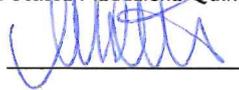
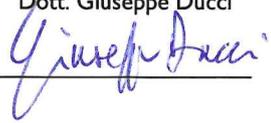
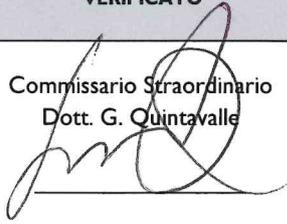
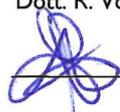


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA I DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DIRETTORE: Dr. Giuseppe Ducci		 REGIONE LAZIO	
			Rev. I	Pag. 1/60
Titolo documento PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)			PRO 18 DSM 5	

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. SCOPO E OBIETTIVO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	5
5. RESPONSABILITÀ.....	6
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO	6
7. MODALITÀ OPERATIVE.....	10
8. INDICATORI.....	55
9. REVISIONE.....	55
10. RIFERIMENTI	55

REVISIONE	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. I Aggiornamento delle Procedure R.O.M.A.	24/05/2024	GdL	Dir. UOC SQRM Dott.ssa Maddalena Quintili  DIRETTORE DSM Dott. Giuseppe Ducci 	Commissario Straordinario Dott. G. Quintavalle  Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino  Direttore Amministrativo Dott. R. Volpini 

Gruppo di Lavoro (GdL)

Coordinatore: Angelo Ricciardi – Responsabile Procedure R.O.M.A. 1.2, dirigente medico CSM Via Monte Tomatico

Marina Agostini – assistente sociale
Giovanni Angelici – dirigente medico, responsabile CSM Via Boccea
Rita Ara – dirigente psicologo CSM Via Boccea
Dario Bacchin – dirigente medico CSM Via Gasparri
Mariarosaria Barbera – F.O. assistenti sociali DSM ASL Roma I
Aldebrando Bossi – dirigente medico, UOC SQRM
Salvatore Cappello – direttore f.f. UOC 2 SM
Chiara Capri – dirigente medico PIPSM via via xxx
Giuseppe Mattia Carlucci – dirigente medico CSM Via Palestro
Dario Carrus – dirigente medico, responsabile Via Gasparri/Via Ventura
Pietro Casella – direttore UOC Dipendenze
Lucia Chiappinelli – dirigente psicologa, IPM Casal del Marmo
Maria Ciafone – dirigente medico SPDC SS
Alma Bruna Cinti – responsabile di funzione di coordinamento infermieristico II distretto
Alessandra Dal Secco – dirigente psicologo CSM Via Palestro
Gianluigi Di Cesare – direttore UOC PIPSM
Francesca Di Fazio – coordinatrice TeRP (I-II-III distretto)
Adele Di Stefano – direttrice UOSD SMDP
Michela Anna Di Stefano – assistente sociale, SPDC SS, DSM Santa Maria della pietà
Giuseppe Ducci – supervisore Procedure R.O.M.A. 1.2, direttore UOC SPDC SFN, direttore DSM ASL Roma I
Maria Giuseppina Elmo – responsabile UOC SPDC SFN
Maria Grazia Giannantonio – responsabile SerD Montesacro
Claudia Giannini – coordinatrice TeRP (XII-XIV-XV distretto)
Stefania Greghini – responsabile di funzione di organizzativa Risk Management, UOC SQRM
Donatella Intenzo – F.O. infermieri
Tiziana Lorini – direttrice UOC 15 SM
Beatrice Macolin – assistente sociale SPDC SFN
Daniela Mancini – responsabile di funzione di coordinamento infermieristico III distretto
Alessandra Mancuso – dirigente medico CSM Via Boccea, responsabile monitoraggio Autori di Reato
Alberta Mazzola – dirigente psicologa CSM Via Plinio
Serena Navari – dirigente medico CSM via Di Giorgio e Polo Cassia
Gabriella Neroni Mercati – responsabile UOC SPDC SS
Valeria Pasqualoni – dirigente medico, responsabile CSM Via Monte Tomatico/Via Farulli
Roberta Parnisari – responsabile di funzione di coordinamento Educatori Professionali
Elda Perelli – dirigente medico UOSD SMDP
Fabio Picariello – F.O. TeRP/EP
Alessio Picello – dirigente medico SerD via dei Frentani
Gian Marco Polselli – direttore UOC SPDC SS
Raffaele Popolo – direttore UOC I SM
Carla Porziani – assistente sociale
Michele Procacci – coordinatore Procedure R.O.M.A. 1.2; direttore UOC 14 SM
Marilena Quintili – direttrice UOC SQRM
Federico Russo – direttore UOC 13 SM
Fabio Savoretti – responsabile CSM Via Palestro/Via Plinio
Anna Tonni – dirigente medico CSM via Di Giorgio
Guido Trabucchi – dirigente medico UOSD SMDP
Damiano Travaglini – direttore Dipartimento professioni sanitarie e sociali
Valeria Trincia – dirigente medico SPDC SFN, UOC Governo Clinico

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 2 di 60
--	--------------	--------	--------------

I. INTRODUZIONE

Nell'Ottobre del 2017 un Evento Sentinella (ES) accorso nella UOC 3 SM ha reso necessaria la revisione delle Procedure di Risk Management (RM) nel Dipartimento Salute Mentale (DSM) della ASL Roma I. Il principale obiettivo delle misure correttive elaborate in sede di successivo Audit Clinico Aziendale da parte della Direzione di Dipartimento, dei Direttori di UOC/UOSD e della UOC SQRM è stato quindi il miglioramento dei Processi di Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico (RC) e del Modello di Lavoro (MdL) nei Servizi Territoriali Salute Mentale (STSM).

La serie di azioni migliorative individuate ed articolate inizialmente in otto punti strategici è stata condensata in un progetto dipartimentale che ha preso il nome di Progetto R.O.M.A. (*Risk Observation Measurement Assessment*). Nei tre anni successivi, attraverso varie fasi, sono state prodotte le Procedure R.O.M.A. 1.0 (Procedure *Risk Observation Measurement Assessment* – versione 1.0), verificate dalla UOC SQRM ASL Roma I ed approvate dalla Direzione DSM ASL Roma I con implementazione nell'attività dei STSM del DSM ASL Roma I a partire da Giugno 2020. Nel Novembre 2021 le Procedure R.O.M.A. 1.0 hanno ricevuto una menzione speciale al "Premio Sham per la prevenzione dei rischi 2021" nell'ambito della XVI edizione Forum Risk Management tenutosi ad Arezzo. Una prima revisione – Procedure R.O.M.A. 1.1 – è stata implementata nel Giugno 2022. Di seguito, viene presentata una seconda revisione aggiornata e ampliata – Procedure R.O.M.A. 1.2 – con implementazione nell'attività dei STSM a partire dal 01 Giugno 2024.

Le Procedure R.O.M.A. 1.2 consentono la piena attuazione dei principi e dell'organizzazione previsti da:

Legge 8 marzo 2017, n. 24	- Legge Gelli-Bianco sulla sicurezza delle cure
Legge 30 maggio 2014, n. 81	- Superamento OPG ed istituzione REMS
Accordo n. 138 del 13 novembre 2014	- PDTA condizioni gravi
Accordo n.4 del 24 gennaio 2013	- Piano Azione Nazionale Salute Mentale
Legge 13 maggio 1978, n. 180	- Accertamenti/trattamenti sanitari volontari/obbligatori
DGR n.149 del 02.03.2018	- Disciplina per l'integrazione sociosanitaria (CdS/PUA)
DGR n. G06331 del 18.05.2018	- Trasporto condizioni di emergenza/urgenza psichiatrica
DGR n. G10096 del 06.08.2018	- Requisiti minimi della "Casa della Salute" e <i>Case Management</i>
DGR 14 febbraio 2014, n. 40	- Parte relativa a Integrazione DSM/distretti e <i>Case Manager</i>
DCA 14 novembre 2019, n. U00469	- Recepimento Accordo stato-regioni PDTA del 13/11/2014
DCA 17 marzo 2017, n. U00094	- Riorganizzazione rete dipendenze e <i>addiction</i>
DCA 13 gennaio 2015, n. U00013	- Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche
DSM ASL Roma I	- Disposizione contenimento diffusione Covid-19
DSM ASL Roma I	- Regolamentazione UVMD (delibera ASL RM E)
DSM ASL Roma I	- Protocollo Case Manager (delibera ASL RM A 26 mag 2015)

La cornice di riferimento delle Procedure R.O.M.A. 1.2 resta quella definita dalla *mission* dipartimentale, ossia: "Il DSM offre un ampio ventaglio di risposte preventive, curative, riabilitative e sociali attraverso la definizione di un progetto terapeutico personalizzato alla cui realizzazione contribuiscono psichiatri, psicologi, infermieri e assistenti sociali che lavorano in modo integrato". Oggi, in Salute Mentale (SM), un compito essenziale nel modello terapeutico-riabilitativo di tipo multiprofessionale orientato alla *recovery* è senz'altro ricoperto anche da nuove figure professionali quali i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) e gli Educatori professionali (EP), integrati nelle attività del DSM.

In ultimo, va precisato che le Procedure R.O.M.A. 1.2, pur rappresentando delle *Best Practice* (BP) a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure in SM, non sostituiscono in assoluto il giudizio e la valutazione del clinico e

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 3 di 60
--	--------------	--------	--------------

dell'equipe multiprofessionale, sia nella formulazione delle decisioni che nell'articolazione del Piano Individualizzato di Cura (PIC). Esse, semmai, ne orientano e facilitano la realizzazione sulla base di principi clinici *Evidence Based* (EB) standardizzati e condivisi da tutti gli operatori dei STSM del DSM ASL Roma I.

2. SCOPO E OBIETTIVO

Nel corso delle diverse revisioni, le Procedure R.O.M.A. sono diventate un MdL organizzativo e gestionale dei STSM e dei rapporti tra territorio ed SPDC in continua evoluzione, condiviso tra le operatrici e gli operatori del DSM, orientato alla valutazione e gestione del RC, all'ottimizzazione delle risorse, alla promozione del lavoro di equipe multiprofessionale e della figura del CM, in particolare nella gestione delle Condizioni Gravi (CG). I principali obiettivi delle Procedure R.O.M.A. 1.2 possono essere così sintetizzati:



Procedure R.O.M.A. 1.2

Dipartimento Salute Mentale




Principali obiettivi delle Procedure R.O.M.A.	Metodologia e Strumenti condivisi
<p>1. Ridurre la variabilità delle prestazioni prevenendo il fenomeno della cosiddetta «<i>postcode lottery</i>»</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uniformare e standardizzare il Processo di Accoglienza/Triage, Valutazione e Gestione delle condizioni cliniche incidenti e prevalenti sul territorio del DSM ✓ Differenziazione omogenea dei casi per intensità assistenziale (Condizioni Ordinarie; Condizioni Gravi)
<p>2. Promuovere la cultura dell'Equipe Multiprofessionale per le Condizioni Gravi e del Case Management nelle Condizioni Gravi Complesse (PANSM 2013; Accordo stato-regioni PDTA 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrazione e la condivisione trasversale della cultura professionale ed organizzativa di tutti gli operatori ✓ Percorsi di cura improntati sulla metodologia «<i>shared-decision making</i>» verso la «<i>recovery</i>»
<p>3. Integrare la Valutazione Clinica con la Valutazione del Rischio (Legge 24/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizzo di Schede di valutazione standardizzate ✓ Revisione periodica del Piano Individualizzato di Cura (PIC)
<p>4. Rendere conto (<i>accountability</i>) dell'organizzazione e della qualità delle prestazioni nei servizi di Salute Mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definizione di indicatori di processo e di esito condivisi, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> ✓ n. CG con equipe / n. CG; n. CGC con CM / n. CGC ✓ n. Eventi Sentinella / n. ES + Near Miss + Eventi Aversivi

Sebbene non sia possibile eliminare del tutto il RC nella pratica clinica dei STSM, le Procedure R.O.M.A. 1.2 hanno lo scopo di contenerlo attraverso una standardizzazione dei Percorsi di Accoglienza/Triage, di Valutazione e di Gestione dell'intervento clinico, integrando l'attività clinica con la valutazione standardizzata e continua del RC utilizzando Schede relative a quattro aree di rischio/complessità: livello di rischio Valutazione Globale Funzionamento (Scheda VGF), livello di rischio Aggressione/Violenza (Scheda RAV), livello di rischio Suicidario (Scheda RS), livello di rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale (Scheda RVSA).

Attraverso un processo di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) dei STSM, le Procedure ROMA 1.2 definiscono ulteriormente i compiti degli operatori sociosanitari (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, TeRP, EP) e la serie di passaggi coordinati nello svolgimento dell'attività clinica all'interno di un modello di lavoro di equipe di tipo multiprofessionale, valorizzando le specifiche competenze e la funzione del *Case Manager* (CM), in particolare per le condizioni cliniche di maggiore gravità e complessità (Disturbi Schizofrenici ed altri Disturbi Psicotici, Disturbo Bipolare e Disturbo Depressivo Maggiore Grave, Disturbi Gravi di Personalità), adeguandole a necessità sempre più complesse ed articolate, in una prospettiva moderna di «*community care*», «*outreach intervention*» ed «*assertive community treatment*».

In sintesi, le Procedure R.O.M.A. 1.2 coniugano la necessità di integrare la valutazione clinica alla valutazione e gestione del rischio (R: Risk) con la riorganizzazione del percorso di Accoglienza/Triage e Valutazione (O:

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 4 di 60
--	--------------	--------	--------------

Observation), l'utilizzo di strumenti standardizzati di sintesi del giudizio clinico (M: Measurement) e la trasformazione delle fasi precedenti del lavoro clinico nella definizione di un PIC orientato ai bisogni specifici dell'utente e condiviso con utente e familiari/caregivers (A: Assessment) all'interno di un percorso di gestione diversamente organizzato a seconda della gravità (diagnosi) e della complessità (indicatori di rischio/complessità) della condizione clinica osservata. In particolare, nelle CG è previsto un lavoro in equipe multiprofessionale, coordinato nelle CGC da un operatore CM (infermiere o assistente sociale o TeRP o EP).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le Procedure R.O.M.A. 1.2. sono applicate nei STSM (CCSSMM, UOC PIPSM, UOC Dipendenze, UOSD SMDP) e nelle due UOC SPDC DSM ASL Roma I e sono rivolte a tutti gli operatori sociosanitari che lavorano in tali servizi (psichiatri, medici di altre aree specialistiche, psicologi, infermieri, assistenti sociali, TeRP, EP). Le Procedure R.O.M.A. 1.2 riguardano tutti i pazienti che afferiscono ai suddetti servizi che presentano quadri clinici di competenza psichiatrica riconducibili alla definizione di Condizioni Ordinarie (cosiddetti Disturbi Emotivi Comuni o DEC: modello Care Coordinator) e Condizioni Gravi (cosiddette Condizioni Gravi Complesse o CGC: modello Equipe Multiprofessionale; cosiddette Condizioni Gravi Non Complesse o CGNC: modello Case Manager).

