
	SOCIOLOGI _ _ _ _
	AMMINISTRATIVI _ _ _ _
	ALTRO _ _ _ _

Tracciato record

Conforme a quello in uso per il conto annuale e la relazione di gestione, integrato da un tracciato più analitico che divida il personale, oltre che per profilo, per branca specialistica, modulo/équipe e DSM di assegnazione.

3. ATTIVITA'

La rilevazione delle attività è incentrata sul paziente e si basa su un numero ristretto di informazioni, secondo il principio del *Minimum Mental Health Data Set*. Il tracciato record predisposto individua informazioni relative ai pazienti e ai contatti avuti da questi con le strutture psichiatriche pubbliche e private accreditate territoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedaliere. Esso si articola in quattro archivi:

Archivio Pazienti

Archivio Attività Territoriale

Archivio Attività Semiresidenziale

Archivio Attività Residenziale.

L'attività di ricovero ospedaliero viene rilevata tramite il flusso informativo delle **Schede di Dimissione Ospedaliera** e successivamente aggregata a livello di DSM e/o di Regione all'Archivio Pazienti.

Tutti i campi contenuti nei tracciati record delle schede Archivio Pazienti, Archivio Attività Territoriale, Archivio Attività Semiresidenziale e Archivio Attività Residenziale, sono obbligatori.

Per esigenze di tutela della riservatezza, l'archiviazione dei tracciati record relativi da un lato all'archivio pazienti, e dall'altro agli archivi attività territoriale, attività semiresidenziale, attività residenziale e ospedaliera sarà effettuata in file - archivi distinti, separando le informazioni personali (dati anagrafici, sociodemografici e clinici dei pazienti) dai dati relativi ai trattamenti.

I singoli item dell'Archivio Pazienti, Archivio Attività Territoriale, Archivio Attività Semiresidenziale e Archivio Attività Residenziale sono descritti nell'allegato 1.

La scheda o cartella clinica territoriale dell'archivio pazienti viene attivata al primo contatto (richiesta di intervento) con il DSM o con la struttura privata accreditata e successivamente chiusa alla fine dell'intervento, indicando la modalità di conclusione.

Un intervento può consistere in una singola prestazione (ad esempio un accertamento medico legale) o in un episodio di cura. Ogni intervento deve essere riferito necessariamente ad un paziente e quindi ad ogni intervento territoriale o semiresidenziale o ricovero residenziale o ospedaliero erogato all'interno di una struttura pubblica del DSM o privata accreditata è necessario che corrisponda una scheda individuale nell'Archivio Pazienti. La scheda paziente (cartella clinica territoriale) deve essere quindi compilata anche quando il paziente abbia all'interno dell'episodio di cura solo ricoveri ospedalieri, in quanto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera non sono contenute tutte le informazioni sociodemografiche necessarie alla compilazione della scheda dell'archivio paziente.

La scheda dell'archivio pazienti può venire riaperta ad ogni successiva richiesta di nuovo intervento.

L'episodio di cura inizia al primo contatto del paziente con il DSM e comprende tutti i trattamenti territoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri erogati dalle strutture del DSM.

Per le strutture private accreditate l'episodio di cura è di solito relativo ad un'unica tipologia di trattamento (in genere inizia con il ricovero nella struttura residenziale privata accreditata e termina con la dimissione del paziente dalla struttura) ed è governato dalle stesse procedure identificate per i DSM.

Gli interventi territoriali possono essere rivolti sia al singolo paziente che ad un gruppo di pazienti. Il sistema informativo è interessato a rilevare sia le presenze dei singoli pazienti all'interno dei gruppi, sia i tipi specifici di gruppi.

Per quanto riguarda le attività semiresidenziali e residenziali vengono raccolti solo i dati relativi alle presenze. Non vengono rilevati i singoli tipi di intervento effettuati all'interno della giornata di presenza semiresidenziale o residenziale.

Tracciato record dell'Archivio Pazienti, Archivio Attività Territoriale, Archivio Attività Semiresidenziale e Archivio Attività Residenziale

ARCHIVI	FORMATO	LUNGHEZZA
ARCHIVIO PAZIENTI		
01 CODICE ASL	AN	3
02 CODICE DSM	AN	3
03 CODICE SANITARIO INDIVIDUALE	AN	16
04 NUMERO SCHEDA-PAZIENTE	AN	8
05 CODICE STRUTTURA	AN	8
06 SESSO	AN	1
07 DATA DI NASCITA	data (gg/mm/aaaa)	8
08 COMUNE DI NASCITA o NAZIONE (se stato estero)	AN	6
09 CITTADINANZA	AN	3
10 COMUNE DI RESIDENZA	AN	6
11 STATO CIVILE	AN	1
12 COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	AN	1
13 TITOLO DI STUDIO	AN	1
14 CONDIZIONE PROFESSIONALE	AN	1
15 DATA DI APERTURA SCHEDA PAZIENTE	data (gg/mm/aaaa)	8
16 DIAGNOSI DI APERTURA (ICD 9-CM)	AN	5
17 PRECEDENTI CONTATTI PSICHIATRICI	AN	1
18 INVIANTE PER IL PRIMO CONTATTO DEL TRATTAMENTO	AN	1
19 DATA DI CHIUSURA SCHEDA PAZIENTE	data (gg/mm/aaaa)	8
20 DIAGNOSI DI CHIUSURA (ICD 9-CM)	AN	5
21 MODALITA' DI CONCLUSIONE	AN	1
ARCHIVIO ATTIVITA' TERRITORIALE		
01 CODICE ASL (stesso valore campo 01 dell'Archivio Pazienti)	AN	3
02 CODICE DSM (stesso valore campo 02 dell'Archivio Pazienti)	AN	3
03 CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (stesso valore campo 03 Archivio Pazienti)	AN	16
04 NUMERO SCHEDA-PAZIENTE (stesso valore campo 04 dell'Archivio Pazienti)	AN	8
05 CODICE STRUTTURA	AN	8
06 DATA DELL'INTERVENTO	data (gg/mm/aaaa)	8
07 TIPO DI STRUTTURA	AN	1
08 TIPO DI INTERVENTO	AN	2
09 MODALITA' DI EROGAZIONE	AN	1
10 SEDE DI INTERVENTO	AN	1
11 OPERATORE	AN	1
12 OPERATORE	AN	1
13 OPERATORE	AN	1
ARCHIVIO ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE		
01 CODICE ASL (stesso valore campo 01 dell'Archivio Pazienti)	AN	3
02 CODICE DSM (stesso valore campo 02 dell'Archivio Pazienti)	AN	3
03 CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (stesso valore campo 03 Archivio Pazienti)	AN	16
04 NUMERO SCHEDA-PAZIENTE (stesso valore campo 04 dell'Archivio Pazienti)	AN	8
05 CODICE STRUTTURA	AN	8
06 DATA DELL'INTERVENTO	data (gg/mm/aaaa)	8
07 TIPO DI STRUTTURA	AN	1
08 MODALITA' DI PRESENZA	AN	1
ARCHIVIO ATTIVITA' RESIDENZIALE		
01 CODICE ASL (stesso valore campo 01 dell'Archivio Pazienti)	AN	3
02 CODICE DSM (stesso valore campo 02 dell'Archivio Pazienti)	AN	3
03 CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (stesso valore campo 03 Archivio Pazienti)	AN	16
04 NUMERO SCHEDA-PAZIENTE (stesso valore campo 04 dell'Archivio Pazienti)	AN	8
05 CODICE STRUTTURA	AN	8
06 TIPO DI STRUTTURA	AN	1
07 DATA DI AMMISSIONE	data (gg/mm/aaaa)	8

ALLEGATO 1

DESCRIZIONE DEI SINGOLI ASSI INFORMATIVI

1. STRUTTURE

Dati anagrafici del DSM

QUADRO A: CODICE REGIONE: è il codice in uso, attribuito a ciascuna Regione e Provincia Autonoma dal SIS (Sistema Informativo Sanitario) del Ministero Sanità.

QUADRO B - CODICE ASL: identifica la ASL in cui è sito il DSM o la struttura privata accreditata. Utilizzare il codice in uso, attribuito a ciascuna Azienda USL e Ospedaliera dal SIS (Sistema Informativo Sanitario) del Ministero Sanità.