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI - riportare eventuali acronimi utilizzati e/o eventuale glossario

ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
ASV	Accertamento Sanitario Volontario
AdR	Autore di Reato
BP	<i>Best Practice</i>
CG	Condizioni Gravi
CGC	Condizioni Gravi Complesse
CGNC	Condizioni Gravi Non Complesse
CSM	Centro Salute Mentale
CCSSMM	Centri Salute Mentale
DCA	Decreto Commissario ad Acta
CRARL	Centro Riferimento Alcolologico Regione Lazio
DSM	Dipartimento Salute Mentale
EB	<i>Evidence Based</i>
EP	Educatori Professionali
ES	Evento Sentinella
EdAT	Équipe di Accoglienza/Triage
EdPD	Équipe di Pronta Disponibilità
EdR	Équipe di Riferimento
EdV	Équipe di Valutazione
GdL	Gruppo di Lavoro
GdLA	Gruppo di Lavoro Aziendale
GdLD	Gruppo di Lavoro Dipartimentale
GdLA	Gruppo di Lavoro Allargato
LG	Linee Guida
MCQ	Miglioramento Continuo Qualità
MdL	Modello di Lavoro
MMG	Medico Medicina Generale
PC	Polo Cassia
PCL-R	<i>Psychopathy Check List - Revised</i>
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIPSM	Prevenzione Interventi Precoci Salute Mentale

PIC-T	Piano Individualizzato di Cura Territoriale
PIC-M	Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale
PIC-MI	Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale Integrato
PTI	Progetto Terapeutico Individuale (richiesto dalla Regione Lazio)
PTP	Progetto Terapeutico Personalizzato
PSFD	Persona Senza Fissa Dimora
R.O.M.A.	<i>Risk Observation Measurement Assessment</i>
RC	Rischio Clinico
RM	Risk Management
SerD	Servizio Dipendenze
SM	Salute Mentale
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
ST	Servizio Territoriale
SDCA	Servizio Disturbi Condotta Alimentare
STSM	Servizi Territoriali Salute Mentale
TRP	Tecnici Riabilitazione Psichiatrica
TSMREE	Tutela Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
TSV	Trattamento Sanitario Volontario
UOC	Unità Operativa Complessa
UOC SQRM	Unità Operativa Complessa Sicurezza Qualità Risk Management
UOS	Unità Operativa Semplice
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UOSD SMDP	UOSD Salute Mentale e Dipendenze in ambito Penitenziario
UVDM	Unità Valutazione Multidimensionale Distrettuale

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività / Figure / Aree responsabili	Percorso di Accoglienza / Triage	Percorso di Valutazione	Percorso di Gestione	Formulazione iniziale PIC	Revisione periodica PIC	Case Management
Responsabile UOC/UOSD	I	I	R*	R*	I	R*
Medici	I	R	R	R	R	R*
Psicologi	I	R	R	R	R	R*
Infermieri	R	R*	R*	R*	R*	R
Assistenti Sociali	R	R*	R*	R*	R*	R
TeRP	I	I	R*	R*	R*	R
EP	I	I	R*	R*	R*	R
Utente e Familiare/Caregivers	I	I	I	C	C	I

R = Responsabile; R* = Responsabile per ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Informato

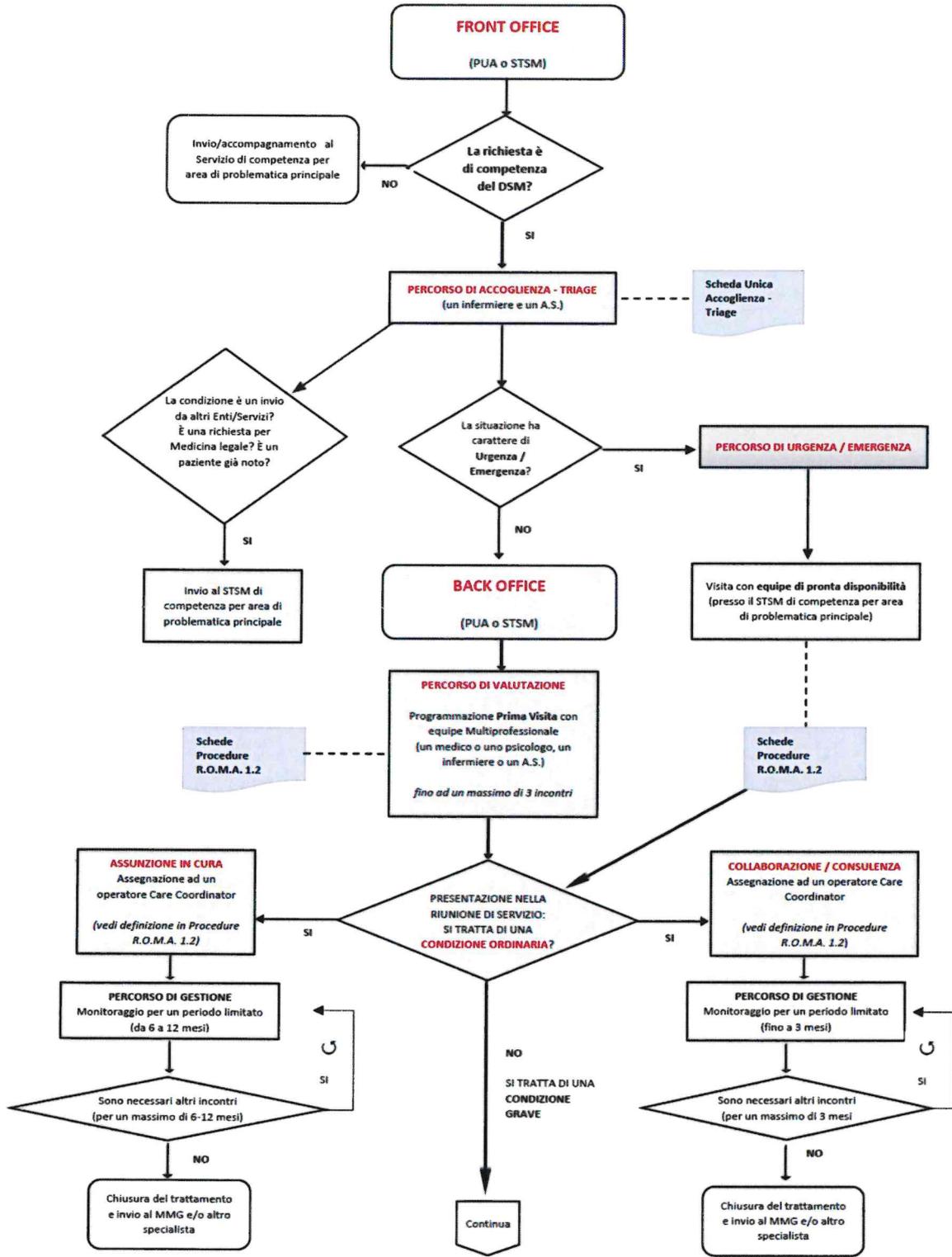
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO

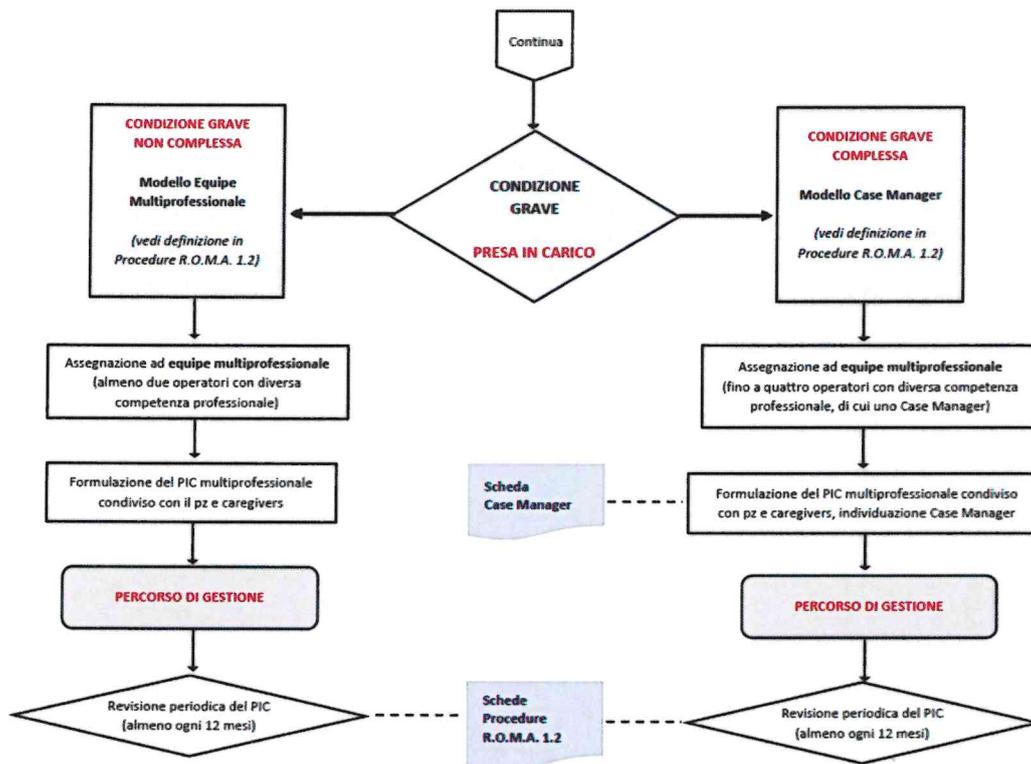
Flow-chart A – Percorsi diagnostici e clinici: descrizione del Processo di Accesso, Accoglienza/Triage, Valutazione e Gestione delle Condizioni Gravi

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 6 di 60
--	--------------	--------	--------------

Flow-chart A

Procedure R.O.M.A. 1.2





Qualora in una **Condizione Grave** (ossia: tutte le diagnosi incluse in Tab. 2) - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - non è più presente stabilmente e per un periodo significativo (almeno 12 mesi) nessuna delle seguenti condizioni:

- a) Punteggio VGF \leq 50
- b) **Rischio Aggressività/Violenza** "GRAVE / MODERATO"
- c) **Rischio Suicidario** "GRAVE / MODERATO"
- d) **Rischio Vulnerabilità socio-ambientale** "GRAVE / MODERATO"
- e) **Autore di Reato** (vedi Sesto Modulo Procedure R.O.M.A. 1.1)

RISCHIO ASSENTE / LIEVE

L'equipe può considerare che la condizione venga seguita da un solo operatore (medico o psicologo) pur rimanendo in essere l'equipe di riferimento

(vedi Modulo 04 Procedure R.O.M.A. 1.2)

Qualora in una **Condizione Ordinaria** (ossia: tutte le diagnosi non incluse in Tab. 2) - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - è presente **Punteggio VGF** \leq 50 e almeno una delle seguenti condizioni:

- a) **Rischio Aggressività/Violenza** "GRAVE"
- b) **Rischio Suicidario** "GRAVE"
- c) **Rischio Vulnerabilità socio-ambientale** "GRAVE"

La condizione **Autore di Reato** è di per sé una Condizione Grave Complessa (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.1)

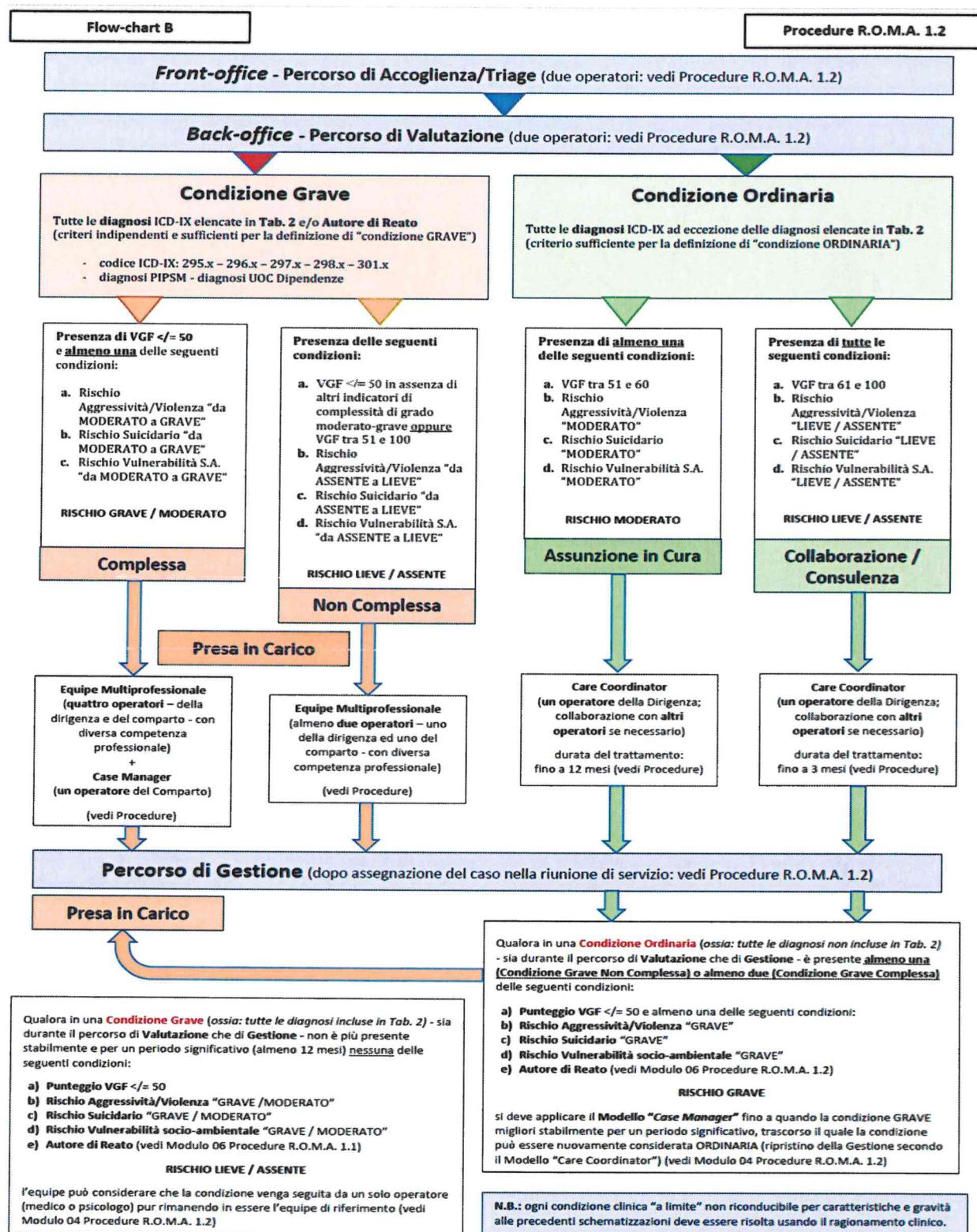
RISCHIO GRAVE

si deve applicare il **Modello "Case Manager"** fino a quando la condizione GRAVE migliori stabilmente per un periodo significativo, trascorso il quale la condizione può essere nuovamente considerata ORDINARIA (ripristino della Gestione secondo il Modello "Care Coordinator")

(vedi Modulo 04 Procedure R.O.M.A. 1.2)

N.B.: ogni condizione clinica "a limite" non riconducibile per caratteristiche, gravità e complessità alle precedenti schematizzazioni deve essere risolta usando il ragionamento clinico, discutendo del caso in equipe e/o nella riunione periodica del STSM.

Flow-chart B – Indicatori di gravità e complessità: descrizione del Processo di definizione della Condizione “NON GRAVE” (Collaborazione/Consulenza) e della Condizione “GRAVE” (Preso in carico: Condizione Grave “Non complessa” e “Complessa”)



7. MODALITÀ OPERATIVE

Modulo 01 - PERCORSO di ACCOGLIENZA/TRIAGE (“front-office”) – pag. 12

1. Casa della Salute (CdS) – pag. 13
2. Punto Unico di Accesso (PUA) – pag. 13
3. Servizio Territoriale Salute Mentale (STSM) – pag. 14

Modulo 02 - PERCORSO di VALUTAZIONE (“back office”) – pag. 16

Modulo 03 - PERCORSO di ASSEGNAZIONE e GESTIONE della Condizione “ORDINARIA” – pag. 22

- 3.1 Modello *Care Coordinator* – pag. 22
 - a) Collaborazione/Consulenza – pag. 23
 - b) Assunzione in Cura – pag. 24

Modulo 04 - PERCORSO di ASSEGNAZIONE e GESTIONE della condizione “GRAVE” – pag. 26

- 4.1 Modello Equipe Multiprofessionale - Condizione Grave Non Complessa – pag. 26
Presenza in Carico
- 4.2 Modello *Case Manager* - Condizione Grave Complessa – pag. 30
Presenza in Carico

Modulo 05 - Procedure R.O.M.A. 1.2 nella UOC Dipendenze – pag. 33

- 1) Condizione “Doppia Diagnosi” – pag. 33
- 2) Adeguamento delle Procedure R.O.M.A. 1.2 per i SerD – pag. 33

Modulo 06 - Procedure R.O.M.A. 1.2 e Condizione “Autore di Reato (AdR)” – pag. 35

Modulo 07 - Procedure R.O.M.A. 1.2 nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC) – pag. 41

Modulo 08 - Procedure R.O.M.A. 1.2 nella UOSD Salute Mentale e Dipendenze in ambito Penitenziario (SMDP) – pag. 44

Modulo 09 - Procedure ROMA 1.2 e Condizione “Persone Senza Fissa Dimora (PSFD)” – pag. 48

Modulo 10 - Condizione “Non Collaborativo” e “Perso di Vista” – pag. 54

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 10 di 60
--	--------------	--------	---------------

ALLEGATI (vedi cartelle esterne al presente documento)

ALLEGATI 01

1.1 - **Flow-chart A** – STSM: percorsi diagnostici e clinici - descrizione del Processo di Accesso, Accoglienza/Triage, Valutazione e Gestione delle Condizioni Gravi

1.2 - **Flow-chart B** – STSM: Indicatori di gravità e complessità - descrizione del Processo di definizione della Condizione “NON GRAVE” (Collaborazione/Consulenza) e della Condizione “GRAVE” (Preso in carico: Condizione Grave “Non complessa” e “Complessa”)

1.3 - **Flow-chart C** – UOSD SMDP - descrizione del Processo di definizione della Condizione “NON GRAVE” (Collaborazione/Consulenza) e della Condizione “GRAVE” (Preso in carico: Condizione Grave “Non complessa” e “Complessa”)

1.4 - **Flow-chart D** – Modulo PSFD - descrizione del Processo di Accesso, Accoglienza/Triage, Valutazione e Gestione delle Condizioni Gravi

ALLEGATI 02

2.1 - Scheda Unica Accoglienza/Triage

2.2 - Piano Individualizzato di Cura (PIC) territoriale e multiprofessionale per STSM

2.3 - Piano Individualizzato di Cura (PIC) multiprofessionale per SPDC

ALLEGATI 03

Schede Valutazione Clinica Standardizzata / Risk Assessment / Case Management

Valutazione equipe multiprofessionale

3.1 - Diagnosi ICD-IX - Scheda VGF (valutazione funzionamento globale) - Scheda RAV (rischio aggressività/violenza) - Scheda RS (rischio suicidario) - Scheda RVSA (rischio vulnerabilità socio ambientale)

3.2 - Scheda SCL-90-R (opzionale)

Valutazione sociosanitaria e riabilitativa

3.3 - Diagnosi infermieristica e Scheda HoNOS

3.4 - Scheda Analisi Swot (discrezionale)

3.5 - Scheda WHODAS 2.0 (discrezionale)

Case Management e Case Manager

3.6 - Case Management: Descrizione generale e Schede attribuzione / monitoraggio

3.7 - Case Manager: le funzioni specifiche di infermiere, assistente sociale, TeRP/EP

3.8 - Manuale Scala HoNOS

3.9 - Elenco Diagnosi Infermieristiche

ALLEGATI 04

Schede Modulo 06 – Condizione “Autore di Reato (AdR)”

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 11 di 60
--	--------------	--------	---------------

- 4.1 - Allegato A - Scheda rilevazione dati pazienti con problematiche giudiziarie in corso
- 4.2 - Allegato B - Scheda Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)
- 4.3 - Allegato C - Scheda Funzionigramma

ALLEGATI 05 (vedi anche altri link a “Riferimenti Interni” - pag. 55)

- Procedure per l’Uso in Sicurezza dei Farmaci secondo Raccomandazioni Ministeriali n. 7 (2021) pag. 75 - Procedure Sicurezza Trattamenti - Pro.Si.T. - DSM ASL Roma I - http://10.65.0.206/doc/allegati/pg_documento_sicurezza_farmaci_1.pdf
- Procedure UOSD SMDP “Assistenza Sanitaria a soggetti ristretti presso C.C. Regina Coeli con rischio/disturbo mentale e/o correlato a sostanze/addiction” - http://10.65.0.206/doc/allegati/assistenza_sanitaria_soggetti_ristretti_presso_cc_regina_coeli_con_rischio_di_sturbo_mentalee_o_correlato_sostanze_addiction.pdf
- PDTA Percorso per la Presa in Carico Integrata Persone con Doppia Diagnosi (DD) - [http://10.65.0.206/doc/allegati/percorso_per_la_presa_in_carico_integrato_di_persone_con_doppia_diagnosi\(1\).pdf](http://10.65.0.206/doc/allegati/percorso_per_la_presa_in_carico_integrato_di_persone_con_doppia_diagnosi(1).pdf)
- PDTA Disturbi Emotivi Comuni (DEC) - http://10.65.0.206/doc/allegati/pdta_disturbi_emotivi_comuni.pdf

MODULO 01

PERCORSO di ACCOGLIENZA/TRIAGE

(“*front-office*”)

Per una descrizione sintetica del Percorso di Cura / Triage vedi Allegati 01:

Allegato I.1 - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. I.2

Sulla base delle risorse disponibili e di accordi territoriali, può avere luogo presso:

1. il Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa della Salute (CdS) distrettuale ¹
2. i Servizi Territoriali Salute Mentale (STSM)

Nel PUA *front-office* sono presenti due operatori del comparto con diversa competenza professionale (in genere:

¹ Nei distretti dove la CdS non è ancora presente il Percorso di Accoglienza/Triage si svolge presso il PUA distrettuale

un infermiere e un assistente sociale) come da Regolamento Distretti ASL Roma I “Regolamentazione della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale”.

Anche nei STSM *front-office* sono presenti due operatori del comparto con diversa competenza professionale (in genere: un infermiere e un assistente sociale oppure un TRP/EP o un mediatore culturale, variabile sulla base delle risorse disponibili in ogni STSM) che eseguono il percorso di Accoglienza/Triage qualora il cittadino vi acceda direttamente.

1. Casa della Salute (CdS)

- È un luogo dove i cittadini possono rivolgersi come porta di accesso unificata al SSR
- Rappresenta il cuore del nuovo modello di rete sociosanitaria territoriale di cure primarie e di continuità assistenziale
- Si coordina con gli altri servizi territoriali e funge da punto di connessione con l’Ospedale
- Garantisce l’accesso a Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) condivisi attraverso la rete integrata Ospedale/Territorio

La modalità di accesso alla CdS è regolata con appuntamenti esibendo l’**impegnativa** del MMG o dello specialista, muniti di ricevuta di pagamento del **ticket** o di eventuale **esenzione**. La modalità di accesso del cittadino è invece diretta per le seguenti attività:

- Accoglienza
- PUA
- CUP
- Centro anti violenza
- Piccole urgenze (ad es.: punture di insetti, piccole ustioni, abrasioni, ecc.)

2. Punto Unico Accesso (PUA)

- è un servizio distrettuale con attività sia di *front-office* che di *back-office*
- è presente nella CdS distrettuale laddove presente e in tutti i Distretti
- è regolamentato dal DGR n.149 del 02 Marzo 2018 “*Disposizione per l’integrazione socio-sanitaria*”
- garantisce la gestione dei bisogni delle **persone con vulnerabilità sociosanitaria**, anche se sono casi complessi, che richiedono quindi l’intervento di più professionalità in ambito sociale e sanitario, attivando l’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)
- garantisce le prestazioni erogate attraverso la collaborazione di tutti i servizi specialistici territoriali, **distrettuali** e **dipartimentali**, che mettono a disposizione le loro specifiche competenze sanitarie e sociali

Il cittadino accede al PUA *front-office*:

- spontaneamente
- inviato dal MMG
- inviato da familiari/*caregivers*
- su richiesta di altra istituzione/autorità

Al cittadino accede al PUA *front-office* viene fornito:

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 13 di 60
--	--------------	--------	---------------

- un colloquio con **due operatori del comparto con diversa competenza professionale** (in genere: un infermiere e un assistente sociale) che hanno a disposizione una **Scheda di pre-valutazione** per l'invio al servizio più appropriato e una **Scheda per l'invio al back-office** utilizzata nelle condizioni multi-problematiche dove è necessaria l'attivazione della UVMD
-
- un orientamento nella rete dei servizi disponibili nella ASL di appartenenza (*relativamente ai servizi offerti dal DSM, presso il PUA vengono in generale formulate richieste sul funzionamento dei STSM, appuntamenti e certificazioni*)

Qualora il cittadino che accede al PUA *front-office* manifesti una condizioni di **Urgenza/Emergenza**² il caso viene gestito dal MMG del *back-office* della CdS **oppure** direttamente dal Servizio ARES 118 (come previsto dalla Determinazione Regione Lazio N. G06331 del 18/05/2018) (vedi Allegati 01: 1.1 - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2)

Qualora il cittadino che accede al PUA *front-office* manifesti **bisogni psicologici/psichiatrici** viene indirizzato:

- a) all'Équipe di Valutazione (EdV) del STSM di competenza presente nella CdS/PUA in genere composta da **due operatori di diversa competenza professionale** (un medico e/o uno psicologo e un infermiere e/o un assistente sociale) nelle seguenti condizioni:
 - direttamente se l'EdV del STSM di competenza è presente nella CdS/PUA
- b) al STSM di competenza nelle seguenti condizioni:
 - se si presenta in condizioni di Urgenza e l'EdV del STSM non è presente c/o la CdS/PUA oppure se ritenuto opportuno dal MMG del *back-office* della CdS previ accordi con il STSM di competenza
 - se richiede certificazioni medico-legali
 - se è un adolescente/giovane adulto (14-25 aa) o se un familiare/caregivers di un adolescente/giovane adulto si rivolge al PUA con una domanda di valutazione/assistenza
 - sulla base di accordi territoriali

In questo ultimo caso il PUA fornisce al cittadino un **Primo Appuntamento di Valutazione** c/o il STSM di competenza inviando una copia della **Scheda di pre-valutazione**. In ogni STSM è prevista un'agenda elettronica

² **Definizione di Urgenza e di Emergenza (Determinazione Regione Lazio N. G06331 del 18/05/2018)**

URGENZA psichiatrica: Concerne situazioni di disagio/disturbo psichico che necessitano di un intervento realizzabile nell'arco di alcuni giorni. Può definirsi una situazione di disequilibrio, sia per condizioni cliniche dell'individuo che contestuali, quali quelle psicosociali, che presuppone una risposta volta a prevenire ed evitare la crisi. L'intervento in urgenza è di competenza di norma del personale sanitario del DSM e si esplica attraverso le modalità operative programmate dai Centri di Salute Mentale. Non tutte le urgenze esitano in ricoveri ed esse dovrebbero prevedere in minima parte in TSO. Un'efficace attività territoriale con buona programmazione delle attività di prevenzione e gestione individualizzata produce una sostanziale riduzione delle urgenze e delle ospedalizzazioni, con riduzione dei costi e maggiore soddisfazione dell'utenza.

EMERGENZA sanitaria nei disturbi del comportamento: condizione di grave e acuta sofferenza somato-psichica che comporta la necessità di un'immediata valutazione clinica non differibile con lo scopo di adottare un intervento terapeutico tempestivo. Concerne situazioni di alterazione comportamentale acuta di pertinenza medica e di eziologia differente (disturbi psichici, intossicazioni da sostanze stupefacenti, stati confusionali di natura neurologica, internistica, infettiva, ecc.). Le condizioni riscontrate necessitano di un intervento immediato in quanto sussiste un pericolo grave e attuale per la salute delle persone. L'obiettivo di tale intervento è di risolvere nei tempi più veloci possibili la situazione di pericolo e fornirne un'adeguata valutazione e trattamento. È sempre di competenza del personale sanitario dell'ARES e dei DEA/PS, e si realizza anche attraverso gli articoli 51, 54 e 593 del CP. Qualora siano presenti manifestazioni cliniche o comportamenti che evidenziano un pericolo attuale o immediato per l'incolumità del soggetto o di terzi si può ricorrere all'uso dello stato di necessità ed è possibile anche l'intervento ispettivo/coattivo delle Forze dell'ordine, in base agli stessi articoli del CP e dell'articolo 1 del Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza, capo 1. La procedura del TSO non è applicabile all'emergenza.

o cartacea sulla quale vengono registrati gli appuntamenti richiesti dal PUA rispettando l'ordine nella lista di attesa (vedi Allegati 01: **Allegato 1.1** - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2).

3. Servizi Territoriali Salute Mentale (STSM)

Attualmente, essendo ancora in atto una fase organizzativa territoriale di transizione, è previsto un accesso diretto del cittadino ai STSM con le seguenti modalità:

- spontaneamente
- su segnalazione di un familiare/*care giver*
- inviato dal MMG o da altro specialista
- inviato da un SPDC
- su richiesta di altra istituzione/autorità

Il cittadino che accede al *front-office* di ogni STSM esegue un colloquio con un'Équipe di Accoglienza/Triage (EdAT) costituita da **due operatori del comparto con diversa competenza professionale** (in genere: un infermiere e un assistente sociale, variabile sulla base delle risorse disponibili in ogni STSM).

L'EdAT utilizza una Scheda di Accoglienza/Triage attualmente diversa a seconda del STSM. Le Procedure R.O.M.A. 1.1 forniscono una **Scheda Unica di Accoglienza/Triage** valida per tutti i STSM (vedi Allegati 02: **Allegato 2.1** – Scheda Unica Accoglienza/Triage - Procedure R.O.M.A. 1.2).³

Esito del Percorso di Accoglienza/Triage

Vedi Allegati 01: **Allegato 1.1** - “Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2”

a) Nel Percorso di Accoglienza/Triage viene rilevata una **Condizione Clinica di EMERGENZA**

- Viene attivato il Servizio ARES 118 (come previsto dalla Determinazione Regione Lazio N. G06331 del 18/05/2018)

b) Nel Percorso di Accoglienza/Triage viene rilevata una **Condizione Clinica di URGENZA**

- Viene richiesto l'intervento della **Équipe di Pronta Disponibilità** (EdPD; primo operatore: un medico o uno psicologo; secondo operatore: un infermiere o un assistente sociale; variabile a seconda delle risorse disponibili in ogni STSM) per la gestione delle Urgenze, presente negli orari di apertura in ogni STSM, che eseguirà un approfondimento clinico-anamnestico per decidere la modalità più appropriata di intervento immediato o programmato sulla base del livello di gravità dell'Urgenza

³ Scheda Unica di Accoglienza/Triage per i STSM

In “**Allegato 2.1** – Scheda Unica Accoglienza/Triage - Procedure ROMA 1.2” viene fornito un modello di “Scheda Unica di Accoglienza/Triage” in sostituzione delle diverse schede utilizzate in passato. Tale modello comprende nella raccolta di informazioni standard anche informazioni relative a: uso di sostanze, comportamenti di *addiction* e di dipendenza (“da sostanza” e “non da sostanza”); screening per le principali malattie trasmissibili (principalmente: HIV, HBV, HCV, MST, TBC) con un duplice scopo: individuare precocemente un possibile “disturbo duale” con eventuale presa in carico congiunta; sviluppare una maggiore integrazione tra STSM con condivisione della modalità di lavoro e delle risorse. Inoltre, su indicazione del gruppo di lavoro del Polo Cassia, sono stati aggiunti altri due *item* relativi a disturbi dello sviluppo/condotta e disturbi della condotta alimentare.

c) Nel Percorso di Accoglienza/*Triage* viene rilevata una **Condizione Clinica ORDINARIA o GRAVE** (vedi **Tabella I** – pag. 26 e 27)

- Viene fornito al cittadino un **Primo Appuntamento di Valutazione**
- L'appuntamento viene registrato sull'agenda elettronica o cartacea rispettando l'ordine nella lista di attesa

MODULO 02

PERCORSO di VALUTAZIONE

("back office")

Per una descrizione sintetica del Percorso di Valutazione vedi:

Allegati 01 - **Allegato 1.1** - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2

Allegati 01 - **Allegato 1.2** - Flow-chart B - Indicatori di gravità e complessità - Procedure R.O.M.A. 1.2

Allegati 03: **Allegato 3.1** - Diagnosi ICD-IX - Scheda VGF - Scheda RAV - Scheda RS - Scheda RVSA - Procedure R.O.M.A. 1.2

Numero di incontri complessivo: non superiore a tre

Sulla base di accordi territoriali e delle risorse disponibili, può avere luogo presso:

- il PUA della CdS distrettuale
- il PUA distrettuale (ove la CdS non è ancora presente)
- il STSM (in alternativa al PUA o se il cittadino vi accede direttamente)

In tutti i casi, il cittadino è affidato ad una EdV composta da almeno due operatori con diversa competenza professionale (in genere: un medico e/o uno psicologo e un infermiere e/o un assistente sociale, variabile sulla base delle risorse disponibili in ogni STSM).

Nel primo incontro del Percorso di Valutazione viene aperta formalmente una cartella clinica elettronica e/o cartacea del DSM.

Viene quindi effettuata una **Prima Valutazione Clinica e del Rischio** con raccolta anamnestica prossima/remota e valutazione dello status psicopatologico, **integrata** con l'utilizzo dei seguenti strumenti standardizzati (vedi Allegati 03: **Allegato 3.1** - Diagnosi ICD-IX - Scheda VGF - Scheda RAV - Scheda RS - Scheda RVSA - Procedure R.O.M.A. 1.2):

- Codice Diagnosi ICD-IX
- Scheda VGF (valutazione globale funzionamento)
- Scheda RAV (rischio aggressività/violenza)
- Scheda RS (rischio suicidario)
- Scheda RVSA (rischio vulnerabilità socio-ambientale)
- Scheda SCL-90-R (opzionale e se possibile, altrimenti la somministrazione viene rimandata ad eventuali incontri successivi o dopo l'assegnazione del caso ad un operatore o ad un'équipe; vedi in seguito)

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 17 di 60
--	--------------	--------	---------------

Gli scopi del **Percorso di Valutazione** eseguito dall'EdV sono:

- **Valutazione della Condizione Clinica e del Rischio** - particolare attenzione verrà posta alla gestione delle condizioni di "Urgenza/Emergenza"
- **Definizione del Percorso di Cura più idoneo** - particolare attenzione verrà posta alla definizione di "Condizione Ordinaria" e "Condizione Grave" ("Non Complessa" e "Complessa") (vedi **Tabella I** – pag. 26 e 27; vedi Allegati 01: **Allegato 1.2** - Flow chart B - Indicatori di gravità e complessità- Procedure R.O.M.A. 1.2)

Esito del Percorso di Valutazione

Vedi Allegati 01: **Allegato 1.1** - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2

a) Nel Percorso di Valutazione viene rilevata una **Condizione Clinica di EMERGENZA**

- Viene attivato il Servizio ARES 118 (come previsto dalla Determinazione Regione Lazio N. G06331 del 18/05/2018)

b) Nel Percorso di Valutazione viene rilevata una **Condizione Clinica di URGENZA**

- L'EdV esegue un approfondimento clinico-anamnestico per decidere la modalità più appropriata di **intervento immediato o programmato** sulla base del livello di gravità dell'Urgenza
- Viene formulato un primo **Orientamento diagnostico** utilizzando i codici diagnostici ICD-IX
- Viene valutato e quantificato il livello di **Funzionamento** generale utilizzando la VGF
- Viene valutato e quantificato il livello di **Rischio** (per le dimensioni: rischio aggressività/violenza, rischio suicidario, rischio vulnerabilità socio-ambientale)
- Se possibile, viene somministrata la Scala SCL-90-R per integrare la valutazione clinica
- La condizione clinica viene distinta in "**Ordinaria**" o "**Grave**" (Non Complessa e Complessa) sulla base dei criteri descritti in Tabella I (pag. 26 e 27)

c) Nel Percorso di Valutazione viene rilevata una **Condizione Clinica ORDINARIA o GRAVE** (vedi Tabella I – pag. 26 e 27)