QUADRO C - CODICE REGIONALE DEL DSM: identifica il DSM; il codice da utilizzare è quello attribuito dalla Regione o Provincia Autonoma

QUADRO D: indicare l'anno di riferimento.

QUADRO E: rilevare indirizzo, telefono ed eventuale *e-mail* della Direzione del DSM.

Strutture del DSM

QUADRO F: rilevare:

- il numero complessivo di strutture per tipologia;
- le ore di funzionamento settimanale per CSM, Ambulatori, CD e DH
- il numero di posti semiresidenziali nei CD e nei DH (territoriali e/o ospedalieri). Indicare anche, ove presenti, il numero di posti semiresidenziali nei CSM, nelle SR e nelle cliniche psichiatriche universitarie (**i posti semiresidenziali in SR sono posti riservati ad attività di Centro Diurno per soggetti non ospiti della SR**)
- il numero di posti letto in SPDC, cliniche psichiatriche e case di cura;
- il numero di posti residenziali nelle SR; indicare anche i posti residenziali all'interno dei CSM, ove presenti, finalizzati all'ospitalità di pazienti per una durata di almeno 24 ore.

Per ore di funzionamento, posti e posti letto, riportare la somma delle singole strutture (ad esempio se vi sono due CD con un orario di apertura settimanale di rispettivamente 44 e 46 ore, segnare 90).

Segue la definizione delle singole unità (o componenti) organizzative del DSM, tenendo anche a riferimento il Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" (DPR 10.11.1999):

1. CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM): è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza, anche negli ospedali, se sprovvisti di SPDC. E' attivo per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana e vi lavorano équipe multiprofessionali, con presenza di personale medico e infermieristico per tutto l'orario di apertura.
2. AMBULATORI PERIFERICI: strutture differenti dal CSM, che svolgono prevalentemente attività ambulatoriale, con orario di apertura limitato ad alcune ore e/o giorni della settimana
3. CENTRO DIURNO (CD): è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel contesto territoriale, che accoglie i pazienti durante le ore diurne su specifici progetti individualizzati di tipo terapeutico e/o riabilitativo. La struttura è attiva almeno per 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed è dotata di una équipe multiprofessionale, comprendente operatori di cooperative sociali e di organizzazioni del volontariato.
4. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC): è un servizio ospedaliero dove vengono attuati, trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in regime di ricovero; esplica attività di consulenza e, nel contesto del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, di pronto soccorso. Il numero di posti letto è tendenzialmente 1 ogni 10.000 abitanti.
5. DAY HOSPITAL (DH): costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato in ambito

ospedaliero, con un collegamento funzionale e gestionale con il SPDC, oppure in ambito territoriale, collegato con il CSM. E' attivo per 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana, garantendo la presenza fissa di personale medico-infermieristico e la presenza programmata di altre figure professionali.

6. **STRUTTURE RESIDENZIALI** Sono strutture extraospedaliere che accolgono per l'intero arco delle 24 ore soggetti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore:
- SR con presenza continua di personale sanitario lungo l'arco delle 24 ore
 - SR con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta
 - SR con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali (non più di 6 ore al giorno) o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente

QUADRO F1: rilevare sia le strutture che fanno parte del DSM e appartengono all'Ente Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera, sia le cliniche psichiatriche universitarie site nel territorio di competenza del DSM (le unità organizzative SPDC a direzione universitaria sono da rilevare come SPDC).

QUADRO F2: rilevare le strutture appartenenti al privato e al privato sociale, con direzione tecnica da parte del DSM. Sono strutture a direzione tecnica del DSM quelle in cui la responsabilità della gestione dei casi e della direzione del personale è affidata ad operatori del DSM, sulla base di specifici accordi formalizzati in contratti o convenzioni tra Azienda sanitaria ed Ente Erogatore.

QUADRO F3: rilevare le strutture appartenenti al privato e al privato sociale convenzionate, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM

Nei QUADRI F2 e F3 rilevare soltanto le strutture la cui attività è stata formalmente autorizzata con atto deliberativo della Regione o dell'Azienda Sanitaria.

2. PERSONALE

QUADRO G1: rilevare in "equivalenti di tempo pieno" il personale in servizio al 31 dicembre, dipendente dall'Azienda Unità Sanitaria Locale o dall'Azienda Ospedaliera. Per rilevazione "tempo pieno equivalente" si intende che per operatori che svolgono un orario part time, le ore effettuate vengono sommate fino a raggiungere il numero di ore di un operatore a tempo pieno (per frazioni uguali o superiori a 0,5 si arrotonda all'unità superiore, per frazioni inferiori a 0,5, si arrotonda all'unità inferiore) Esempio: se in servizio vi sono tre infermieri, uno a tempo pieno (a 36 ore), uno che lavora per 18 ore e uno per 12 ore, facendo il calcolo in equivalenti di tempo pieno, in servizio risultano due unità di infermieri (1 a 36 ore + 1 derivante dalla formula $18+12/36=0,83$, che si arrotonda a 1). E' considerato personale in servizio anche quello assente per congedo ordinario o malattia. Nella rilevazione includere, sempre "in equivalenti di tempo pieno", sia il personale universitario, per il tempo stabilito dalla convenzione con il SSN, che il personale delle U.O. di psicologia clinica e di assistenza sociale, per l'orario di lavoro erogato all'interno del DSM.

Per quanto riguarda alcuni profili professionali, si forniscono le seguenti precisazioni:

- Psichiatri (con specializzazione in psichiatria o specializzazione equivalente: neuropsichiatria, malattie nervose e mentali, igiene mentale, neurologia, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica)
- Infermieri: si intende personale di assistenza infermieristica [Include: infermieri professionali, infermieri con diploma universitario di infermiere, infermieri abilitati alle funzioni direttive, infermieri dirigenti]. [Esclude: infermieri generici e infermieri psichiatrici (in quanto ruoli ad esaurimento), assistenti sanitari (in quanto personale non infermieristico). (tutto questo personale va indicato nella voce Altro)]
- Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica: ci si riferisce alla figura professionale individuata con Decreto del Ministro della Sanità 29 marzo 2001, n. 182.

- **Educatori professionali:** ci si riferisce alla figura professionale individuata con Decreto del Ministro della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520.
- **OTA:** (Operatore Tecnico di Assistenza) ci si riferisce alla figura professionale individuata con Decreto del Ministro della Sanità 26 luglio 1991, n. 295.
- **Altro:** occorre specificare la tipologia (ad es. infermieri generici, assistenti sanitari, terapisti occupazionali, operatore di cooperativa sociale ecc.).

QUADRO G2: rilevare le ore erogate nell'anno dal personale convenzionato all'interno delle strutture del DSM e delle strutture private a gestione da parte del DSM. Le ore annuali riportate sono quelle previste dagli atti deliberativi delle Aziende. Non devono essere rilevate le ore di supervisori e formatori.

3. ATTIVITA'

ARCHIVIO PAZIENTI

CODICE AZIENDA SANITARIA LOCALE: identifica la ASL in cui è sito il DSM o la struttura privata accreditata; il codice da utilizzare è quello attribuito dal Ministero della Sanità

CODICE DSM: identifica il DSM a cui appartiene la struttura pubblica in cui viene compilata la scheda paziente; il codice da utilizzare è quello attribuito dalla Regione; non viene utilizzato nel caso di strutture private accreditate

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE: identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge 412/1991) composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

NUMERO DELLA SCHEDA-PAZIENTE: identifica il numero della scheda-paziente o cartella clinica territoriale. Il codice a otto caratteri è costituito da:

- le prime due cifre si riferiscono all'anno (ad esempio 01 per 2001)
- le seconde sei cifre costituiscono il numero progressivo unico nell'anno

CODICE STRUTTURA: indica la struttura del DSM o privata accreditata in cui viene compilata la scheda paziente; sono da utilizzare i codici STS 11 e HSP 11 attribuiti a livello regionale alle singole strutture.