- Viene formulato un primo **Orientamento diagnostico** utilizzando i codici ICD-IX
- Viene valutato e quantificato il livello di **Funzionamento** generale utilizzando la VGF
- Viene valutato e quantificato il livello di **Rischio** (per le dimensioni: rischio aggressività/violenza, rischio suicidario, rischio vulnerabilità socio-ambientale)
- Se possibile, viene somministrata la Scala SCL-90-R per integrare la valutazione clinica
- La condizione clinica viene distinta in "**Ordinaria**" o "**Grave**" (Non Complessa e Complessa) sulla base dei criteri descritti in Tabella I (pag. 26 e 27)

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 18 di 60
--	--------------	--------	---------------

Tabella I

CONDIZIONE GRAVE (“Non Complessa” e “Complessa”)

PRESA IN CARICO

Tutte le diagnosi ICD-IX elencate in **Tabella 2** (pag. 20)

(criterio sufficiente alla definizione di “condizione GRAVE”)

Codice ICD-IX: 295.x – 296.x – 297.x – 298.x – 301.x – Diagnosi PIPSM – Diagnosi SerD

295.x	296.x	297.x	298.x	301.x
DISTURBO SCHIZOFRENICO	<ul style="list-style-type: none"> DISTURBO BIPOLARE DEPRESSIONE MAGGIORE EPISODIO RICORRENTE, GRAVE DEPRESSIONE MAGGIORE EPISODIO SINGOLO, GRAVE 	<ul style="list-style-type: none"> STATO PARANOIDE SEMPLICE DISTURBO DELIRANTE PARAFRENIA DISTURBO PSICOTICO CONDIVISO ALTRI STATI PARANOIDI SPECIFICATI STATO PARANOIDE NON SPECIFICATO 	<ul style="list-style-type: none"> PSICOSI DI TIPO DEPRESSIVO PSICOSI TIPO AGITATO CONFUSIONE REATTIVA REAZIONE PARANOIDE ACUTA PSICOSI PARANOIDE PSICOGENA ALTRE E NON SPECIFICATE PSICOSI REATTIVE PSICOSI NON SPECIFICATA 	DISTRURBO DI PERSONALITA' <ul style="list-style-type: none"> PARANOIDE SCHIZOIDE ESPLOSIVO ISTRIONICO NARCISISTA BORDERLINE

NOTA: sintesi diagnosi psichiatriche incluse in **Tabella 2** (pag. 20)

1. CONDIZIONE GRAVE COMPLESSA

MODELLO “CASE MANAGER” (almeno quattro operatori con diversa competenza professionale, uno dei quali Case Manager)

È presente Punteggio VGF \leq 50 e almeno una delle seguenti condizioni (valutazione dell'équipe):

- Rischio Aggressività/Violenza (Scheda RVA): ritenuto PRESENTE e di grado “MODERATO / GRAVE”
- Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto PRESENTE e di grado “MODERATO / GRAVE”
- Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (Scheda VSA.): ritenuto PRESENTE e di grado “MODERATO / GRAVE”

I Pazienti Autori di Reato (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.2) sono tutti considerati “Condizione Grave Complessa.

Qualora la o le condizioni che hanno determinato la valutazione di CONDIZIONE GRAVE COMPLESSA **migliorino stabilmente** per un periodo significativo di almeno 12 mesi o **cessino** (AdR), il caso può essere considerato CONDIZIONE GRAVE NON COMPLESSA

2. CONDIZIONE GRAVE NON COMPLESSA

MODELLO “EQUIPE MULTIPROFESSIONALE” (almeno due operatori con diversa competenza professionale)

Sono presenti tutte le seguenti condizioni (valutazione dell'équipe):

- VGF \leq 50 in assenza di altri indicatori di complessità di grado moderato-grave oppure VGF tra 51 e 100
- Rischio **Aggressività**/Violenza (Scheda RVA): ritenuto PRESENTE e di grado “ASSENTE / LIEVE”
- Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto PRESENTE e di grado “ASSENTE / LIEVE”
- Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (Scheda VSA.): ritenuto PRESENTE e di grado “ASSENTE / LIEVE”

Qualora la o le condizioni che hanno determinato la valutazione di CONDIZIONE GRAVE NON COMPLESSA peggiorino **stabilmente** per un periodo significativo, il caso può essere considerato CONDIZIONE GRAVE COMPLESSA

3. ASSUNZIONE IN CURA - qualora in una **Condizione Grave** (ossia: tutte le diagnosi incluse in **Tabella 2** - pag. 28) - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - non è più presente stabilmente e per un periodo significativo di almeno 12 mesi **nessuna** delle seguenti condizioni:

- Punteggio VGF \leq 50
- Rischio Aggressività/Violenza (Scheda RVA): ritenuto PRESENTE e di grado “GRAVE / MODERATO”
- Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto PRESENTE e di grado “GRAVE / MODERATO”
- Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (Scheda VSA.): ritenuto PRESENTE e di grado “GRAVE / MODERATO”
- Paziente Autore di Reato (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.1)

RISCHIO LIEVE / ASSENTE

l'équipe può considerare che la condizione venga seguita da un solo operatore (medico o psicologo) pur rimanendo in essere l'équipe di riferimento (vedi Modulo 04 Procedure R.O.M.A. 1.2)

CONDIZIONE ORDINARIA - cosiddetti “Disturbi Emotivi Comuni (DEC)” – Vedi anche PDTA DEC - http://10.65.0.206/doc/allegati/pdta_disturbi_emotivi_comuni.pdf

ASSUNZIONE IN CURA

COLLABORAZIONE/CONSULENZA

Tutte le diagnosi ICD-IX ad eccezione delle diagnosi elencate in **Tabella 2** (pag. 20)
(criterio sufficiente alla definizione di “Condizione ORDINARIA”)

1. COLLABORAZIONE/CONSULENZA

MODELLO “CARE COORDINATOR” (almeno un operatore dirigente medico o psicologo; eventuale collaborazione con uno o più operatori di diversa competenza professionale se ritenuto necessario)

Sono presenti tutte le seguenti condizioni:

- a. Punteggio VGF tra 61 e 100
- b. Rischio Aggressività/Violenza (Scheda RAV): ritenuto “ASSENTE / LIEVE”
- c. Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto “ASSENTE / LIEVE”
- d. Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (Scheda VSA) ritenuto “ASSENTE / LIEVE”

Qualora la o le condizioni che hanno determinato la valutazione di COLLABORAZIONE/CONSULENZA peggiorino **stabilmente** per un periodo significativo, il caso può essere considerato ASSUNZIONE IN CURA o CONDIZIONE GRAVE

2. ASSUNZIONE IN CURA

MODELLO “CARE COORDINATOR” (almeno un operatore dirigente medico o psicologo; eventuale collaborazione con uno o più operatori di diversa competenza professionale se ritenuto necessario)

È presente almeno una delle seguenti condizioni:

- a. Punteggio VGF tra 51 e 60
- b. Rischio Aggressività/Violenza (Scheda RAV): ritenuto PRESENTE e di grado “MODERATO”
- c. Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto PRESENTE e di grado “MODERATO”
- d. Rischio Vulnerabilità (Scheda VSA): ritenuto PRESENTE e di grado “MODERATO”

Qualora la o le condizioni che hanno determinato la valutazione di ASSUNZIONE IN CURA migliorino **stabilmente** per un periodo significativo di almeno 12 mesi, il caso può essere considerato COLLABORAZIONE/CONSULENZA

3. PRESA IN CARICO - qualora in una **Condizione Ordinaria** (ossia: tutte le diagnosi non incluse in **Tabella 2** – pag. 28) - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - è presente Punteggio VGF ≤ 50 e almeno una delle seguenti condizioni:

- a. Rischio Aggressività/Violenza (Scheda RAV): ritenuto PRESENTE e di grado “GRAVE”
- b. Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto PRESENTE e di grado “GRAVE”
- c. Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (RVSA): ritenuto PRESENTE e di grado “GRAVE”

(i Pazienti Autore di Reato - vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.2 - sono tutti considerati “Condizione Grave Complessa”)

si deve applicare il **Modello “Case Manager”** (equipe Multiprofessionale, almeno quattro operatori con diversa competenza professionale, uno dei quali Case Manager) fino a quando la condizione GRAVE migliori stabilmente per un periodo significativo, trascorso il quale la condizione può essere nuovamente considerata ORDINARIA (ripristino della Gestione secondo il Modello “Care Coordinator”) (vedi Modulo 04 Procedure R.O.M.A. 1.2)

Tabella 2

Codici Diagnostici ICD-IX per la definizione di condizione “Grave”	
SCHIZOFRENIA DISTURBI DELL’UMORE DISTURBO BIPOLARE	295.x per come segue: tutte le diagnosi 296.x per come segue: tutte <u>ad eccezione</u> di Episodio depressivo singolo fino a grado lieve-moderato, Sindrome depressiva atipica, Altre. 297.x per come segue: tutte le diagnosi 298.x per come segue: tutte le diagnosi
DISTURBI GRAVI DI PERSONALITA’	301.x per come segue: paranoide, schizoide, esplosivo, istrionico, narcisistica, borderline

295.x	296.x	297.x	298.x	301.x
DISTURBO SCHIZOFRENICO	<ul style="list-style-type: none"> • DISTURBO BIPOLARE • DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO RICORRENTE, GRAVE • DEPRESSIONE MAGGIORE, EPISODIO SINGOLO, GRAVE 	<ul style="list-style-type: none"> • STATO PARANOIDE SEMPLICE • DISTURBO DELIRANTE • PARAFRENIA • DISTURBO PSICOTICO CONDIVISO • ALTRI STATI PARANOIDI SPECIFICATI • STATO PARANOIDE NON SPECIFICATO 	<ul style="list-style-type: none"> • PSICOSI DI TIPO DEPRESSIVO • PSICOSI TIPO AGITATO • CONFUSIONE REATTIVA • REAZIONE PARANOIDE ACUTA • PSICOSI PARANOIDE PSICOGENA • ALTRE E NON SPECIFICATE PSICOSI REATTIVE • PSICOSI NON SPECIFICATA 	DISTURBO DI PERSONALITA’ <ul style="list-style-type: none"> • PARANOIDE • SCHIZOIDE • ESPLOSIVO • ISTRIONICO • NARCISISTA • BORDERLINE

Altre Diagnosi UOC PIPSM	2990 - Disturbo autistico 299.90 - Psicosi non specificata, stato attivo 300.14 - Personalità multipla (Disturbo dissociativo dell'identità) 300.23 - Fobia sociale 301.7 - Disturbo di personalità antisociale (disturbo di personalità con prevalenti manifestazioni sociopatiche e asociali, personalità amorale, personalità antisociale, personalità asociale) 301.8 - Altri disturbi di personalità (eccentrica, immatura, masochistica, psiconevrotica, tipo “haltlose”) 301.9 - Disturbo di personalità non specificato 309.81 - Disturbo post-traumatico da stress 314.0 - Disturbo da deficit dell'attenzione 314.00 - Senza iperattività riferita 314.01 - Con iperattività 312.x - Disturbo della condotta con ridotta socializzazione, tipo aggressivo; per come segue: tutte le diagnosi
Altre Diagnosi UOC Dipendenze	292.1x - disturbo psicotico indotto da sostanze 303.91 - dipendenza da alcool, continua 304.01 - dipendenza da oppiacei, continua 304.71 - dipendenza da oppiacei con altre sostanze, continua 304.21 - dipendenza da cocaina, continua 304.31 - dipendenza da cannabis, continua 305.01 - abuso di alcool, continuo 305.31 - abuso di allucinogeni, continuo 305.61 - abuso di cocaina, continuo 305.71 - abuso di anfetamine, continuo

Nel **Percorso di Valutazione**, l'EdV può necessitare di ulteriori incontri per la formulazione di un giudizio clinico-anamnestico completo multiprofessionale, **per un numero di incontri non superiore a tre**.

Una volta terminato il Percorso di Valutazione:

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 21 di 60
--	--------------	--------	---------------

1. Se effettuato c/o la CdS/PUA

- Il caso viene seguito dall'EdV c/o la CdS/PUA fino alla conclusione (Condizione Non Grave: Collaborazione/Consulenza, per un massimo di **3 mesi**; Assunzione in Cura, per un massimo di **12 mesi**)
- Il caso viene inviato al STSM di competenza (Condizione Grave "Non Complessa" o "Complessa": Presa in Carico)

2. Se effettuato c/o il STSM

- il caso viene discusso nella prima riunione settimanale del STSM utile ed assegnato ad un operatore medico o psicologo fino alla conclusione (Condizione Non Grave: Collaborazione/Consulenza, per un massimo **3 mesi**; Assunzione in Cura, per un massimo **12 mesi**) **oppure** a due operatori con diversa competenza professionale, in genere un medico e un infermiere (Condizione Grave "Non Complessa") o quattro operatori con diversa competenza professionale dei quali uno case manager ("Condizione Grave Complessa"), configurandosi la condizione di Presa in Carico
- nella **Presa in Carico**, a seconda delle modalità in uso nei diversi STSM, gli operatori ai quali viene assegnato il caso sono gli stessi che hanno eseguito il Percorso di Valutazione, implementando l'équipe con altri due operatori con diversa competenza professionale se si tratta di una "Condizione Grave Complessa" **oppure** ad una nuova équipe costituita da due o quattro operatori con diversa competenza professionale uno dei quali case manager, a seconda che si tratti rispettivamente di una "Condizione Grave Non Complessa" o una "Condizione Grave Complessa".
- il caso viene comunque monitorato dall'EdV fino all'assegnazione ad un'équipe di riferimento (EdR) stabile nel STSM di competenza.

MODULO 03

PERCORSO di ASSEGNAZIONE e GESTIONE della Condizione “ORDINARIA”

Per una descrizione sintetica del Percorso di Assegnazione e Gestione “Condizione Ordinaria” vedi Allegati 01:

Allegato I.1 - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. I.2

Allegato I.2 - Flow-chart B: Indicatori di gravità e complessità - Procedure R.O.M.A. I.2

Tutte le condizioni cliniche che NON NECESSITANO di interventi integrati e multiprofessionali stabili e continuativi.

Per la definizione dei Percorsi di Cura si rimanda allo specifico **PDTA “Disturbi Emotivi Comuni (DEC)”** per il DSM ASL Roma I.

MODELLO “CARE COORDINATOR” – CONDIZIONE ORDINARIA

Il Modello “*Care Coordinator*” si applica ad ogni “Condizioni Ordinaria” per la quale si rende opportuna una “Collaborazione/Consulenza” o una “Assunzione in Cura” (vedi **Tabella I** – pag. 18 e 19).

A termine del Percorso di Valutazione, il caso viene discusso nella prima riunione settimanale del STSM utile ed assegnato al primo operatore dell’EdV (medico o psicologo) che ha eseguito il Percorso di Valutazione **oppure** ad altro operatore con diversa competenza professionale (medico o psicologo) sulla base della tipologia di bisogno prevalente.

Tale operatore, denominato *Care Coordinator* (CC), ha il compito di:

- formulare un **Piano Individualizzato di Cura territoriale (PIC-T)** (vedi esempio in **Tabella 3** – pag. 23) all’inizio del Percorso di Cura, rivalutabile in seguito, tenendo conto di LG e di BP disponibili sul sito del SNLG o, se non disponibili, di altre individuate dall’operatore; il PIC-T viene riportato in cartella cartacea e/o elettronica; il PIC-T è inteso come un contratto di impegni condiviso orientato alla partecipazione attiva del paziente e, **se opportuno**, dei familiari/*caregivers*
- eseguire visite e/o colloqui di controllo concordati con il paziente

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. I.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO I8 DSM 5	Rev. I	Pag. 23 di 60
--	--------------	--------	---------------

- gestire il caso senza l'intervento di altri operatori del STSM oppure, se necessario, chiedere la collaborazione/consulenza occasionale di uno o più operatori del DSM con altra competenza professionale

Durante il Percorso di Cura, se ritenuto utile e sulla base all'osservazione clinica, il *Care Coordinator* potrà rivalutare:

- la diagnosi ICD-IX
- il livello di funzionamento globale (Scheda VGF)
- il rischio clinico (Scheda RAV, Scheda RS, Scheda RVSA)
- il giudizio soggettivo del paziente sulla propria condizione clinica (chiedere al paziente la disponibilità di compilare la Scheda SCL-90-R)

Tabella 3

<p>Esempio di Piano Individualizzato di Cura territoriale (PIC-T) Percorso di "Collaborazione/Consulenza" e di "Assunzione in Cura"</p>
<p>PIC-T inserito nella cartella cartacea e/o elettronica, comprensivo di informazioni cliniche riguardo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PIC-T concordato con l'utente e condiviso con il medico di medicina generale (MMG) 2. tempistica dei controlli periodici e previsione di durata del trattamento 3. durata della "Consulenza/Collaborazione" (fino a 3 mesi) o della "Assunzione di Cura" (fino a 12 mesi) 4. altre informazioni a discrezione dell'operatore Care Coordinator 5. data di revisione del PIC-T

COLLABORAZIONE/CONSULENZA (vedi Tabella I - pag. 18 e 19)

Su richiesta:

- diretta del cittadino
- di altri STSM del DSM
- del MMG
- del PLS
- di servizi psicologici o sociali, scuola e altre istituzioni pubbliche o convenzionate con il SSR.

Nella riunione settimanale del STSM, il caso viene assegnato ad un operatore *Care Coordinator* (medico o psicologo) sulla base della tipologia di bisogno prevalente.

Il Percorso di Cura ha una durata massima di **3 mesi** a seguito del Percorso di Valutazione, con eventuale successiva chiusura del trattamento.