SESSO: Il codice ad un carattere da utilizzare è il seguente

- 1.maschio
- 2.femmina

DATA DI NASCITA: la data di nascita va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

COMUNE DI NASCITA o NAZIONE: (se Stato Estero). Il codice da utilizzare è il codice definito dall'ISTAT: i primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe di popolazione.

CITTADINANZA: Il codice a tre caratteri da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:

- 100 nel caso di cittadino italiano;
- il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe di popolazione, nel caso in cui il paziente abbia cittadinanza straniera

COMUNE DI RESIDENZA: il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente. E' da utilizzare il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri; nel caso che il paziente sia residente all'estero va indicato il codice 999 seguito dal codice a tre cifre dello stato estero

STATO CIVILE: va riportato lo stato civile al momento del primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata. Il dato è modificabile all'interno di uno stesso episodio di cura (nel qual caso viene trasmesso il dato più recente) e deve essere controllato nel caso di apertura di un nuovo episodio di cura

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. Celibe, nubile
2. Coniugato
3. Separato
4. Divorziato
5. Vedovo
6. Non dichiarato

COLLOCAZIONE SOCIO-AMBIENTALE: si intende la situazione abituale di vita del paziente al momento del primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata ; solo in caso di ricovero di lungodegenza va rilevata la struttura di ricovero. Il dato è modificabile all'interno di uno stesso episodio di cura (nel qual caso viene trasmesso il dato più recente) e deve essere controllato nel caso di apertura di un nuovo episodio di cura.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. Da solo
2. Famiglia di origine (genitori e/o fratelli)
3. Famiglia acquisita (sia coniugato, che convivente)
4. Con altri familiari (diversi da partner, genitori, fratelli) o con altre persone
5. Struttura Residenziale psichiatrica per ricovero di lungodegenza
6. Casa di riposo per anziani, RSA, altro Istituto o Comunità non a carattere psichiatrico
7. Senza fissa dimora
9. Sconosciuto

TITOLO DI STUDIO: va riportato il titolo di studio raggiunto al momento del primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata. Il dato è modificabile all'interno di uno stesso episodio di cura (nel qual caso viene trasmesso il dato più recente) e deve essere controllato nel caso di apertura di un nuovo episodio di cura.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. Nessuno
2. Licenza elementare
3. Licenza media inferiore
4. Diploma media superiore
5. Diploma universitario
6. Laurea
9. sconosciuto

CONDIZIONE PROFESSIONALE: va riportata l'occupazione del paziente al momento del primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata. Il dato è modificabile all'interno di uno stesso episodio di cura (nel qual caso viene trasmesso il dato più recente) e deve essere controllato nel caso di apertura di un nuovo episodio di cura.

I codici da utilizzare a due caratteri sono i seguenti:

1. In cerca di prima occupazione
2. Disoccupato
3. Casalinga
4. Studente
5. Pensionato
6. Invalido
7. Altra cond. non professionale
- 8 Dirigente
- 9 Quadro direttivo
- 10 Impiegato, tecnico
- 11 Capo operaio, operaio, bracciante
- 12 Altro lavoratore dipendente
- 13 Apprendista
- 14 Lavoratore a domicilio per conto di imprese
- 15 Militare di carriera (FFAA, CC, PS, GdF)
- 16 Imprenditore
- 17 Lavoratore in proprio (artigiano, commerciante, coltivatore diretto)
- 18 Libero professionista
- 19 Socio di cooperativa
- 20 Familiare coadiuvante
- 99 sconosciuto

DATA DI APERTURA SCHEDA-PAZIENTE: indica il giorno, mese e anno in cui viene compilata la scheda paziente, all'inizio, cioè, di un intervento. Si ricorda che un intervento consiste per lo più in un episodio di cura, ma può consistere in una singola prestazione (ad esempio un accertamento medico legale), nel qual caso la data di apertura verrà quasi sicuramente a coincidere con la data di chiusura.

La data va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

DIAGNOSI DI APERTURA: è la diagnosi che deve essere indicata nella scheda paziente quando ha inizio l'episodio di trattamento. Deve essere codificata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (ICD9-CM) per garantire una comparabilità delle attività tra i poli ospedaliero e territoriale/distrettuale.

Si rammenta la possibilità di utilizzare i Codici V della classificazione ICD9-CM qualora un cittadino si rivolga a una équipe psichiatrica e non si evidenzia patologia in atto, oppure nel caso in cui l'intervento consista in una certificazione "amministrativa" (ad esempio certificato per il porto d'armi).

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi in cui la ICD 9 CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

PRECEDENTI CONTATTI PSICHIATRICI: si intende la presenza di contatti psichiatrici antecedenti alla data attuale. Per contatti psichiatrici precedenti si intendono sia i ricoveri in strutture specialistiche psichiatriche (SPDC, Case di Cura, Ospedali Psichiatrici, Istituti di lungodegenza psichiatrica, Strutture Residenziali psichiatriche, strutture di neuropsichiatria infantile) che i contatti ambulatoriali (CSM, Ambulatori, specialisti psichiatri e psicologi in ambito privato, specialisti neurologi limitatamente al trattamento di disturbi psichiatrici). Non sono considerati precedenti contatti psichiatrici le visite presso il Medico di Medicina Generale per il trattamento di disturbi psichiatrici. Il dato non è modificabile nel caso di apertura di un nuovo episodio di cura.

INVIANTE PER IL PRIMO CONTATTO DEL TRATTAMENTO: va riportato il soggetto che richiede dal punto di vista amministrativo il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata. Il dato non è modificabile all'interno di uno stesso episodio di cura e deve essere reinserito al momento dell'apertura di un nuovo episodio di cura.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. Accesso diretto
2. Medico di Medicina Generale
3. Ospedale (Pronto Soccorso e Reparti) e altre Strutture Sanitarie e Sociosanitarie (Case di Riposo, RSA) non psichiatriche
4. altri DSM e Strutture psichiatriche private
5. Servizi pubblici non sanitari (Servizi Sociali di Comuni, Pubblica Amministrazione, Autorità Giudiziaria e Forze di Polizia)
9. Sconosciuto

DATA DI CHIUSURA SCHEDA-PAZIENTE: indica il giorno, mese e anno in cui viene chiusa la scheda paziente, per la conclusione dell'intervento. Corrisponde alla data dell'ultimo contatto, se la conclusione è concordata; se la conclusione non è concordata, corrisponde alla data del 90° giorno dall'ultimo contatto.

La data va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

DIAGNOSI DI CHIUSURA: è la diagnosi che deve essere indicata nella scheda paziente al momento della conclusione dell'intervento (data di conclusione). Deve essere codificata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (ICD9-CM) per garantire una comparabilità delle attività tra i poli ospedaliero e territoriale/distrettuale.

Si rammenta la possibilità di utilizzare i Codici V della classificazione ICD9-CM qualora un cittadino si rivolga a una équipe psichiatrica e non si evidenzia patologia in atto, oppure nel caso in cui l'intervento consista in una certificazione "amministrativa" (ad esempio certificato per il porto d'armi).

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi in cui la ICD 9 CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

MODALITA' DI CONCLUSIONE DELL'INTERVENTO: va riportata la modalità di conclusione del trattamento. L'informazione non è modificabile all'interno di uno stesso episodio di cura, a cui corrisponde una ed una sola scheda-paziente. In mancanza di definite modalità di conclusione, si considera convenzionalmente concluso un episodio di cura quando il paziente non riceve più interventi dal DSM o dalla struttura privata accreditata da almeno 90 giorni.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. Conclusione per assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico
2. Conclusione concordata del rapporto terapeutico (compreso invio ad altra struttura sanitaria e trasferimento di residenza)
3. Interruzione non concordata (comprende anche conclusione dell'episodio di cura per scadenza del termine convenzionale)
4. Suicidio
5. Decesso (per qualunque altra causa)

ARCHIVIO ATTIVITA' TERRITORIALE

CODICE AZIENDA SANITARIA LOCALE: identifica la ASL in cui è sito il DSM o la struttura privata accreditata; il codice da utilizzare è quello attribuito dal Ministero della Sanità

CODICE DSM: identifica il DSM a cui appartiene la struttura pubblica in cui viene compilata la scheda paziente; il codice da utilizzare è quello attribuito dalla Regione; non viene utilizzato nel caso di strutture private accreditate

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE: identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge 412/1991) composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

NUMERO DELLA SCHEDA-PAZIENTE: identifica il numero della scheda-paziente o cartella clinica territoriale. Il codice a otto caratteri è costituito da:

- le prime due cifre si riferiscono all'anno (ad esempio 01 per 2001)
- le seconde sei cifre costituiscono il numero progressivo unico nell'anno

CODICE STRUTTURA: indica la struttura del DSM o privata accreditata in cui viene compilata la scheda paziente; sono da utilizzare i codici STS 11 e HSP 11 attribuiti a livello regionale alle singole strutture.

TIPO DI STRUTTURA: indica, secondo il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui o a partire dalla quale viene erogato il contatto territoriale. La struttura rilevata sarà-nella quasi totalità dei casi il CSM - Ambulatorio, mentre il codice SPDC può essere utilizzato solo in caso di consulenze.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. CSM - Ambulatorio
4. SPDC

DATA DELL'INTERVENTO: indica il giorno, mese e anno in cui viene erogato l'intervento territoriale. La data va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

TIPO DI INTERVENTO: identifica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura. Gli interventi territoriali sotto elencati non possono essere attribuiti a strutture quali il Centro Diurno, il DH Territoriale, le Strutture Residenziali e il SPDC (escluse le consulenze). Nel caso che interventi territoriali fossero erogati da questo tipo di strutture a pazienti non inseriti in attività semiresidenziali, residenziali e di ricovero ospedaliero – day hospital, questi interventi devono essere attribuiti nel campo "Tipo di struttura" al CSM - Ambulatorio.

I diversi tipi di intervento sono descritti nel Glossario (allegato 2)

I codici da utilizzare a due caratteri sono i seguenti:

- 01 visite psichiatriche
- 02 colloqui clinico psicologici
- 03 colloqui (da parte di altre figure professionali, diverse da psichiatri e psicologi)
- 04 consulenze
- 05 accertamento medico – legale
- 06 valutazioni standardizzate mediante test
- 07 psicoterapia individuale
- 08 psicoterapia di coppia
- 09 psicoterapia familiare
- 10 psicoterapia di gruppo
- 11 somministrazione di farmaci
- 12 colloqui con i familiari
- 13 interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia (individuali)
- 14 interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia (gruppo) (*)
- 15 riunioni - incontri con il medico di medicina generale e altre strutture sociosanitarie
- 16 interventi sulle abilità di base (individuali)
- 17 interventi sulle abilità di base (gruppo) (*)
- 18 interventi di risocializzazione (individuale)
- 19 interventi di risocializzazione (gruppo) (*)
- 20 soggiorni - vacanze
- 21 interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (individuali)

- 22 interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (gruppo) (*)
- 23 formazione lavorativa
- 24 interventi di supporto
- 25 interventi per problemi amministrativi e sociali
- 26 interventi di rete

(*)Si definiscono di seguito le condizioni generali perché un'attività possa essere qualificata come intervento di gruppo.

Il gruppo è caratterizzato dalla presenza di almeno tre pazienti, dallo svolgimento in modo continuativo nel tempo di una specifica attività in comune, dal coinvolgimento tendenzialmente stabile degli stessi operatori e degli stessi pazienti e da una frequenza e collocazione oraria prestabilite. Non vanno, invece, definiti come gruppi le attività in cui sono presenti più pazienti insieme, ma in modo estemporaneo e non continuativo.

Anche se nell'archivio Attività Territoriale sono rilevate unicamente le presenze di gruppo dei singoli pazienti, i sistemi informativi dei DSM e regionali devono essere in grado di rilevare, partendo dalle presenze di gruppo rivolte ai singoli pazienti, i gruppi effettuati, secondo le tipologie individuate con i codici 10, 14, 17, 19 e 22.

MODALITA' DI EROGAZIONE: indica se l'intervento è stato programmato o meno. Per intervento programmato si intende un intervento la cui effettuazione è stata concordata tra operatore e paziente almeno nel giorno precedente. Un intervento non programmato può avere o meno il carattere di urgenza e/o emergenza. I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

- 1 - programmato
- 2 - non programmato

SEDE DI INTERVENTO: identifica la sede in cui o a partire dalla quale viene erogato l'intervento territoriale. Le sedi di intervento sono definite come di seguito:

1 - IN SEDE: si riferisce a tutti gli interventi erogati all'interno della struttura. Tutti gli interventi vengono erogati in sede

2 - AL DOMICILIO: si riferisce agli interventi erogati all'interno del domicilio del paziente.

Include: "visite domiciliari"

Esclude: interventi, che partendo dal domicilio del paziente siano svolti prevalentemente al di fuori di esso.

3 - IN STRUTTURA OSPEDALIERA o RESIDENZIALE DEL DSM: nel caso che gli operatori dei DSM si rechino in strutture ospedaliere (SPDC) o residenziali del DSM per effettuare interventi nei confronti dei pazienti lì ricoverati.

Include: attività svolte direttamente nei confronti del paziente (ad esempio un colloquio con un paziente residente in Struttura Residenziale svolto da parte degli operatori di riferimento del DSM); riunioni /incontri formalizzati tra operatori di diverse strutture, incentrati sul programma terapeutico-riabilitativo di un paziente.

4 - OSPEDALE GENERALE nel caso di effettuazione di consulenze e nei reparti ospedalieri e nel Pronto Soccorso

5 - IN ALTRO LUOGO DEL TERRITORIO: sono compresi gli interventi erogati presso Case di Riposo, Istituti, sedi di Enti, Cooperative, strutture di risocializzazione ed in ogni caso presso luoghi nel territorio che non siano domicilio del paziente, strutture del DSM o Ospedali Generali.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

- 1. In sede
- 2. Al domicilio
- 3. In altro luogo del territorio
- 4. In altra struttura del DSM
- 5. Ospedale Generale

OPERATORE: identifica il profilo professionale di chi eroga la prestazione; è possibile rilevare fino a tre profili professionali diversi.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

- 1. medico

2. psicologo
3. assistente sociale
4. infermiere
5. educatore professionale
6. tecnico della riabilitazione
7. OTA
8. altro

(Per le definizioni corrette delle figure professionali, fare riferimento a quanto specificato in precedenza riguardo al Personale)

ARCHIVIO ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE

L'attività semiresidenziale si svolge prevalentemente nelle strutture semiresidenziali (centri diurni, day-hospital), ma può anche svolgersi nei CSM e nelle strutture residenziali.

CODICE AZIENDA SANITARIA LOCALE: identifica la ASL in cui è sito il DSM o la struttura privata accreditata; il codice da utilizzare è quello attribuito dal Ministero della Sanità

CODICE DSM: identifica il DSM a cui appartiene la struttura pubblica in cui viene compilata la scheda paziente; il codice da utilizzare è quello attribuito dalla Regione; non viene utilizzato nel caso di strutture private accreditate

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE: identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge 412/1991) composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

NUMERO DELLA SCHEDA-PAZIENTE: identifica il numero della scheda-paziente o cartella clinica territoriale. Il codice a otto caratteri è costituito da:

- le prime due cifre si riferiscono all'anno (ad esempio 01 per 2001)
- le seconde sei cifre costituiscono il numero progressivo unico nell'anno

CODICE STRUTTURA: indica la struttura del DSM o privata accreditata in cui viene compilata la scheda paziente; sono da utilizzare i codici STS 11 e HSP 11 attribuiti a livello regionale alle singole strutture.