Se il caso richiede un prosieguo del Percorso di Cura superiore a 3 mesi **oppure** presenta aspetti di maggiore gravità e/o complessità clinica, esso viene nuovamente discusso nella riunione settimanale del STSM ed eventualmente:

- considerato come "Assunzione in Cura" con elaborazione di un nuovo PIC-T

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 24 di 60
---	--------------	--------	---------------

- considerato come “Presa in Carico” con definizione di un nuovo **Piano Individualizzato di Cura multiprofessionale (PIC-M)** e di un’équipe di riferimento stabile (costituita da almeno **due operatori** con diversa competenza professionale) e l’eventuale attivazione della funzione di *Case Manager* (équipe costituita da almeno **quattro operatori** con diversa competenza professionale) attribuita ad uno degli operatori dell’équipe

Principali opzioni di intervento nella Consulenza/Collaborazione

- trattamento farmacologico e monitoraggio per i primi **3 mesi**
- collaborazione con il MMG o altro specialista
- intervento psicologico (ad es.: *counselling* o interventi individuali, di coppia o familiari focalizzati; gruppi di psicoanalisi multifamiliare; gruppi esperienziali-temporizzati; gruppi di auto-mutuo-aiuto; gruppi psico-educazionali)

A trattamento stabilizzato e non oltre **3 mesi** dal termine del Percorso di Valutazione, il *Care Coordinator* fornisce al paziente una copia del PIC-T per il prosieguo e il monitoraggio del trattamento consigliato c/o il MMG o altro specialista o altro Servizio Territoriale (ST).

Il **PIC-T** alla dimissione è comprensivo di: diagnosi ICD-IX, durata stimata del trattamento e dell’eventuale terapia farmacologica consigliata (durata della fase di mantenimento e della fase di scalaggio, consigli sul monitoraggio del trattamento con esami ematochimici o strumentali del caso).

Il STSM resta comunque a disposizione qualora siano richieste altre consulenze da parte del paziente e/o dell’inviante.

Conclusione della Collaborazione/Consulenza

Se il caso presenta un’evoluzione positiva, la **conclusione** dell’Assunzione in Cura potrà avvenire come di seguito:

- Invio al MMG
- Concordata
- Decisa dall’utente
- Invio concordato per competenza ad altro ST

ASSUNZIONE IN CURA (vedi Tabella I – pag. 18 e 19)

Nella riunione settimanale del STSM, il caso viene assegnato ad un operatore *Care Coordinator* (medico o psicologo) sulla base del tipo prevalente di bisogno.

Il Percorso di Cura ha una durata massima di **12 mesi** a seguito del Percorso di Valutazione, con eventuale successiva chiusura.

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 25 di 60
--	--------------	--------	---------------

Se il caso richiede un prosieguo del Percorso di Cura superiore a 12 mesi **oppure** presenta aspetti di maggiore gravità e/o complessità clinica, esso viene nuovamente discusso nella riunione settimanale del STSM ed eventualmente:

- confermato come “Assunzione in Cura” con elaborazione di un nuovo PIC-T
- considerato come “Preso in Carico” con definizione di nuovo PIC-M e di un’équipe di riferimento stabile (costituita da almeno **due operatori** con diversa competenza professionale) e l’eventuale attivazione della funzione di *Case Manager* (équipe costituita da almeno **quattro operatori** con diversa competenza professionale) attribuita ad uno degli operatori dell’équipe di riferimento (EdR).

Conclusione dell’Assunzione in Cura

Se il caso presenta un’evoluzione positiva, la **conclusione** dell’Assunzione in Cura potrà avvenire come di seguito:

- Invio al MMG
- Concordata
- Decisa dall’utente
- Invio concordato per competenza ad altro ST

MODULO 04

PERCORSO di ASSEGNAZIONE e GESTIONE della Condizione "GRAVE"

Per una descrizione sintetica del Percorso di Assegnazione e Gestione "Condizione Grave" vedi Allegati 01:

Allegato 1.1 - Flow-chart A: percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2

Allegato 1.2 - Flow-chart B: Indicatori di gravità e complessità - Procedure R.O.M.A. 1.2

Tutte le condizioni cliniche che NECESSITANO di interventi integrati e multiprofessionali stabili e continuativi.

MODELLO "EQUIPE MULTIPROFESSIONALE" – CONDIZIONE GRAVE NON COMPLESSA

Il Modello "Equipe Multiprofessionale" si applica alla **Condizione Grave Non Complessa** (vedi **Tabella I** - pag. 18 e 19).

Definizione e composizione dell'équipe multiprofessionale stabile di riferimento (Équipe di Riferimento o EdR)

A seconda delle modalità in uso nei diversi STSM, a seguito del Percorso di Valutazione, durante la prima riunione settimanale del STSM utile il caso viene:

- assegnato immediatamente all'équipe che ha eseguito la Valutazione (costituita da almeno **due operatori di diversa competenza professionale**)
- discusso nella prima riunione settimanale del STSM con assegnazione del caso ad un'équipe di riferimento (costituita da almeno **due operatori di diversa competenza professionale**)

L'EdV che ha eseguito la Valutazione monitorerà il caso fino all'assegnazione ad un'EdR.

Compiti dell'EdR multiprofessionale

Durante tutto il Percorso di Cura presso il STSM, la valutazione clinica e il monitoraggio delle aree di rischio

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 27 di 60
--	--------------	--------	---------------

vengono eseguite dall'EdR per come segue:

1. Formulazione di un **PIC-M** (vedi esempio in **Tabella 4** – pag. 27; vedi Allegati 02: **Allegato 2.2** – Piano Individualizzato di Cura - Procedure R.O.M.A. 1.2) all'inizio del Percorso di Cura e rivalutabile in seguito; il PTI è inteso come un contratto di impegni condiviso ed orientato ad una partecipazione attiva del paziente e, **se possibile**, dei familiari/caregivers
2. Valutazione clinica periodica e monitoraggio delle aree di rischio (inizialmente ogni 3-6 mesi, quindi almeno ogni 12 mesi **oppure** quando ritenuto opportuno dall'équipe), **integrata** con l'utilizzo dei seguenti strumenti standardizzati:
 - Diagnosi ICD-IX
 - Valutazione delle principali aree di rischio clinico (funzionamento globale - Scheda VGF; aggressività/violenza - Scheda RAV; suicidio - Scheda RS; vulnerabilità socio-ambientale - Scheda RVSA); vedi Allegati 03: **Allegato 3.1** - Diagnosi ICD-IX - Scheda VGF - Scheda RAV - Scheda RS - Scheda RVSA - Procedure R.O.M.A. 1.2
 - Chiedere al paziente la disponibilità per la compilazione della Scheda SCL-90-R (opzionale)
 - Scale specifiche per le altre competenze professionali (infermieri: diagnosi psichiatrica infermieristica + HoNOS; assistenti sociali: Analisi Swot; TeRP/EP: WHODAS 2.0); vedi Allegati 03: **Allegato 3.3** - Diagnosi infermieristica e Scala HoNOS - Procedure ROMA 1.2; **Allegato 3.4** - Analisi di Swot e Schema di Sintesi (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2; **Allegato 3.5** - WHODAS e WHOQOL (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2

Tabella 4

**Esempio di Piano Individualizzato di Cura multiprofessionale (PIC-M)
Percorso di "Presca in Carico" – Condizione Grave Non Complessa**

PIC-M inserito nella cartella cartacea e/o elettronica, comprensivo di informazioni cliniche riguardo:

1. composizione dell'équipe e Case Manager (questo ultimo solo nelle Condizioni Gravi Complesse)
2. PIC-M comprensivo di Piano gestione rischio clinico e Piano gestione urgenza/emergenza concordati
3. tempistica dei controlli periodici e previsione di durata del trattamento
4. esami ematochimici e strumentali per il monitoraggio e la sicurezza della terapia prescritta
5. valutazione del funzionamento sociale e del percorso educativo-riabilitativo
6. data di revisione del PIC-M

Il PTI viene formulato dall'équipe di riferimento.

Una copia del PIC-M viene consegnata al paziente e al familiare/caregiver (previo consenso del paziente) alla fine di ogni incontro periodico di revisione del PIC-M (almeno ogni 12 mesi)

Attività dell'équipe multiprofessionale

1. Entro due settimane dall'assegnazione del caso, l'EdR programmerà un primo incontro in presenza del paziente e, se possibile, dei familiari/caregivers (previo consenso del paziente)
2. Nel primo incontro dell'EdR con il paziente:

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 28 di 60
--	--------------	--------	---------------

- Si crea una relazione di fiducia (alleanza terapeutica) al fine di co-costruire nel tempo un percorso terapeutico condiviso
- Viene revisionata la diagnosi ICD-IX iniziale formulata dall'EdV e – se modificata – viene registrata sulla cartella cartacea e/o elettronica
- Si individua il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) più appropriato in base alla diagnosi ICD-IX
- Viene formulato e scritto un iniziale PIC-M riportato in cartella cartacea e/o elettronica dal medico o dallo psicologo
- Laddove sia prescritta una terapia farmacologica, si terrà conto di seguire LG e BP presenti sul sito del SNLG (o altre LG/BP se non disponibili); vedi Allegati 05: Procedure Sicurezza Trattamenti - Pro.Si.T. - DSM ASL Roma I - http://10.65.0.206/doc/allegati/pg_documento_sicurezza_farmaci_1.pdf

3. Gli operatori dell'EdR eseguono una valutazione standardizzata periodica della condizione grave non complessa (almeno ogni 12 mesi) utilizzando i seguenti strumenti:

Medici e Psicologi

- Diagnosi ICD-IX

Care Coordinator & Équipe (valutazione congiunta multiprofessionale)

- Scheda VGF
- Scheda RAV
- Scheda RS
- Scheda RVSA

Paziente

- Scala SCL-90-R (opzionale)

Infermieri

- diagnosi infermieristica psichiatrica + Scala HoNOS (vedi Allegati 03: **Allegato 3.3** - Diagnosi infermieristica e Scala HoNOS - Procedure R.O.M.A. 1.2

Assistenti sociali

- Scala HoNOS
- Scala Analisi Swot (opzionale); vedi Allegati 03 - **Allegato 3.4** - Analisi di Swot e Schema di Sintesi (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2

Terapisti Riabilitazione Psichiatrica & Educatori Professionali

- Scala HoNOS
 - Scala WHODAS 2.0 (opzionale); vedi Allegati 03 - **Allegato 3.5** - WHODAS e WHOQOL (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2
- L'EdR definisce la tempistica per i successivi incontri di revisione del PIC-M, possibilmente dopo **3-6 mesi** dalla Presa in Carico e successivamente ogni **12 mesi** o qualora ritenuto necessario sulla base dell'evoluzione clinica del caso e dei bisogni emergenti
 - Agli incontri di revisione del PIC-M partecipano possibilmente tutti i componenti dell'EdR oltre al paziente ed ai familiari/caregivers (previo consenso del paziente)
 - A chiusura di ogni incontro di revisione del PIC-M, l'EdR ne consegna una copia aggiornata sia al paziente che ai familiari/caregivers (previo consenso del paziente), concordando la data del successivo incontro

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 29 di 60
--	--------------	--------	---------------

- L'EdR si occupa di realizzare con la collaborazione attiva del paziente e dei familiari/caregivers il percorso terapeutico-riabilitativo definito nel PIC-M concordato

Conclusione della Presa in Carico – Condizione Grave Non Complessa

Se il caso presenta un'evoluzione positiva, la conclusione della Presa in Carico potrà avvenire come di seguito:

- Invio al MMG
- Concordata
- Decisa dall'utente
- Invio concordato per competenza ad altro ST

MODELLO “CASE MANAGER” - CONDIZIONE GRAVE COMPLESSA

Il modello del *Case Manager* si applica alla **Condizione Grave Complessa** (vedi **Tabella I** - pag. 18 e 19)

Definizione e composizione dell'équipe multiprofessionale stabile di riferimento (Équipe di Riferimento o EdR)

A seconda delle modalità in uso nei diversi STSM, a seguito del Percorso di Valutazione, durante la prima riunione settimanale del STSM utile il caso viene:

- assegnato immediatamente all'équipe che ha eseguito la Valutazione (EdV), che sarà implementata da altri due operatori (costituita da almeno quattro operatori di diversa competenza professionale)
- discusso nella prima riunione settimanale del STSM con assegnazione del caso ad un'équipe di riferimento (EdR, costituita da almeno quattro operatori di diversa competenza professionale)
- in entrambe i casi, viene individuato un *Case Manager* (CM) tra gli operatori del comparto (operatori sanitari, sociali e della riabilitazione) con attribuzione formale della funzione.

L'EdV monitorerà comunque il caso fino all'assegnazione ad un'EdR stabile nel servizio di competenza.

Case Management e Case Manager

Vedi Allegati 03:

- **Allegato 3.6** - Case Management - Descrizione generale e Schede attribuzione / monitoraggio - Procedure R.O.M.A. 1.2
- **Allegato 3.7** - Case Manager (infermiere, assistente sociale, TeRP/EP)

Compiti dell'EdR

Durante tutto il Percorso di Cura presso il STSM, la valutazione clinica e il monitoraggio delle aree di rischio vengono eseguite dall'EdR per come segue:

1. Formulazione di un **PIC-M** (vedi esempio in **Tabella 4** – pag. 35; vedi Allegati 02: **Allegato 2.2** – Piano Individualizzato di Cura - Procedure R.O.M.A. 1.2) all'inizio del percorso di cura e rivalutabile in seguito; il PIC-M è inteso come un contratto di impegni condiviso ed orientato ad una partecipazione attiva del paziente e, se possibile, dei familiari/caregivers

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 31 di 60
---	--------------	--------	---------------

2. Valutazione clinica periodica e monitoraggio delle aree di rischio (inizialmente ogni 3-6 mesi, quindi almeno ogni 12 mesi **oppure** quando ritenuto opportuno dall'equipe), **integrata** con l'utilizzo dei seguenti strumenti standardizzati:

- Diagnosi ICD-IX
- Valutazione delle principali aree di rischio clinico (funzionamento globale - Scheda VGF; aggressività/violenza - Scheda RAV; suicidio - Scheda RS; vulnerabilità socio-ambientale - Scheda RVSA); vedi Allegati 03: **Allegato 3.1** - Diagnosi ICD-IX - Scheda VGF - Scheda RAV - Scheda RS - Scheda RVSA - Procedure R.O.M.A. 1.2
- Chiedere al paziente la disponibilità per la compilazione della Scheda SCL-90-R (opzionale)
- Scale specifiche per le altre competenze professionali (infermieri / assistenti sociali / TeRP/EP: diagnosi infermieristica psichiatrica + Scala HoNOS; assistenti sociali: Scala Analisi Swot - opzionale; TeRP/EP: Scala WHODAS 2.0 - opzionale); vedi Allegati 03: **Allegato 3.3** - Diagnosi infermieristica e Scala HoNOS - Procedure ROMA 1.2; **Allegato 3.4** - Analisi di Swot e Schema di Sintesi (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2; **Allegato 3.5** - WHODAS e WHOQOL (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2

Attività dell'EdR e del Case Manager

1. Entro due settimane dall'assegnazione del caso, l'EdR programmerà un primo incontro in presenza del paziente e, **se possibile**, dei familiari/caregivers (previo consenso del paziente)

2. Nel primo incontro dell'EdR con il paziente:

- Si crea una relazione di fiducia (alleanza terapeutica) al fine di co-costruire nel tempo un percorso terapeutico condiviso
- Viene revisionata la diagnosi ICD-IX iniziale formulata dall'EdV e – se modificata – viene registrata sulla cartella cartacea e/o elettronica
- Si individua il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) più appropriato in base alla diagnosi ICD-IX
- Viene formulato e scritto un iniziale PIC-M riportato in cartella cartacea e/o elettronica dal medico o dallo psicologo
- Laddove sia prescritta una terapia farmacologica, si terrà conto di seguire LG e BP presenti sul sito del SNLG (o altre LG/BP se non disponibili) (vedi Allegati 5: Procedure Sicurezza Trattamenti - Pro.Si.T. - DSM ASL Roma I - http://10.65.0.206/doc/allegati/pg_documento_sicurezza_farmaci_1.pdf)
- **Si attribuisce la funzione di Case Manager** ad uno degli operatori sanitari, sociali e della riabilitazione, se non ancora attribuita all'assegnazione del caso ad un'EdR, sulla base della tipologia di bisogno prevalente (vedi Allegati 03: **Allegato 3.6** - Case Management - Descrizione generale e Schede attribuzione / monitoraggio - Procedure R.O.M.A. 1.2; **Allegato 3.7** - Case Manager (infermiere, assistente sociale, TeRP/EP)

3. Gli operatori dell'EdR eseguono una valutazione standardizzata periodica della condizione grave complessa (almeno ogni 12 mesi) utilizzando i seguenti strumenti:

Medici e Psicologi

- Diagnosi ICD-IX

Équipe (valutazione congiunta multiprofessionale)

- Scheda VGF
- Scheda RAV
- Scheda RS
- Scheda RVSA

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO I8 DSM 5	Rev. 1	Pag. 32 di 60
---	--------------	--------	---------------

Paziente

- Scala SCL-90-R (opzionale)

Infermieri

- diagnosi infermieristica psichiatrica + Scala HoNOS; vedi Allegati 03: **Allegato 3.3** - Diagnosi infermieristica e Scala HoNOS - Procedure R.O.M.A. 1.2