TIPO DI STRUTTURA: indica, secondo il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogata la presenza semiresidenziale. Le Strutture Residenziali sono classificate in base alla presenza del personale sanitario nella struttura: questo dato deve essere aggiornato in caso di cambiamento delle modalità assistenziali.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. CSM - Ambulatorio
2. Centro Diurno
3. DH Territoriale
6. Strutture Residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore
7. Strutture Residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali)
8. Strutture Residenziali con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali)

DATA DELL'INTERVENTO: indica il giorno, mese e anno in cui si verifica la presenza semiresidenziale. La data va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

MODALITA' DI PRESENZA: identifica il tipo di presenza semiresidenziale. La presenza del paziente nella struttura è caratterizzata dall'alternanza di momenti strutturati (al cui interno vengono effettuati specifici interventi, come quelli di gruppo), e di altri meno strutturati ed informali, in cui prevalgono attività di accoglienza, incontro ed intrattenimento (ad esempio il caffè, la lettura del giornale, il gioco a carte, la discussione non strutturata, ecc.). Queste attività informali e non strutturate, che danno continuità temporale alla presenza del paziente nella struttura e si alternano ad attività individuali o di gruppo strutturate, sono rilevate in modo complessivo attraverso la registrazione del numero di giornate di presenza.

La presenza giornaliera del paziente nella struttura viene rilevata a seconda del numero di ore:
PRESENZA SEMIRESIDENZIALE MINORE DI 4 ORE

Include: presenza nella struttura per un tempo minore o uguale a 4 ore.

PRESENZA SEMIRESIDENZIALE MAGGIORE DI 4 ORE

Include: presenza nella struttura per un tempo maggiore di 4 ore.

Ogni prestazione strutturata, erogata all'interno della presenza semiresidenziale, non deve essere rilevata, in quanto la presenza semiresidenziale da sola è comprensiva di tutti gli interventi strutturati erogati al suo interno

I codici da utilizzare a un carattere sono i seguenti:

1. presenza semiresidenziale minore di 4 ore
2. presenza semiresidenziale maggiore di 4 ore

ARCHIVIO ATTIVITA' RESIDENZIALE

CODICE AZIENDA SANITARIA LOCALE: identifica la ASL in cui è sito il DSM o la struttura privata accreditata; il codice da utilizzare è quello attribuito dal Ministero della Sanità

CODICE DSM: identifica il DSM a cui appartiene la struttura pubblica in cui viene compilata la scheda paziente; il codice da utilizzare è quello attribuito dalla Regione; non viene utilizzato nel caso di strutture private accreditate

CODICE SANITARIO INDIVIDUALE: identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge 412/1991) composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

NUMERO DELLA SCHEDA-PAZIENTE: identifica il numero della scheda-paziente o cartella clinica territoriale. Il codice a otto caratteri è costituito da:

- le prime due cifre si riferiscono all'anno (ad esempio 01 per 2001)
- le seconde sei cifre costituiscono il numero progressivo unico nell'anno

CODICE STRUTTURA: indica la struttura del DSM o privata accreditata in cui viene compilata la scheda paziente; sono da utilizzare i codici STS 11 e HSP 11 attribuiti a livello regionale alle singole strutture.

TIPO DI STRUTTURA: indica, secondo il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato il trattamento residenziale. Per quanto riguarda le attività residenziali vengono rilevati solo i dati relativi alle giornate di residenzialità: non vengono rilevati gli interventi strutturati effettuati all'interno della giornata residenziale.

In alcuni CSM è previsto il pernottamento del paziente e la sua presenza per 24 ore nella struttura. Questa attività viene considerata come presenza residenziale per ogni presenza notturna e

rilevata all'interno dell'Archivio Attività Residenziale. Anche in questo caso non vengono rilevate le prestazioni erogate al paziente all'interno della presenza di 24 ore in CSM.

Le Strutture Residenziali sono classificate in base alla presenza del personale sanitario nella struttura: questo dato deve essere aggiornato in caso di cambiamento delle modalità assistenziali.

I codici da utilizzare ad un carattere sono i seguenti:

1. CSM
6. Strutture Residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore
7. Strutture Residenziali con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali)
8. Strutture Residenziali con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali)

DATA DI AMMISSIONE: indica il giorno, mese e anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale. La data va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

DATA DI DIMISSIONE: indica il giorno, mese e anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale. La data va riportata riempiendo tutti gli otto caratteri previsti nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno
- i successivi due il mese
- gli ultimi quattro l'anno

ALLEGATO 2

GLOSSARIO DELLE ATTIVITA' DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Il Glossario individua le attività dei dipartimenti di salute mentale, descrivendo in maniera puntuale ciò che ciascuna prestazione include e ciò che esclude. Esso è diviso in due parti.

Nella prima sono individuate le attività soggette a flusso, oggetto di rilevazione, limitatamente a quelle effettuate dai CSM. Si tratta di attività rivolte direttamente all'assistenza.

Nella seconda parte sono individuate le attività che non costituiscono oggetto di rilevazione, in quanto non direttamente rivolte all'assistenza. La proposizione di queste attività ha lo scopo di circoscrivere e di rafforzare il significato delle attività soggette a flusso, rendendo ancora più esplicito ciò che deve essere escluso.

PARTE I

ATTIVITA' RILEVATE COME PRESTAZIONI DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DAL PRESENTE FLUSSO INFORMATIVO (contenute nel tracciato record dell'Archivio Attività Territoriale)

Vengono rilevate come attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, soggette al presente flusso informativo, le attività di cura, di riabilitazione e socioassistenziali rivolte al paziente, alla sua famiglia e al contesto. Queste attività possono avere luogo presso strutture del DSM, presso altre sedi istituzionali esterne, al domicilio del paziente o in altri luoghi del territorio, per interventi di contesto.

Ciascuna attività comprende diversi tipi di intervento, i quali sono misurati **per numero di prestazioni erogate**.

Il simbolo → all'interno della voce Esclude rimanda ad altri tipi di intervento

ATTIVITA' CLINICA RIVOLTA AL PAZIENTE

1 - VISITA PSICHIATRICA

Intervento con il paziente, svolto da medici psichiatri, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico.

Include: colloqui con psichiatri a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; visite domiciliari da parte dello psichiatra; colloqui dello psichiatra con il paziente e con i suoi familiari; prescrizione e controllo del trattamento farmacologico; Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO); visite per la convalida del TSO (nonostante questo ultimo intervento abbia risolti medico-legali, la sua finalità di tipo clinico portano ad includerlo in questa categoria).

Esclude: interventi in assenza del paziente; colloqui con i familiari; intervento di rete; consulenza; accertamenti medico-legali; psicoterapie; valutazione standardizzata; attività rivolte alla famiglia; comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale.

2 - COLLOQUIO CLINICO-PSICOLOGICO

Intervento con il paziente, svolto da psicologi clinici, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche ed alla impostazione, attuazione e verifica di un trattamento psicologico.

Include: colloqui con psicologi a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; colloqui dello psicologo con il paziente insieme con i suoi familiari

Esclude: → consulenza; psicoterapie; valutazione; attività rivolte alla famiglia; interventi in assenza del paziente (→ colloqui con i familiari, intervento di rete, ecc.); comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale. .

3 - COLLOQUIO

Intervento con il paziente non formalizzato relativamente a frequenza e modalità di svolgimento, svolto dalle altre figure professionali diverse dal medico e dallo psicologo.

Include: colloqui con il paziente; colloqui con il paziente insieme con i suoi familiari; visite domiciliari svolti da assistenti sociali, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione.

Esclude: → attività rivolte alla famiglia; attività di riabilitazione; attività socioassistenziali; comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale; colloqui con finalità di intrattenimento e conversazione.

4 - CONSULENZA

Valutazione specialistica psichiatrica o psicologico - clinica svolta nei confronti di pazienti in carico ad altre strutture sanitarie (reparti di degenza ospedalieri e Pronto Soccorso) e socioassistenziali.

Al pari della visita psichiatrica e del colloquio clinico psicologico, è finalizzata a valutare le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale del paziente, al fine di giungere a

conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico o psicologico.

Include: consulenze presso reparti di degenza ospedalieri e Pronto Soccorso; consulenze presso Strutture Sociosanitarie (Case di Riposo, RSA, Comunità per tossicodipendenti, comunità di accoglienza)

Esclude: riunioni/incontri con operatori di reparti e servizi ospedalieri per il coordinamento delle attività di cura e di assistenza del singolo caso, non accompagnati da visita psichiatrica al paziente (→ riunioni - incontri con medici di medicina generale, distretto e altre strutture sanitarie incentrati sul singolo caso); comunicazioni telefoniche; attività di formazione ed informazione dello psichiatra nei confronti dei medici di altre specializzazioni per aiutarli a gestire meglio i problemi psicosociali dei loro pazienti. (→ attività didattica e di liaison, non rilevate all'interno di questi flussi informativi).