Assistenti sociali

- Scala HoNOS
- Scala Analisi Swot (opzionale); vedi Allegati 03: **Allegato 3.4** - Analisi di Swot e Schema di Sintesi (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2

Terapisti Riabilitazione Psichiatrica & Educatori Professionali

- Scala HoNOS
- Scala WHODAS 2.0 (opzionale); vedi Allegati 03: **Allegato 3.5** - WHODAS e WHOQOL (opzionale) - Procedure R.O.M.A. 1.2
- L'EdR definisce la tempistica per i successivi incontri di revisione del PTI, possibilmente dopo **3-6 mesi** dalla Presa in Carico e successivamente ogni **12 mesi** o qualora ritenuto necessario sulla base dell'evoluzione clinica del caso e dei bisogni emergenti/prevalenti
- Agli incontri di revisione del PIC-M partecipano possibilmente tutti i componenti dell'EdR o almeno il CM con un altro operatore dell'EdR oltre al paziente ed ai familiari/caregivers (previo consenso del paziente)
- A chiusura di ogni incontro di revisione del PIC-M, l'EdR ne consegna una copia aggiornata sia al paziente che ai familiari/caregivers (previo consenso del paziente), concordando la data del successivo incontro
- L'operatore Case Manager è parte integrante dell'EdR e si occupa di coordinare e monitorare il percorso terapeutico-riabilitativo definito nel PIC-M concordato, con la collaborazione attiva del paziente e dei familiari/caregivers (vedi Allegati 03: Allegato 3.7 - Case Manager (infermiere, assistente sociale, TeRP/EP)

Conclusione della Presa in Carico – Condizione Grave Complessa

Se il caso presenta un'evoluzione positiva, la **conclusione** della Presa in Carico potrà avvenire come di seguito:

- Invio al MMG
- Concordata
- Decisa dall'utente
- Invio concordato per competenza ad altro ST

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 33 di 60
---	--------------	--------	---------------

MODULO 05

Procedure R.O.M.A. 1.2 nella UOC Dipendenze

A cura di: Alessio Picello, Maria Grazia Giannantonio, Pietro Casella

1) Condizione “Doppia Diagnosi”

Per le **Condizioni Gravi Complesse “Doppia Diagnosi”** si rimanda allo specifico **PDTA “Doppia Diagnosi”** per il DSM ASL Roma - [http://10.65.0.206/doc/allegati/percorso_per_la_presa_in_carico_integrato_di_persone_con_doppia_diagnosi\(1\).pdf](http://10.65.0.206/doc/allegati/percorso_per_la_presa_in_carico_integrato_di_persone_con_doppia_diagnosi(1).pdf)

2) Adeguamento delle Procedure R.O.M.A. 1.2 per i SerD

Sono stati concordati alcuni adeguamenti per il Modulo 01 e per il Modulo 04. È stata proposta la promozione di una Presa in Carico Integrata per specifiche condizioni cliniche.

MODULO 01

Percorso di ACCOGLIENZA/TRIAGE

1. Altre modalità di accesso al SerD - Accesso diretto e Unità di strada

Nonostante la previsione dell'integrazione dei SerD nel sistema delle CdS/PUA, il passaggio dal PUA e l'invio da questo al SerD continuano ad essere residuali se non nulli. La percezione “pubblica”, laddove non sia presente un vero e proprio stigma, determina l'accesso alle cure per problemi di dipendenza direttamente/esclusivamente al SerD (vedi anche portale web aziendale). D'altra parte, invitare l'interessato a recarsi al PUA dopo essersi già rivolto al SerD determina un rischio di *drop-out* molto alto, tenendo conto della fragile consistenza e tenuta della motivazione al trattamento della maggior parte delle persone con condotte di *addiction*, sebbene con le dovute eccezioni.

Pertanto, sebbene sia necessario un percorso informativo ed educativo rivolto alla cittadinanza a riconoscere il PUA come prima porta d'accesso alle cure, attualmente rimane attiva la modalità di accesso diretto ai STSM, compresi i SerD.

2. Numero di operatori nel Percorso di Accoglienza/Triage

Il percorso di Accoglienza/Triage delineato nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 non ha caratterizzato sinora la realtà organizzativa dei SerD data la “storica” carenza di personale. La possibilità di adeguare i SerD a tale modello ha richiesto una attenta ricognizione delle risorse di personale e la valutazione dell'adeguamento di questo nei vari SerD, alla luce del modello organizzativo condiviso da tutti i STSM del DSM ASL Roma I.

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 34 di 60
---	--------------	--------	---------------

3. Gestione “Condizioni in Urgenza/Emergenza”

Le procedure di Urgenza/Emergenza, originariamente pensate ed applicate prevalentemente nei CSM (Determinazione Regione Lazio N. G06331 del 18/05/2018), pongono il problema di un adeguamento alle specificità e alla normativa di riferimento dei SerD.

Nel caso di situazioni di Urgenza/Emergenza nelle condizioni cliniche gestite dai SerD, data la presenza numericamente limitata di psichiatri in questi servizi, si promuove una maggiore collaborazione tra SerD e gli altri STSM o ad altri servizi territoriali (es.: ARES 118). In particolare:

- nei CASI GRAVI “NON COMPLESSI” E “COMPLESSI” in Doppia Diagnosi, dove si definisce un’equipe congiunta SerD/STSM per come previsto dal “PDTA Doppia Diagnosi” al quale si rimanda
- nell'URGENZA, se si rende necessario programmare un ricovero in Casa di Cura (CdC) in regime di STPIT o in altra struttura terapeutico-riabilitativa o socioriabilitativa autorizzata solo da altro STSM
- nell'EMERGENZA, nel qual caso la gestione della condizione è affidata al servizio ARES 118 tramite il numero unico 112

MODULO 06

CONDIZIONE “AUTORE DI REATO”

A cura di: Alessandra Mancuso, Valeria Trincia, Alessio Picello, Lucia Chiappinelli, Anna Di Stefano, Angelo Ricciardi, Alessandro Grispini, Michele Procacci e Giuseppe Ducci

Elenco degli acronimi

AG	Autorità Giudiziaria
CArR	Coordinamento Autori di Reato
CCC	Centrale Casi Complessi
EdR	Equipe di Riferimento
ER	Evento Reato
GM	Giustizia Minorile
IP	Istituti penitenziari
MdS	Misure di Sicurezza
PArR	Pazienti Autori di Reato
PIC-M	Piano Individualizzato di Cura multiprofessionale
PTRI	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
PTRP	Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato
RArR	Referenti Autori di Reato
REMS	Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
SMOP	Servizio informativo Monitoraggio superamento OPG
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPP	Servizio Psichiatrico Penitenziario
STSM	Servizi Territoriali Salute Mentale
TM	Tribunale Minori
UEPE	Ufficio Esecuzione Penale Esterna
USSM	Ufficio Servizio Sociale Minorile

Elenco delle MISURE GIUDIZIARIE d'interesse per il Monitoraggio dei Pazienti Autori di Reato

- 1) Sono inclusi nell'elenco di **Monitoraggio dei Pazienti Autori di Reato (PArR)** gli utenti con Cartella Clinica aperta che abbiano in essere un **provvedimento giudiziario restrittivo della libertà**. Tale provvedimento può avere della seguente natura:
- a) MISURE DI SICUREZZA (MdS):
 - detentive (ricovero in REMS, già ricovero in OPG o Casa di Cura e Custodia)
 - non detentive (libertà vigilata)
 - b) MISURE CAUTELARI (MC): custodia cautelare in luogo di cura, custodia cautelare in carcere, arresti domiciliari, divieto e obbligo di dimora, divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa, allontanamento dalla casa familiare
 - c) DETENZIONE DOMICILIARE (DD)
- 2) Il Monitoraggio si conclude al **termine del provvedimento giudiziario**.

INTRODUZIONE

Le azioni contenute in questo documento intendono integrare le procedure R.O.M.A. 1.2 introdotte nel DSM ASL Roma I a partire dal 1° ottobre 2020. Tali azioni hanno lo scopo di:

- agevolare il flusso delle informazioni all'interno e tra STSM riguardanti i pazienti autori di reato (PAAdR) in carico presso i CSM, PIPSM e TSMREE⁴ del DSM ASL Roma I
- cadenzare il periodico monitoraggio dei PIC-M
- agevolare il dialogo tra servizi del DSM (STSM, Percorsi Residenziali e Semiresidenziali, SerD, SPDC, PIPSM, TSMREE, CRARL)
- facilitare la condivisione del monitoraggio tra tutti gli attori del DSM coinvolti
- supportare le équipes nella presa in carico, nello sviluppo dei PIC-M e nel monitoraggio dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP) delle strutture residenziali
- facilitare il raccordo con la rete degli interlocutori esterni (Magistratura Ordinaria e Minorile, FF.OO, UEPE, USSM, altri)
- ridurre il numero degli ingressi e la durata dell'internamento in REMS implementando lo sviluppo di progetti terapeutici alternativi
- ridurre i tempi di detenzione presso gli Istituti Penitenziari (IP) con il ricorso a misure alternative individuate nel PIC-M
- rendere fluidi e tempestivi i rapporti con l'Autorità Giudiziaria (AG)

Al fine di ottimizzare il monitoraggio delle azioni a favore dei PAAdR, nell'ambito della Centrale dei Casi Complessi (CCC) la Direzione del DSM ha istituito nel 2020 un'attività organizzativa denominata Coordinamento Autori di Reato (CAAdR). Tale attività si avvale della collaborazione dei Referenti Autori di Reato (RAAdR) presenti in ogni UOC (un operatore della dirigenza e un operatore del comparto) individuato per ogni STSM dal direttore di UOC. I RAAdR svolgono uno specifico ruolo d'interfaccia tra il CAAdR e i STSM / SPDC.

Percorso di Accoglienza/Triage

Il Percorso di Accoglienza/Triage per i PAAdR coincide con la **Segnalazione**⁵.

In generale, l'Evento Reato (ER) può rappresentare:

- la prima manifestazione all'esordio di una grave patologia mentale
- l'esito di una serie di agiti eseguiti da pazienti già conosciuti dai STSM ma non collaborativi o persi di vista
- un evento unico ed occasionale

Qualora l'ER venga eseguito da un soggetto affetto da un disturbo mentale, di fatto, solo una quota ridotta non è conosciuta dal STSM.

La **Segnalazione** al STSM può avvenire:

- con modalità **diretta** - sulla base di una prescrizione imposta dall'AG

⁴ Il TSMREE non ha al momento adottato la procedura R.O.M.A. 1.2 per le peculiarità organizzative dei propri servizi. Sarà quindi adottata la presente procedura per quanto integrabile con i percorsi di cura già in atto.

⁵ Le modalità di segnalazione da parte della CC Regina Coeli sono riportate nelle procedure "Assistenza sanitaria ai soggetti ristretti presso la CC Regina Coeli con rischio/disturbo mentale e/o correlato a sostanze-addiction" (10/11/2022). Per l'IPM "Casal del Marmo" si provvederà con successiva procedura interna.

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 37 di 60
---	--------------	--------	---------------

- con modalità **indiretta** - da parte di altro servizio o istituzione (SPDC, REMS, IP, AG, Regione Lazio - lista attesa REMS, SMOP, USSM)

A seguito della Segnalazione si procederà per come segue:

- utente **conosciuto** - l'Equipe di Riferimento (EdR) prenderà contatto col servizio o istituzione segnalante per attivare il Percorso di Valutazione e procedere all'elaborazione del PIC-M e all'espletamento di eventuali altre adempienze (ad es., PTRI)
- utente **sconosciuto** - si procederà a un rapido contatto col servizio o istituzione segnalante con assegnazione immediata a un'EdR per consentire l'attivazione del Percorso di Valutazione; nell'assegnazione dei **nuovi casi** si seguirà la consueta rotazione relativamente alle diverse figure professionali del STSM coinvolte (EdR multiprofessionale e Case Manager)
- utente **segnalato** dai servizi della Giustizia Minorile (GM) o dal Tribunale dei Minori (TM) - la segnalazione dovrà pervenire al Referente Aziendale per la Giustizia Minorile così come previsto dal DCA n.U00383 del 4 agosto 2015⁶

Percorso di Valutazione

Il Percorso di Valutazione per i PAdR coincide con la **Presa in Carico**.

Tale utenza viene considerata *tout-court* come "Grave Complessa" almeno durante tutto l'iter di applicazione della misura giudiziaria. Pertanto, la Presa in Carico dei PAdR coincide con il "**Modello Case Manager**"⁷.

L'Equipe di Riferimento (EdR):

- dovrà essere quanto più stabile possibile sin dalla Presa in Carico, al fine di evitare l'interruzione della continuità di assistenza e la disseminazione di informazioni cliniche e giudiziarie
- avrà cura di coinvolgere i diversi servizi interessati nel Percorso di Valutazione, al fine di giungere ad una condivisione della valutazione clinico-diagnostica e del PIC-M

Il Case Manager, nel caso di PAdR grave complesso, verrà:

- individuato tra gli operatori componenti l'équipe multiprofessionale del STSM
- nominato dal servizio capofila qualora seguito da più STSM

Il RAdR di UOC dovrà:

- aggiornare regolarmente il file Excel di monitoraggio PAdR inserendo tutte le segnalazioni che giungono al STSM (utenti non conosciuti o già in carico)
- aggiornare periodicamente i dati relativi ai PTI (elaborati congiuntamente all'EdR) e alla situazione giudiziaria
- condividere l'elenco PAdR col CAdR, col Direttore di UOC e il Responsabile del servizio territoriale

⁶ DCA U00383 (5 agosto 2015) Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale.

⁷ A tale modello di presa in carico fanno eccezione gli **utenti dimessi da IP** che giungono al STSM senza prescrizioni da parte dell'AG ma con segnalazione da parte del servizio psichiatrico penitenziario (SPP); in tal caso, sulla base della segnalazione indiretta, il Percorso di Valutazione verrà eseguito nell'istituzione segnalante o al momento dell'accesso c/o il STSM con modalità di Gestione della condizione sovrapponibile ai successivi moduli previsti dalle Procedure R.O.M.A. 1.2

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 38 di 60
---	--------------	--------	---------------

Si sottolinea l'opportunità di effettuare il Percorso di Valutazione in un arco di tempo contenuto dalla Segnalazione (possibilmente non più di tre incontri, come previsto dalle Procedure R.O.M.A. I.2) anche per garantire una rapida stesura del PIC-M.

Percorso di Assegnazione e Gestione

Il Percorso di Assegnazione e Gestione coincide con il processo di **Monitoraggio**.

L'Equipe di Riferimento (EdR):

- indicherà all'interno della prima stesura del PIC-M e della relativa valutazione delle aree di rischio la cadenza temporale del **monitoraggio** tenendo in considerazione nelle scadenze del PIC-M i tempi dettati dal procedimento giudiziario in corso
- avrà cura di utilizzare le riunioni di STSM per informare gli altri operatori sugli aggiornamenti del PTI e dei procedimenti giudiziari a carico dei PAdR
- coinvolgerà il RAdR di UOC, il Direttore di UOC e gli altri STSM eventualmente coinvolti nella decisione in merito alle dimissioni dalla REMS/IP e al PIC-M con previsione di inserimento in struttura residenziale psichiatrica
- comunicherà tempestivamente al CAdR mediante il RAdR le modifiche del PIC-M e del PTRI; tale comunicazione va comunque effettuata prima della comunicazione del PIC-M/PTRI al Magistrato competente, alla REMS e/o altro attore avente diritto (ad es., avvocato di riferimento eletto dal PAdR)

Le comunicazioni/relazioni **periodiche** al Magistrato competente vanno inviate su carta intestata della UOC di appartenenza controfirmata dal Direttore di UOC e dal Responsabile del servizio territoriale.

Le comunicazioni/relazioni **urgenti** all'A.G. possono invece essere inviate dall'EdR tramite *e-mail* aziendale (preferibilmente da parte del Case Manager o del Dirigente Medico) inserendo in copia (Cc) il Direttore di UOC e il Responsabile di UOS.

Si sottolinea l'opportunità di elaborare **Progetti Alternativi al Ricovero in REMS** al fine di consentire lo snellimento della lista di attesa REMS laddove sussistano le idonee condizioni cliniche.⁸

Criticità

Rientrano in questa categoria i PAdR che presentano le seguenti caratteristiche e per le quali può essere attivato il supporto del CAdR nell'ambito della CCC:

1. Scarsa *compliance* e ripetuti fallimenti dei PIC-M
2. Non risposta alla terapia farmacologia e persistenza di una sintomatologia produttiva florida correlabile all'agito anti-giuridico
3. Disturbo Antisociale di Personalità

⁸ Vedi Accordo Conferenza Unificata Rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022 e Deliberazione 22 dicembre 2023, n. 921 – Recepimento dell'Accordo per la gestione dei pazienti con misura di sicurezza. Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.)