5 - ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE

Valutazione psichiatrica del paziente a fini medico-legali attestante la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, cui fa seguito una relazione o certificazione. Segue generalmente ad una richiesta formulata da strutture sanitarie o da altri Enti.

Include: visite per il rilascio della pensione di invalidità, per il rinnovo della patente o del porto d'arma; visite per l'accertamento dell'idoneità alla professione; visite di certificazione legate al servizio militare.

Esclude: le visite per proposta e convalida di TSO (→visite psichiatriche), gli Accertamento Sanitari Obbligatoriosi (ASO) (→visite psichiatriche), la stesura di relazioni scritte sui singoli casi senza contestuale contatto con il paziente (→ attività amministrativa, non rilevata all'interno di questi flussi informativi).

6 - VALUTAZIONE STANDARDIZZATA

La valutazione può avvenire nella fase iniziale ed essere così finalizzata alla formulazione del piano di cura o di riabilitazione, ma può essere ripetuta a scadenze regolari in periodi successivi come verifica dei progressi del trattamento psichiatrico o del programma riabilitativo.

Può essere svolta in due modi:

valutazione mediante test psicodiagnostici

Intervento effettuato mediante la somministrazione di uno o più strumenti psicodiagnostici e reattivi mentali, al fine di definire e misurare le caratteristiche delle funzioni psichiche o della personalità del paziente.

valutazione mediante rating scales, questionari, interviste (semi)strutturate

Intervento effettuato tramite la somministrazione al paziente o ai suoi familiari di strumenti standardizzati di valutazione e finalizzato ad una descrizione, quantificazione ed inquadramento nosologico dei sintomi psicopatologici, delle anomalie comportamentali, delle disabilità, del carico familiare, della rete relazionale e sociale, che consenta la pianificazione degli interventi e la successiva valutazione degli esiti degli stessi.

Include: la somministrazione di interviste semistrutturate, scale di valutazione, questionari, test psicodiagnostici al paziente e ai suoi familiari.

Esclude: schede di valutazione dei problemi psicopatologici e psicosociali dei pazienti, dell'esito dei trattamenti, ecc. che non prevedono l'intervista del paziente o dei suoi familiari, bensì la compilazione diretta dello strumento da parte dell'operatore (→attività di monitoraggio e valutazione, non rilevate all'interno di questi flussi informativi); uso routinario di strumenti di registrazione, come ad esempio la compilazione di schede finalizzate alla raccolta di informazioni per il sistema informativo (→attività di monitoraggio e valutazione, non rilevate all'interno di questi flussi informativi); riunioni interne al servizio legate alla discussione del caso (→attività di verifica e coordinamento dei trattamenti - riunioni interne al DSM, non rilevate all'interno di questi flussi informativi); attività di ricerca e valutazione non incentrate sul singolo paziente ma su classi di pazienti o sull'intero servizio, per esempio a carattere epidemiologico (→attività di ricerca, non rilevate all'interno di questi flussi informativi; → attività di monitoraggio e valutazione, non rilevate all'interno di questi flussi informativi).

7 - 8 - 9 – 10 - PSICOTERAPIA

Intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti.

Si articola in:

7 - PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

Coinvolge in una relazione a due il singolo paziente e lo psicoterapeuta.

Esclude: colloqui con psichiatri e psicologi a carattere psicoterapico, ma non formalizzati come psicoterapie (→visite psichiatriche e colloqui clinici psicologici); interventi in cui prevale l'insegnamento di abilità (→intervento rispetto alle abilità di base, interpersonali e sociali).

8 - PSICOTERAPIA DI COPPIA

E' rivolta a due soggetti legati da una relazione affettiva per la quale essi stessi si definiscono come coppia; il suo scopo è migliorare gli aspetti problematici della relazione stessa o di portare ad una separazione non conflittuale. Vengono considerati aspetti psicologici, sessuali, etici ed economici della relazione. I due membri della coppia possono essere visti singolarmente o insieme.

9 - PSICOTERAPIA FAMILIARE

Intervento rivolto al trattamento nella stessa seduta di più di un membro di una famiglia o dell'intero nucleo familiare disfunzionale, secondo un modello sistemico o relazionale.

Esclude: singoli interventi con i familiari (anche se frequenti) non strutturati in una terapia della coppia/famiglia (→colloquio con i familiari); interventi psicoeducativi (→intervento informativo e psicoeducativo con i familiari)

10 - PSICOTERAPIA DI GRUPPO

Applicazione di tecniche psicoterapiche da parte di un terapeuta che usa le interazioni emotive dei membri del gruppo per aiutarli ad alleviare il disagio e possibilmente a modificare il loro comportamento. Il gruppo è abitualmente composto di 4-12 persone che si incontrano regolarmente con il terapeuta.

Esclude: gruppi di risocializzazione finalizzati alla discussione (→intervento di risocializzazione); gruppi di familiari, anche a carattere psicoterapico (→intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).

11 – SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Somministrazione di farmaci per via orale o parenterale, diretta al paziente e svolta generalmente dal personale infermieristico: Viene considerata come singola prestazione quando è svolta all'interno dei Centri di Salute Mentale (CSM), o al domicilio del paziente, o in altro luogo del territorio (Case di Riposo, Istituti, sedi di Enti, Cooperative, strutture di risocializzazione).

Non è considerata come prestazione a sé stante, **e quindi non deve essere rilevata**, quando svolta all'interno di strutture semiresidenziali (centri diurni/day hospital territoriali) o strutture residenziali.

ATTIVITA' RIVOLTA ALLA FAMIGLIA

Le attività rivolte alla famiglia mirano ad acquisire informazioni, a migliorare le relazioni all'interno del nucleo familiare, a dare un sostegno emotivo ai familiari, ad informarli sul disturbo psichiatrico e ad aumentare la loro capacità di fare fronte al comportamento e alle disabilità del paziente.

12 - COLLOQUIO CON I FAMILIARI

Intervento finalizzato a verificare i problemi presenti nell'ambito familiare e/o coinvolgere la disponibilità delle risorse familiari nel programma terapeutico-riabilitativo. All'interno del colloquio possono essere presenti contenuti informativi non strutturati. Sono svolti con i familiari o altri conviventi, informatori chiave, senza la presenza del paziente, e non si avvalgono di tecniche specifiche.

Include: colloquio con i familiari senza la presenza del paziente, anche successivo a visita o colloquio con il paziente (purché i due interventi siano distinti e avvengano in tempi diversi)

Esclude: colloqui in cui siano presenti contemporaneamente il paziente ed i familiari (→ colloqui, colloqui clinici psicologici, visite psichiatriche); interventi strutturati a carattere psicoeducativo (→ interventi informativi e psicoeducativi con i familiari); terapia della famiglia (→ psicoterapia familiare); comunicazioni telefoniche.

13 – 14 INTERVENTO INFORMATIVO E PSICOEDUCATIVO CON I FAMILIARI (INDIVIDUALE E DI GRUPPO), per la singola famiglia o per più famiglie.

Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori; hanno generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i familiari sulla natura, il decorso ed il trattamento del disturbo psichiatrico del paziente e, attraverso un addestramento secondo metodi strutturati, di migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e di aumentare la sua abilità nell'affrontare i problemi e fronteggiare lo stress.

Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti.

I gruppi di familiari si riuniscono, secondo modalità e periodicità prestabilite, per discutere i problemi che la convivenza con un paziente psichiatrico comporta e le modalità migliori per affrontarli. Le modalità di conduzione di questi gruppi possono ispirarsi a tecniche differenti da quella psicoeducativa.

Include: interventi informativi e psicoeducativi sia sulla singola famiglia, che con gruppi di familiari; gruppi di familiari non a carattere psicoeducativo.

Esclude: interventi non strutturati con i familiari (→ colloquio con i familiari), psicoterapie familiari (psicoterapia familiare), psicoterapia di gruppo, gruppi di auto-aiuto dei familiari (questi ultimi, in quanto attuati senza la presenza degli operatori, non possono essere compresi tra le prestazioni del DSM).

ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI

Queste attività servono a realizzare in maniera integrata ed a verificare per ciascun caso l'andamento del progetto di cura e riabilitazione; inoltre garantiscono che ciascun paziente abbia accesso, secondo i propri bisogni, a tutti gli interventi forniti dal DSM o da altri Enti. Queste attività si traducono essenzialmente in riunioni ed incontri formalizzati. Condizione necessaria perché queste attività vengano rilevate è la loro formalizzazione: per incontro/riunione formalizzata intendiamo un incontro programmato (con un accordo precedente tra i partecipanti) al cui interno la discussione è incentrata sul caso.

Vengono rilevate all'interno dei flussi le attività di coordinamento che vedono coinvolte la medicina generale, il distretto e altre strutture sanitarie, mentre non vengono rilevate le attività di coordinamento e verifica interne al DSM (riunioni - incontri sul singolo caso interni al DSM)

15 - RIUNIONI - INCONTRI CON MEDICI DI MEDICINA GENERALE E ALTRE STRUTTURE SOCIO SANITARIE INCENTRATI SUL SINGOLO CASO per il coordinamento delle attività di cura e di assistenza.

Include: riunioni con medici di medicina generale, distretto sanitario, altri servizi sanitari del territorio, servizi psichiatrici di altri DSM, reparti e servizi ospedalieri, servizi sociali di Comuni, con altri Enti (ad esempio Patronati) o con Istituzioni non sanitarie (ad esempio Tribunale).

Esclude: riunioni interne su casi clinici (→ riunioni - incontri interni al DSM incentrati sul singolo caso non rilevati all'interno di questi flussi informativi); incontri non formalizzati di confronto con gli operatori di altri servizi su singoli casi, che non vengono considerati interventi strutturati; riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella

comunità (→ intervento di rete); comunicazioni telefoniche; consulenze (in cui è previsto il colloquio diretto con il paziente)

ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE

Le attività di riabilitazione hanno la finalità di aiutare gli individui che presentino una disabilità e/o uno svantaggio sociale legati ad una malattia mentale a raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento indipendente nella comunità.

16 – 17 INTERVENTO RISPETTO ALLE ABILITA' DI BASE, INTERPERSONALI E SOCIALI (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)

Attività che prioritariamente hanno la finalità di incrementare il livello di autonomia dei pazienti e di migliorare la loro capacità di far fronte a disabilità e svantaggio sociale. Sono finalizzate a rendere il paziente il più possibile autonomo nelle principali abilità di base (cura di sé e cosiddette abilità strumentali, come usare il telefono, prendere l'autobus), interpersonali e sociali. Gli interventi possono basarsi su modelli teorici ben definiti di insegnamento di abilità e spesso presuppongono una formazione specifica degli operatori. Il livello di strutturazione dell'attività può variare: da programmi molto strutturati sul modello del "*social skills training*" ad interventi meno strutturati, ma in cui è comunque presente da parte dell'operatore un'attenzione all'insegnamento delle diverse abilità.

Include: Interventi specifici, sia singoli che di gruppo, volti a migliorare le abilità relative alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato ecc.), alle cosiddette attività strumentali (usare i mezzi pubblici, fare la spesa, usare il denaro, inserirsi in attività ricreative ecc.) e alle relazioni interpersonali.

Esclude: tutti gli interventi in cui l'operatore aiuta direttamente il paziente o si sostituisce ad esso nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, pulire, cucinare, fare la spesa) (→ interventi di supporto); le attività in cui è prevalente l'aspetto di risocializzazione rispetto all'insegnamento di abilità, come in incontri per pranzare insieme, ma in cui l'accento è posto sullo scambio relazionale piuttosto che sull'insegnamento relativo alla scelta dei cibi e alla preparazione dei pasti (→ interventi di risocializzazione).

18 – 19 INTERVENTO DI RISOCIALIZZAZIONE (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)

Ha lo scopo di consentire ai pazienti di frequentare ambienti e persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le loro capacità di socializzazione mediante attività ricreative o finalizzate. Può essere svolto sia all'interno della struttura, sia all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio. Possono essere coinvolti i familiari del paziente o altre figure significative a lui vicine.

Include: per l'intervento individuale: attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, uscite (cinema, ristorante, mostre ecc.). Per l'intervento di gruppo: attività ricreative e di incontro che soddisfino le caratteristiche del gruppo come gruppi di risocializzazione, discussione e lettura, gruppi di incontro su argomenti specifici, gruppi finalizzati all'ascolto di musica o alla visione di film, gruppi cucina, ecc.

Esclude: per l'intervento di gruppo: gruppi a carattere specificamente riabilitativo (come nel caso di un gruppo che si riunisce per mangiare insieme, ma in cui l'accento è posto sull'insegnamento relativo all'abilità di preparare i pasti) (intervento sulle abilità di base); gruppi di familiari (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).

20 - SOGGIORNO - VACANZA

Intervento con finalità ricreative e di risocializzazione, rivolto a gruppi di pazienti al di fuori dell'ambito familiare o sanitario, limitato nel tempo, con la presenza di operatori nell'arco delle 24 ore. Sono comprese sotto questa voce anche gite, escursioni e viaggi della durata di almeno una giornata con la presenza degli operatori.

Questi interventi sono rilevati secondo il numero di giorni di durata.

Include: soggiorni e vacanze; gite, escursioni e viaggi

21 – 22 INTERVENTI DI TIPO ESPRESSIVO, PRATICO MANUALE E MOTORIO (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)

INTERVENTI DI TIPO ESPRESSIVO

Include: attività quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione, ecc.

INTERVENTI DI TIPO PRATICO MANUALE

Include: la lavorazione del legno, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio, ecc.

Esclude: attività specificamente finalizzate all'inserimento lavorativo, quali ad esempio la lavorazione del legno finalizzata a rendere il paziente in grado di inserirsi in tirocini o attività lavorative di natura artigianale (intervento di addestramento e formazione al lavoro).

INTERVENTI DI TIPO MOTORIO

Include: attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza, ecc.

23 - INTERVENTO DI ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE AL LAVORO

È finalizzato alla formazione dei pazienti in alcune aree lavorative e/o all'inserimento/reinserimento di questi sia nel libero mercato del lavoro che in impieghi protetti.

Include: le attività di formazione professionale, di tirocinio e inserimento lavorativo intraprese da operatori del servizio psichiatrico sia in ambiente lavorativo "normale" che in ambiente protetto; interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette".

Esclude: gli interventi in cui vengono svolte attività quali ad es. il giardinaggio o lavori di falegnameria, in maniera non finalizzata ad un inserimento lavorativo (→ intervento di tipo pratico manuale); contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali (→ intervento di rete); ricerca del lavoro (→ intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali).

ATTIVITA' SOCIOASSISTENZIALE

Insieme di interventi che integrano il progetto terapeutico/riabilitativo individuale. Sono finalizzati ad aiutare il paziente a superare problemi di disabilità e svantaggio sociale, prestando attenzione alle caratteristiche di ruolo e di funzionamento sociale nella rete delle relazioni di comunità.

Hanno inoltre come obiettivo di aiutare gli utenti a riconoscere e a utilizzare i loro diritti e di facilitare il loro accesso alle risorse di contesto.

24 - INTERVENTO DI SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

Intervento all'interno del quale l'operatore si assume in modo totale o parziale compiti e funzioni legati alle abilità di base e relativi alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato ecc.) ed all'autonomia personale nella vita quotidiana (fare la spesa, usare il denaro, ecc.) che in condizioni di normalità sarebbero svolti dal paziente stesso.

Include: tutti gli interventi, erogati al di fuori delle strutture residenziali, in cui l'operatore aiuta il paziente a lavarsi e vestirsi oppure interviene direttamente per pulire, cucinare, fare la spesa, spostarsi e così via. Sono comprese anche: la singola erogazione di pasto, se è un intervento isolato non all'interno di una presenza semiresidenziale in Centro Diurno; l'accompagnamento del paziente da parte degli operatori.