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. I.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 39 di 60
---	--------------	--------	---------------

4. Criticità contestuali significative:

- reati con marcato impatto sociale, relazionale e mediatico e con alto indice di recidiva (ad esempio, maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale, *stalking*)
- pazienti che hanno manifestato condotte aggressive e minacciose verso gli operatori
- tutte quelle condizioni in cui l'EdR del STSM possa essere sottoposta a particolari "stimoli nocivi" nella gestione del paziente per cui può essere utile una maggiore condivisione delle responsabilità

Elenco degli **STRUMENTI** per il **MODULO 06** non inclusi nelle **Procedure R.O.M.A. 1.2**

1. **ELENCO NOMINATIVO PAZIENTI AUTORI REATO / MONITORAGGIO** – L'elenco in formato Excel viene compilato dai Referenti di UOC in sinergia con le EdR per il periodico monitoraggio dei singoli pazienti. Gli aggiornamenti sono comunicati via mail al CAAdR.
2. **VALUTAZIONE DELLA DIMENSIONE ANTISOCIALITÀ / PSICOPATIA** – Nel caso di approfondimento di tale dimensione personologica si utilizzeranno PCL-R 20, HCL R, PID 5 in collaborazione col RAAdR

Elenco delle **MISURE GIUDIZIARIE** d'interesse per il monitoraggio dei **PAAdR**

Sono inclusi nell'elenco di monitoraggio i PAAdR con misura giudiziaria in corso e con cartella clinica aperta.

a. **MISURE DI SICUREZZA (Mds)**

1. **Detentive** – Ricovero in REMS (già ricovero in OPG o Casa di Cura e Custodia)
2. **Non detentive** – Libertà vigilata (LV)

b. **MISURE CAUTELARI COERCITIVE**

- Custodia cautelare in luogo di cura
- Custodia cautelare in carcere
- Arresti domiciliari
- Divieto e obbligo di dimora
- Divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa
- Allontanamento dalla casa familiare

c. **DETENZIONE DOMICILIARE**

Si richiama l'attenzione sugli strumenti utilizzati nel monitoraggio del percorso dei PAAdR nelle REMS:

SMOP - Lo SMOP (Servizio informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPg) è una banca dati realizzata dalla Regione Campania e ormai condivisa da tutte le Regioni che raccoglie informazioni sul flusso dei pazienti internati prima in OPG e poi in REMS a partire dal 2011. A breve nello SMOP saranno inclusi anche gli utenti con misure di sicurezza non detentive. Nello SMOP sono contenute informazioni anagrafiche, giuridiche, sanitarie

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 40 di 60
---	--------------	--------	---------------

aggiornate dalle équipes delle REMS e dai referenti dello SMOP presso il DSM; questi ultimi hanno la possibilità di accedere alle informazioni degli internati/libero vigilati del proprio territorio, di modificare alcune informazioni sanitarie così come di caricare documenti sanitari. Tra questi ha un ruolo centrale il PTRI⁹: è lo strumento per il monitoraggio del progetto di dimissione dei pazienti ricoverati in REMS accessibile anche alla Regione Lazio, alle AA.GG. e al Ministero della Salute.

PTRI– un approfondimento merita il PTRI, il documento ufficiale per il monitoraggio del progetto terapeutico di dimissione dalla REMS da parte dei servizi territoriali. L'EdR avrà cura di trasmettere il PTRI condiviso con l'équipe della REMS ai referenti per lo SMOP entro 45 giorni dall'ingresso del paziente in REMS per consentirne l'inserimento nella banca dati regionale. Successivamente andrà prodotto un PTRI aggiornato con cadenza trimestrale.

In considerazione dell'opportunità di condividere efficaci modalità di lavoro per favorire l'implementazione e la costruzione dei progetti di dimissione per i pazienti inseriti in REMS si definiscono le seguenti buone prassi da adottare a cura dell'EdR con la collaborazione del RAdR

1. Rispetto della scadenza della prima visita presso la REMS che deve essere effettuata entro 45 giorni dall'ingresso del paziente;
2. Riunione in presenza alternata con riunione a distanza con cadenza almeno trimestrale (e non oltre) per il monitoraggio dell'andamento del percorso in REMS; la cadenza va rispettata anche se il paziente non è ritenuto dimissibile a breve;
3. Elaborazione del PTRI a seguito della riunione trimestrale da inviare protocollato alla UOSD Governo Clinico (ed a dott.ssa Anna Di Stefano) e alla REMS; in prossimità del riesame del paziente dimissibile allegare al PTRI una breve relazione che illustri il progetto di dimissione e la tempistica di realizzazione avendo cura di predisporlo in collaborazione con l'équipe REMS e tenendo in considerazione l'anticipo richiesto dall'inserimento in lista attesa nelle strutture accreditate e a gestione diretta; questi documenti saranno allegati alla relazione dell'équipe REMS per le udienze programmate;
4. Fondamentale la costante la collaborazione col Servizio Sociale REMS per la risoluzione di specifiche problematiche relative a documenti identità, ricorso AdS, richiesta invalidità civile etc

MODULO 07

Procedure R.O.M.A. 1.2 nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC)

A cura di: *Beatrice Marcolin, Maria Ciafone, Maria Giuseppa Elmo, Gabriella Neroni Mercati, Gianmarco Polselli, Valeria Trincia, Giuseppe Ducci*

1) VALUTAZIONE della Condizione Grave in SPDC

2) GESTIONE della Condizione Grave in SPDC e/o in PS

I pazienti ricoverati in SPDC sono prevalentemente Condizioni Gravi, che possono variare da una “Condizione Grave Non Complessa” a una “Condizione Grave Complessa”

1) VALUTAZIONE della Condizione Grave in SPDC

- Categorie diagnostiche ICD IX 295.x, 296.x, 297.x, 298.x, 301.x + Diagnosi PIPSM e Diagnosi SerD (vedi **Tabella 2** – pag. 26 e 27)
- Pazienti non noti e non in carico ai STSM della ASL Roma I
- Scheda VGF e Scheda BPRS in ingresso e in dimissione
- Individuazione dei pazienti che presentano un **elevato profilo di rischio clinico** per:
 - 1) scarsa aderenza al PIC-M (inclusivo di trattamento farmacologico e psicosociale)
 - 2) ricoveri ripetuti
 - 3) elevato rischio auto ed etero-aggressivo
 - 4) paziente autore di reato (PAdR)

Valutazione delle Principali Aree di Rischio Clinico in SPDC

- Scheda RAV (rischio aggressività/violenza)
- Scheda RVSA (rischio vulnerabilità socio-ambientale)

2) GESTIONE della Condizione Grave in SPDC e/o in PS

a) Paziente ricoverato in SPDC già in carico ai STSM

b) Paziente in carico ai STSM ma non ricoverato in SPDC dopo accesso in PS

c) Paziente ricoverato in SPDC ma non noto e non in carico ai STSM

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 42 di 60
---	--------------	--------	---------------

a) Paziente ricoverato in SPDC già in carico ai STSM

- Comunicazione tempestiva da parte del SPDC ai STSM di competenza e al medico dell'equipe di riferimento multiprofessionale (EdR multiprofessionale) dell'avvenuto ricovero;
- Riscontro tempestivo da parte del STSM di competenza al SPDC, con comunicazione dell'EdR con eventuale indicazione del CM (condizione Grave Complessa) e con trasmissione dell'ultimo PIC-M concordato e del livello di gravità secondo la valutazione prevista dalle Procedure R.O.M.A. 1.2;
- Richiesta da parte del SPDC al STSM di competenza di inserimento in lista d'attesa per STPIT entro 48 ore dal ricovero, laddove il STSM non abbia già proceduto in tal senso, fermo restando che siano presenti le condizioni cliniche che consentono il trasferimento del paziente in un contesto a minore intensità di cura (SRP accreditate);
- Visita congiunta dei STSM di competenza in SPDC entro 5 giorni dal ricovero, anche da remoto, con invio del PIC-M da parte dell'EdR multiprofessionale del STSM di competenza da integrare nella Cartella Clinica del SPDC per condivisione / revisione / riformulazione del PIC-M, definito e condiviso in presenza del paziente e dei familiari/caregivers quando possibile, che dovrà comunque essere allegato e consultabile nella Cartella Clinica del SPDC;
- Invio della lettera di dimissione al STSM di competenza ed all'EdR multiprofessionale di riferimento.

b) Paziente in carico ai STSM ma non ricoverato in SPDC dopo accesso in PS

- Invio al STSM di competenza della consulenza psichiatrica redatta in PS a cura del medico responsabile dell'intervento, anche al fine di consentire ai STSM di competenza di valutare l'opportunità e la tempistica di interventi necessari alla revisione del PIC-M ed all'individuazione dei cosiddetti "Non Collaborativi" e "Persi di Vista"; vedi Modulo 10 Procedure R.O.M.A. 1.2

c) Paziente ricoverato in SPDC ma non noto e non in carico ai STSM

- Comunicazione tempestiva al STSM di competenza dell'avvenuto ricovero con richiesta di Presa in Carico;
- Comunicazione tempestiva dell'EdR multiprofessionale da parte del STSM di competenza;
- Programmazione incontro tra STSM di competenza e SPDC, anche da remoto, finalizzato alla condivisione delle informazioni anamnestiche e cliniche entro 48 ore dal ricovero.
- Visita congiunta del STSM di competenza in SPDC entro 5 giorni dal ricovero, anche da remoto, con definizione del PIC-M da integrare nella Cartella Clinica del SPDC per condivisione / revisione / riformulazione del PIC-M, condiviso e definito in presenza del paziente e dei familiari/caregivers quando possibile, che dovrà comunque essere allegato e consultabile nella Cartella Clinica del SPDC;
- Invio al STSM di competenza della Scheda RAV e Scheda RVSA previste nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 da parte del SPDC;
- Invio della lettera di dimissione al STSM di competenza ed all'EdR multiprofessionale con l'esito della valutazione secondo le Procedure R.O.M.A. 1.2, specificando il tipo di Gravità ("Condizione Grave Non Complessa" o "Condizione Grave Complessa"), la composizione dell'EdR multiprofessionale e il nominativo del CM (se si tratta di una Condizione Grave Complessa).

Per un approfondimento sull'integrazione operativa tra servizi psichiatrici per l'emergenza e le strutture psichiatriche territoriali (vedi: Procedure e Raccomandazioni operative SPDC Servizi Territoriali -14.09.2023 DSM ASL Roma I):

“PROCEDURE E RACCOMANDAZIONI TRA SPDC E ST DELLA ASL ROMA I” (PROT. N. 0132809 DEL 14.9.2023) – A CURA DELLA DIREZIONE DSM ASL Roma I

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 44 di 60
---	--------------	--------	---------------

MODULO 07

Procedure R.O.M.A. 1.2 nella UOSD Salute Mentale e Dipendenze in ambito Penitenziario (SMDP)

A cura di: Guido Trabucchi, Elda Perelli, Adele Di Stefano

Il seguente Modulo è stato prodotto al fine di adattare le Procedure R.O.M.A. 1.2 alle Procedure vigenti nella UOSD SMDP "Assistenza Sanitaria a soggetti ristretti presso C.C. Regina Coeli con rischio/disturbo mentale e/o correlato a sostanze/addiction" (vedi Allegati 05: - Procedure UOSD SMDP - http://10.65.0.206/doc/allegati/assistenza_sanitaria_soggetti_ristretti_presso_cc_regina_coeli_con_rischio_disturbo_mentalee_o_correlato_sostanze_addiction.pdf). Tale adattamento si è reso necessario in quanto la UOSD SMDP è un servizio integrato Salute Mentale e Dipendenze che tratta pazienti affetti da Disturbi Mentali (**DM**), Disturbi correlati ad Uso di Sostanze e da *addiction* (**DUS**) o *Co-occurring disorders* (COD).

Gli utenti afferenti alla UOSD SMDP sono peraltro tutti connotati dalla condizione "Autore di Reato", considerato come "Indicatore esclusivo di Gravità" nelle Procedure R.O.M.A. 1.2, e che nell'adattamento proposto è stato pertanto escluso dagli indicatori. Pertanto, gli utenti della UOSD SMDP sono tutti considerati di default "**Condizioni Gravi Complesse**".

Adattamento al Modulo 01 Procedure R.O.M.A. 1.2

Percorso di Accoglienza/Triage

Tutti gli utenti che accedono alla CC Regina Coeli di Roma accedono al Percorso di Accoglienza/Triage. Tale percorso è strutturato a partire dal protocollo di Accoglienza, come da indicazioni regionali ed in ottemperanza anche delle indicazioni del DAP e viene effettuato all'interno dell'Istituto Penitenziario, presso la sezione di ubicazione, da parte di uno psicologo della UOSD SMDP, presente in Istituto tutti i giorni inclusi i giorni festivi.

La prima visita di accoglienza consta in una procedura di *screening* clinico per osservare la presenza di rilievi anamnestici, la documentazione clinica o la presenza di segni/sintomi clinici che concorrono a valutare il rischio autolesivo/suicidario e/o la presenza di DM o di DUS (con riferimento ad una prima ipotesi rientrante tra le Diagnosi ICD-IX-CM "Condizione Grave" elencate nella **Flow-chart C** (*Indicatori di Gravità*) (vedi Allegati 01: **Allegato 1.3** - Flow-chart C - UOSD SMDP - Procedure ROMA 1.2). Si procede inoltre alla compilazione del *General Health Questionnaire-12 items* (**GHQ-12**) (come previsto dal DCA 563/2017 e delle schede: VGF, RAV, RS e RVSA (*Indicatori di Complessità*)).

Gli esiti del percorso di Accoglienza/Triage possono essere:

1. in assenza di Indicatori di Gravità e/o di Complessità di grado Moderato/Grave l'utente viene inserito in **Gruppo A** (Consulenza) (vedi oltre – *Gestione*).
2. In caso di:
 - età ≤ 25 anni → viene effettuato anche *drug-test* di *screening*, indipendentemente dalla autodichiarazione/ammissione in ingresso di uso di sostanze, oppure
 - rilevazione delle seguenti condizioni cliniche ICD-IX-CM:

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 45 di 60
---	--------------	--------	---------------

- Reazione acuta allo stress (308.x)
- Reazione di Adattamento (309.x)

il paziente viene avviato a percorso di “Accoglienza Prolungata”; tale percorso, a cura dello psicologo che ha effettuato il percorso di Accoglienza/Triage, prevede l’effettuazione di 3 colloqui in un mese; al termine di tale percorso il paziente sarà inserito in Gruppo A (Consulenza) nel caso in cui si rilevino le condizioni di cui al punto 1; ovvero sarà inviato a percorso di “Valutazione Diagnostica”.

3. In caso di sospetto Indicatore di Gravità (ipotesi diagnostica ICD-IX-CM “Condizione Grave” tra quelle elencate nella **Flow-chart C**) o presenza di Indicatore di Complessità (VGF<60 o schede con Rischio Moderato/Grave) il paziente viene avviato al Percorso di Valutazione Diagnostica (senza passaggio dalla fase di Accoglienza Prolungata).

Adattamento al Modulo 02 Procedure R.O.M.A. 1.2

Percorso di Valutazione Diagnostica

Il Percorso di Valutazione Diagnostica viene effettuato per pazienti con rischio di DM e/o rischio di DUS (ICD-IX-CM “Condizione Grave” tra quelle elencate nella **Flow-chart C**) o per pazienti che presentino Indicatori di Complessità Moderato/Grave.

A seconda dell’ipotesi diagnostica, la Valutazione Diagnostica (**VD**) viene effettuato da diversi operatori, che compongono un’équipe multiprofessionale:

1. In caso di sospetto DUS viene effettuata da un Medico delle Dipendenze e uno Psicologo;
2. in caso di sospetto DM da uno Psichiatra e uno Psicologo;
3. in caso di sospetta COD da un Medico delle Dipendenze, uno Psichiatra e uno Psicologo.

Alla Valutazione parteciperanno Assistenti Sociali e TerP in funzione delle risorse assegnate.

La VD prevede un percorso di visite mediche, visite psichiatriche, colloqui psicologici ed eventuali colloqui sociali, oltre alla somministrazione di test psicodiagnostici ed eventuali esami strumentali e alla raccolta di documentazione clinica.

Le valutazioni cliniche, accompagnate dalla valutazione degli Indicatori di Complessità, vengono poi condivise e discusse in riunione di UOSD a cadenza settimanale al fine di definire la corretta diagnosi e la stratificazione per gravità e complessità.

Percorso di Gestione

a) CONSULENZA

- Vengono inseriti nel **Gruppo A** (Percorso di Consulenza) gli utenti che non presentano “Indicatori di Gravità” (tutte le diagnosi ICD-IX-CM a eccezione di “Condizione Grave” tra quelle elencate nella **Flow-chart C**) e per i quali tutti gli “Indicatori di Complessità” siano di grado Lieve o Assente, oltre a VGF>60.
- Per gli utenti inseriti in **Gruppo A** l’attivazione degli operatori della UOSD SMDP avviene dopo una prima valutazione da parte dei Medici di Sezione (che nel contesto carcerario sono l’analogo dei MMG), i quali

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 46 di 60
---	--------------	--------	---------------

segnalano la necessità di visite psichiatriche o colloqui psicologici e che vengono espletati dopo inserimento nelle “Agende di Sezione” in ordine di arrivo (eventuale Lista d’Attesa).

b) ASSUNZIONE IN CURA

- L’utente viene inserito nel **Gruppo B** qualora presenti una condizione clinica ICD-IX-CM, eccetto quelle elencate in **Flow-chart C** “Condizione Grave”, e/o uno o più Indicatori di Complessità di grado Moderato e/o VGF compresa tra 51 e 60.
- Per gli utenti inseriti in **Gruppo B** è previsto il coinvolgimento di un operatore mono-professionale (Medico delle Dipendenze, Psichiatra o Psicologo) ed eventuali altri operatori, se necessario. Tale operatore valuta la cadenza delle prestazioni cliniche e predispone il piano di trattamento intramurario.

c) PRESA IN CARICO

- In caso si rilevi la presenza di DUS, DM o DD tra quelli elencati in “Condizione Grave” (**Flow-chart C**), in assenza di Indicatori di Complessità di grado “GRAVE” o VGF<51, il paziente sarà considerato “**Grave**”. In caso sia presente anche uno o più “Indicatori di Complessità” di grado GRAVE o VGF<50, il paziente sarà considerato “**Grave Complesso**”. In entrambi i casi il processo di gestione del caso clinico prevede la “Presa in Carico” (**Gruppo C**).
- Nella **Presa in Carico** vengono coinvolti almeno due operatori con diverse professionalità che collaborano in équipe multiprofessionale, valutando la cadenza delle visite e dei colloqui e prevedendo l’eventuale coinvolgimento dei servizi territoriali competenti. Viene predisposto un piano di trattamento intramurario ed eventualmente extra-murario.