Esclude: intervento in cui vi è un insegnamento strutturato delle abilità in questione al fine di rendere i pazienti in grado di gestire le attività quotidiane in modo autonomo (→ intervento rispetto alle abilità di base, interpersonali e sociali); interventi all'interno dei quali i pazienti si riuniscono, ad esempio, per consumare il pasto insieme, ma in cui l'accento è posto sulla possibilità di socializzare piuttosto che sull'erogazione di pasti (→ intervento di risocializzazione).

25 - INTERVENTO FINALIZZATO ALLA SOLUZIONE DI PROBLEMI AMMINISTRATIVI E SOCIALI

Intervento in cui l'operatore svolge una funzione di informazione del paziente e di intermediazione tra questi ed Enti, strutture o imprese.

Include: interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative (invalidità, pensione, pagamento di bollette, ecc.); interventi di tutela e curatela del paziente; ricerca del lavoro; inserimento in comunità/istituti, con presenza dell'operatore che affianca il paziente durante l'inserimento nella struttura; interventi per l'erogazione di sussidi economici; interventi di supporto socioeconomico rivolti ad assicurare al paziente l'autosufficienza economica; interventi di supporto socioeconomico finalizzati alla soluzione di problemi abitativi.

Esclude: riunioni con strutture sanitarie o altri Enti per il coordinamento e la gestione del caso (→ riunioni-incontri con medico di medicina generale e altre strutture socio-sanitarie); incontri/riunioni con singole persone o gruppi non istituzionali (→ intervento di rete); espletamento di pratiche amministrative non relative al singolo paziente o stesura di relazioni sociali (→ attività amministrativa, non rilevata all'interno di questi flussi informativi); contatti con operatori di comunità/istituti finalizzati all'inserimento del paziente o alla sua permanenza nella struttura (→ riunioni-incontri con medico di medicina generale e altre strutture socio-sanitarie); contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali (→ interventi di rete); comunicazioni telefoniche.

26 - INTERVENTO DI RETE

Intervento rivolto alla rete sociale informale, finalizzato alla promozione delle necessarie forme di collaborazione e di integrazione degli interventi con i gruppi informali di riferimento del contesto.

Include: riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità, ecc. che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente; contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali.

Esclude: riunioni/incontri con familiari e conviventi (→ colloquio con i familiari); riunioni/incontri con operatori di servizi sociali e sanitari (→ riunioni-incontri con medico di medicina generale e altre strutture socio-sanitarie); ricerca del lavoro (→ intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali); interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette" (→ intervento di addestramento e formazione al lavoro); comunicazioni telefoniche.

PARTE II

ATTIVITA' NON RILEVATE COME INTERVENTI DAL PRESENTE FLUSSO INFORMATIVO (MACROATTIVITA')

Si tratta di attività (definibili come macroattività) non rivolte direttamente all'assistenza, ma finalizzate al coordinamento del piano di cura, all'organizzazione del DSM, ai rapporti tra questo e l'Azienda Sanitaria ed altri Enti, alla prevenzione e all'educazione sanitaria, alla formazione ed alla ricerca.

Queste attività non sono obbligatoriamente rilevate all'interno del presente flusso. E' apparso, tuttavia, utile fornire definizioni operative di tali attività, al fine di rendere più chiari i criteri di esclusione delle attività soggette a flusso.

Se a livello di DSM o di Regione si ritenesse di rilevare anche le macroattività, sarà senz'altro usabile la seguente codifica e legenda estesa, assumendo come unità di misura le ore/lavoro dedicate.

A) ATTIVITA' DI COORDINAMENTO E VERIFICA DEI TRATTAMENTI

Queste attività servono a monitorare in maniera integrata l'andamento dei progetti di cura e riabilitazione che il DSM attiva; inoltre garantiscono che ciascun paziente abbia accesso, secondo i propri bisogni, a tutti gli interventi forniti dal DSM o da altri Enti. Condizione necessaria perché queste attività vengano rilevate è la loro formalizzazione: per incontro/riunione formalizzata intendiamo un incontro programmato (con un accordo precedente tra i partecipanti), al cui interno la discussione è incentrata sull'assetto operativo dell'équipe o del DSM.

Include: riunioni di programmazione degli interventi e di impostazione dei piani di cura per le patologie e i casi in trattamento; riunioni di supervisione incentrate sugli effetti operativi dell'organizzazione assunta.

Esclude: le riunioni che interessano il singolo caso poiché la prestazione andrà assegnata al trattamento del caso. (→ riunioni - incontri con medici di medicina generale e altre strutture sociosanitarie incentrati sul singolo caso, per il coordinamento delle attività di cura e di assistenza).

B) ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA

Attività rivolte alla pianificazione strategica del DSM o delle équipe, cioè la individuazione e definizione della *mission*, la definizione delle risorse necessarie per realizzarla, la definizione delle strategie per l'acquisizione, la distribuzione e l'uso delle risorse.

Include: attività di previsione e valutazione del documento di budget e dei piani di zona; attività di mantenimento dei rapporti con le agenzie esterne, a livello dirigenziale, per la definizione e la pianificazione delle strategie; determinazione dei carichi di lavoro; attività di valutazione o verifica dell'idoneità di strutture psichiatriche private e/o pubbliche.

Esclude: attività di supporto alla pianificazione svolte da personale amministrativo (macroattività C); attività esclusivamente o prevalentemente finalizzate al coordinamento delle attività delle strutture del DSM sul piano operativo (macroattività A).

C) ATTIVITA' AMMINISTRATIVA

Attività di natura amministrativa a carattere segretariale, che devono essere, di norma, svolte da personale amministrativo; stesura di relazioni scritte, sull'équipe o sul DSM, svolta da qualsiasi figura professionale.

Include: attività di segreteria e di supporto alla gestione delle risorse, del personale e delle attività cliniche, dei rapporti con le aziende ULSS, delle procedure burocratiche ed amministrative finalizzate alla programmazione e alla gestione del sistema équipe/DSM.

Esclude: attività amministrativa sul singolo caso.

D) ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Gestione del sistema informativo, attività del nucleo di valutazione interna, valutazione di qualità e degli esiti degli interventi.

E) ATTIVITA' DIDATTICA E DI LIAISON

L'attività didattica comprende l'insegnamento, la docenza (sia in aula che all'interno del DSM) e la supervisione rivolte a specializzandi, borsisti, tirocinanti, studenti universitari, operatori del DSM e altro personale sociosanitario in formazione.

L'attività di *liaison* è un'attività di formazione ed informazione dello psichiatra nei confronti dei medici di altre specializzazioni per aiutarli a gestire meglio i problemi psico-sociali dei loro pazienti.

Esclude: consulenza sul singolo caso

F) ATTIVITA' DI FORMAZIONE E MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITA'

Attività di formazione e di aggiornamento facenti parte del programma di formazione del DSM o comunque approvate ufficialmente.

Partecipazione ad attività di miglioramento continuo di qualità (tempo dedicato alle visite di accreditamento fatte o ricevute, redazione o adattamento di linee guida e di procedure organizzative, definizione di indicatori, analisi dei dati del sistema informativo, partecipazione a altri progetti diretti a produrre un miglioramento e/o un cambiamento della qualità organizzativa, professionale e o percepita dagli utenti).

Esclude: la partecipazione a progetti di ricerca non direttamente rivolti a produrre miglioramenti e/o cambiamenti nel servizio (→ attività di ricerca, non rilevata all'interno di questi flussi informativi).

G) ATTIVITA' DI RICERCA

Partecipazione alla pianificazione, alla esecuzione, alla stesura di articoli e alla divulgazione relative a progetti di ricerca non direttamente rivolti a produrre cambiamenti nel servizio, effettuati all'interno del DSM e/o in collaborazione con altre strutture sanitarie o istituzioni scientifiche.

Include: la produzione e la pubblicazione di articoli scientifici

H) ATTIVITA' DI PREVENZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA

Comprende tutti gli interventi informativi e formativi su problemi specifici relativi alla salute mentale ed attività di educazione sanitaria, svolti anche in collaborazione con altre agenzie territoriali e non rivolti a utenti in carico e ai loro familiari, ma a specifici gruppi di popolazione (adolescenti, anziani, fasce a rischio, ecc.).