Flow-Chart C

Percorso di ACCOGLIENZA / TRIAGE (operatori: uno psicologo)

Il percorso di ACCOGLIENZA/TRIAGE prevede l'esecuzione di un colloquio, il cui esito può portare a:

1. **Valutazione Diagnostica** (vedi sotto)
2. **Accoglienza Prolungata** (3 colloqui):
3. Inserimento in gruppo "CONSULENZA" - Età inferiore ai 25 anni + Drug-test di screening
 - Reazione acuta allo stress (308.x); Reazione di Adattamento (309.x)

Percorso di VALUTAZIONE clinico-diagnostica

Le Procedure R.O.M.A. 1.2 prevedono l'utilizzo di un **indicatore di Gravità** (diagnosi) e di cinque **indicatori di Complessità**:

- VGF (Valutazione Globale di Funzionamento) - Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale
- Rischio Aggressività/Violenza - Paziente Autore di Reato
- Rischio Suicidario

Gli utenti afferenti alla UOSD SMDP sono tutti **Autori di Reato**; pertanto, per la valutazione del **livello di Complessità**, si utilizzeranno solo:

- Scheda VGF (Valutazione Globale Funzionamento)
- Scheda RAV (Rischio Aggressività/Violenza)
- Scheda RS (Rischio Suicidario)
- Scheda RVSA (Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale)

Condizione Grave

DIAGNOSI:

- 292.x Disturbi Mentali indotti da Sostanze
- 295.x Psicosi Schizofreniche
- 296.x Disturbi Episodici dell'Umore (*grave*)
- 297.x Disturbi Deliranti
- 298.x Altre Psicosi non organiche
- 299.x Disturbi pervasivi dello sviluppo (*Spettro autistico*)
- 301.x Disturbi di Personalità (*Paranoide, Schizoide, Esplosivo, Istrionico, Narcisistico, Borderline, Atri, Non Specificato*)
- 303.91 Dipendenza da alcool, continua
- 304.01 Dipendenza da oppiacei, continua
- 304.71 Dipendenza da oppiacei con altre sostanze, continua
- 304.21 Dipendenza da cocaina, continua
- 304.31 Dipendenza da cannabis, continua
- 305.01 Abuso di alcool, continuo
- 305.31 Abuso di allucinogeni, continuo
- 305.61 Abuso di cocaina, continuo
- 305.71 Abuso di anfetamine, continuo
- 307.1 Anoressia nervosa
- 307.5x Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione
- 308.x Reazione acuta allo stress

Condizione Grave Complessa

- Punteggio VGF \leq 50
- E ALMENO UNO DEI SEGUENTI INDICATORI DI COMPLESSITÀ:**
 - Rischio Aggressività/Violenza "GRAVE"
 - Rischio Suicidario "GRAVE"
 - Rischio Vulnerabilità S/A "GRAVE"

C - Presa in Carico

Equipe

(almeno due operatori con diversa competenza professionale)

Condizione Ordinaria

Tutte le **diagnosi ICD-IX** ad eccezione delle diagnosi

"Condizione Grave" (vedi accanto)

Presenza di **almeno una** delle seguenti condizioni:

- a. VGF $51 > < 60$
- b. Rischio Aggressività / Violenza "MODERATO"
- c. Rischio Suicidario "MODERATO"
- d. Rischio VSA "MODERATO"

RISCHIO MODERATO

B - Assunzione in

Un operatore della Dirigenza; collaborazione con altri operatori se necessario

Presenza di **tutte** le seguenti condizioni:

- a. VGF > 61
- b. Rischio Aggressività / Violenza "LIEVE / ASSENTE"
- c. Rischio Suicidario "LIEVE / ASSENTE"
- d. Rischio VSA "LIEVE/ASSENTE"

RISCHIO LIEVE / ASSENTE

A - Consulenza

Un operatore della Dirigenza; attivazione su richiesta dei Medici di Sezione

Percorso di Gestione

Qualora in una **Condizione Grave Complessa** - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - non è più presente stabilmente e per un periodo significativo (almeno 12 mesi) **non sono presenti** le seguenti condizioni:

- Punteggio VGF \leq 50 e almeno uno dei seguenti indicatori di complessità:
- Rischio Aggressività/Violenza "MODERATO / GRAVE"
- Rischio Suicidario "MODERATO / GRAVE"
- Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale "MODERATO / GRAVE"

RISCHIO LIEVE / ASSENTE

Consulenza

Assunzione in Cura

Qualora in una **Condizione Ordinaria** - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - **sono presenti** le seguenti condizioni:

- Punteggio VGF \leq 50 e almeno uno dei seguenti indicatori di complessità:
- Rischio Aggressività/Violenza "GRAVE"
- Rischio Suicidario "GRAVE"
- Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale "GRAVE"

RISCHIO GRAVE

Presenza in Carico

N.B.: ogni condizione clinica "a limite" non riconducibile per caratteristiche e gravità alle precedenti schematizzazioni deve essere risolta usando il ragionamento clinico. Per una più estesa descrizione si rimanda alle PROCEDURE UOSD SMDP della ASL Roma 1.

MODULO 09

Procedure ROMA I.2 e Condizione “Persone Senza Fissa Dimora (PSFD)”

A cura di: Raffale Popolo, Fabio Savoretti, Giuseppe Mattia Carluccio, Alberta Mazzola, Valeria Trincia, Angelo Ricciardi, Giuseppe Ducci

PREMESSA

Da ottobre 2022 presso la UOC I SM, CSM di Via Palestro 39, è stato istituito un **Tavolo Operativo Inter-istituzionale** (TOI) per le Persone Senza Fissa Dimora (PSFD), con incontri mensili. In questa sede, vengono portate le situazioni nelle quali l'intervento della Salute Mentale (SM) può potenzialmente condurre ad una eventuale Presa in Carico Integrata per condizioni che richiedono un'equipe multiprofessionale integrata ed eventualmente un Case Manager, valutando la formulazione di un Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale Integrato (PIC-MI) che possa orientare le PSFD ad essere gradualmente reinseriti nel territorio o aiutate a tornare nei luoghi di origine (ad es., tramite rimpatrio) per un reinserimento nel loro contesto di sociale di provenienza (chiusura dell'intervento multidisciplinare).

Con l'implementazione nell'attività clinica dipartimentale delle Procedure R.O.M.A. I.2 tale modello organizzativo viene adottato in tutti i STSM del DSM ASL Roma I. È previsto un periodo di monitoraggio di 12 mesi per tutte le UOC che non hanno ancora definito un TOI allo scopo di individuare eventuali criticità e bisogni locali che possano consentire una reale applicabilità del modello. Eventuali proposte di modifica e/o adeguamento saranno presentate dai direttori di UOC e discusse negli incontri di Coordinamento Area CSM.

Per una rappresentazione sintetica del “Modello Organizzativo PSFD” vedi Allegati 02: **Allegato I.4 - Flow-chart D - Modulo PSFD - Procedure R.O.M.A. I.2**

Condizioni Gravi “Senza Fissa Dimora” (SFD): il **FRONT OFFICE** e il **BACK OFFICE**

L'analisi dei bisogni delle condizioni di PSFD con presunte problematiche di SM avviene a partire da un TOI che riunisce organismi operanti sul territorio (Sala Operativa Sociale, NAE, Distretto, Municipio, DSM, Agenzie del Terzo Settore).

Parliamo, quindi, di un **Front Office sociosanitario integrato** la cui finalità principale è quella di intercettare la presenza di bisogni di SM e predisporre, se indicato, le azioni per un **Percorso di Presa in Carico Integrato** da parte dei servizi territoriali coinvolti o altri individuati.

Il punto di partenza del processo integrato è la presentazione da parte degli organismi che intercettano tali condizioni nel corso dei propri interventi di prossimità (principalmente: Sala Operativa Sociale, Agenzie del Terzo Settore, NAE).

Altri organismi del territorio (principalmente: Forze dell'Ordine, Municipio, Distretto) possono segnalare agli organismi sopra citati condizioni di PSFD da valutare per un primo contatto esplorativo.

Va specificato che, se la condizione di PSFD segnalata configura caratteristiche di **Emergenza**, gli organismi territoriali che per primi la intercettano dovranno attivare direttamente il servizio ARES 118 secondo la vigente

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. I.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO I8 DSM 5	Rev. I	Pag. 49 di 60
---	--------------	--------	---------------

Determinazione della Regione Lazio n. G06331.

FRONT-OFFICE

Nelle situazioni sociosanitarie di PSFD in condizioni di Urgenza e/o conosciuti e/o stabilizzati il *front office* presenta comunque aspetti di notevole complessità che richiedono una cornice d'azione condivisa interistituzionale, comprensiva di due fasi:

- a) Percorso di discussione presso il Tavolo Operativo Inter-istituzionale (TOI)
- b) Percorso di Accoglienza-Triage

Percorso di discussione presso il Tavolo Operativo Inter-istituzionale (TOI)

1. Vista la complessità dei bisogni portati dalle PSFD che presentano una fragilità mentale e/o affette da psicopatologia clinicamente significativa, il TOI eseguirà una prima analisi multidisciplinare dei bisogni sociosanitari con i rappresentanti dei diversi servizi sopra indicati.
2. Il TOI si riunisce a cadenza mensile e valuterà ogni volta **non più di due casi di PSFD** in potenziali condizioni di disagio psicopatologico e di grave marginalità sociale. La lista d'attesa a cura del TOI seguirà un ordine temporale di segnalazione e di priorità legato alla gravità della situazione. La cadenza temporale e il numero dei casi affrontati rispondono alla necessità di poter costruire un eventuale Percorso di Presa in Carico Integrata efficace, anche allo scopo di evitare il gravoso fenomeno del “*revolving door*” che spesso si osserva in tali condizioni.
3. La presentazione del caso al TOI verrà effettuata esclusivamente dai servizi che prendono parte alla valutazione multidisciplinare, ossia:
 - a) dalle figure di prossimità che vengono per prime in contatto con tali persone per strada (principalmente: Unità di strada della Sala Operativa Sociale di Roma Capitale, NAE o altri Enti territoriali) e che possono raccogliere le segnalazioni anche di altre realtà operanti sul territorio
 - b) dal Municipio o dal Distretto che hanno conosciuto ed esplorato le situazioni riportate a seguito di segnalazioni provenienti dalla cittadinanza o da altri istituti pubblici
4. In questo modo, i casi che verranno discussi avranno ricevuto una prima prevalutazione multidisciplinare non specialistica per individuare una possibile fragilità psicologica/psichiatrica (criterio di inclusione) e per valutare l'eventuale carattere di Emergenza (criterio di esclusione, con attivazione in questo ultimo caso dell'ARES 118 secondo la già ricordata Determinazione Regione Lazio n. G06331).
5. Le finalità della valutazione interna al TOI sono:
 - a) analizzare la segnalazione fatta dal servizio coinvolto in prima battuta
 - b) definire i bisogni emergenti per delineare l'eventuale Percorso di Presa in Carico Integrata
6. Nel caso emergano informazioni tali da far ipotizzare la presenza di un disagio mentale clinicamente significativo, il TOI valuterà gli interventi da strutturare in modo congiunto sui singoli casi, definendo gli attori che saranno coinvolti; qualora impossibilitati nella definizione di un lavoro in **Equipe Interistituzionale Congiunta** (EIC), il caso verrà riportato alla discussione nel TOI per la risoluzione congiunta delle criticità emerse.

7. L'EIC avrà lo scopo di venire in contatto con la persona attivando il Percorso Accoglienza-Triage (*front-office*) ed eventualmente il Percorso di Valutazione (*back office*) per come previsto dalle Procedure R.O.M.A. 1.2.

Percorso di Accoglienza-Triage

Il punto centrale del Percorso di Accoglienza-Triage nel *front-office*, effettuato dall'EMI individuata dal TOI, sarà **l'analisi dell'appropriatezza dell'intervento da parte dei servizi territoriali di salute mentale (STSM) in collaborazione con gli altri servizi o enti coinvolti.**

Va specificato che tale intervento avverrà esclusivamente su casi che presentano aspetti significativi di disagio psicologico o di patologie mentali gravi (vedi definizione di **Condizioni Gravi** secondo quanto previsto dalle Procedure R.O.M.A. 1.2), dove l'intervento risulta sostenibile e compatibile con le risorse dei STSM coinvolti. Ossia, l'intervento riguarderà PSFD che vivono in gravi condizioni di fragilità psichica e sociale, non tutte le condizioni di disagio psicologico e sociale osservabili in chiunque viva senza fissa dimora.

In tali specifiche condizioni, il primo incontro potrà essere effettuato, in relazione alla capacità / disponibilità di collaborare della PSFD, presso:

- a) La Casa della Salute (CdS)
- b) Il STSM (CSM, SerD, altri servizi territoriali dipartimentali)
- c) In prima battuta anche in strada (se la situazione non si configura come Emergenza ma di Urgenza o condizione conosciuta e stabilizzata) previa programmazione dell'intervento

Si sottolinea l'importanza di programmare un intervento integrato già in fase iniziale, con l'elaborazione di un **Progetto Individualizzato di Cura Multiprofessionale Integrato (PIC-MI)** che includa i diversi servizi o enti o istituzioni di rilevanza sociosanitaria disponibili. A seconda dell'esito della valutazione integrata dei bisogni, verranno programmate azioni congiunte per come segue:

- a) Se nel Percorso di Accoglienza-Triage emerge un bisogno prevalentemente di tipo **SOCIALE**, il cittadino verrà indirizzato verso una valutazione delle proprie condizioni di marginalità sociale (Municipio e/o Roma Capitale); in alcuni casi può delinearsi la necessità della convocazione di una UVMD; qualora si valuti l'opportunità della presenza del DSM, la convocazione verrà inviata al CSM secondo gli accordi territoriali.
- b) Se nel Percorso di Accoglienza-Triage emerge un bisogno prevalentemente di tipo **SANITARIO NON PSICHIATRICO**, il cittadino verrà aiutato dal soggetto individuato dal TOI ad intraprendere un percorso sanitario o sociosanitario, eventualmente a partire dalla convocazione di una UVMD.
- c) Se nel Percorso di Accoglienza-Triage emerge un bisogno prevalentemente di tipo **PSICHIATRICO** verrà attivato un Percorso di Valutazione Integrata.

BACK OFFICE

Nelle condizioni sociosanitarie di PSFD con bisogni riconducibili alle attività dei STSM, anche il *back office* presenta aspetti di complessità che richiedono una cornice d'azione condivisa interistituzionale, comprensiva di due fasi:

- a) Percorso di Valutazione Integrata
- b) Percorso di Gestione Integrata

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 51 di 60
---	--------------	--------	---------------

Percorso di Valutazione Integrata

Per accedere al Percorso di Valutazione Integrata la PSFD deve essere conosciuta dagli operatori di prossimità e deve trovarsi in condizioni di Urgenza o essere PSFD conosciute e/o stabilizzate.

Perché l'azione intrapresa sia sostenibile, ciascuna UOC del DSM ASL Roma I potrà definire i tempi dell'intervento e la numerosità degli interventi mensili compatibilmente alle risorse disponibili.

I passaggi del Percorso di Valutazione seguiranno quanto previsto dalle Procedure R.O.M.A. 1.2 (vedi Allegati 01: **Allegato I.4** - Flow-chart D - Modulo PSFD - Procedure ROMA 1.2):

- 1) Qualora la PSFD si trovi in una condizione di **Emergenza**, la situazione clinica verrà gestita direttamente dal Servizio ARES 118 (come previsto dalla Determinazione Regione Lazio N. G06331 del 18/05/2018) attivato dagli organismi che entrano per primi in contatto con la condizione. Se l'Emergenza si risolve con un invio in SPDC per motivazioni psichiatriche, il caso verrà portato successivamente al TOI per una valutazione integrata o inviato direttamente al STSM per competenza territoriale e specialistica se il quadro clinico si è definito nel corso della degenza. In questo ultimo caso, il STSM dovrà individuare un'equipe multiprofessionale di riferimento nominando un case manager (CM) e formulare un PIC-MI coinvolgendo tutti i servizi o gli enti territoriali interessati.
- 2) Se la PSFD è **collaborativa** e lo si presenta con richiesta di **accesso diretto ai STSM**, verrà indirizzato al PUA / CdS per un Percorso di Valutazione, che potrà esitare in una eventuale Consulenza-Collaborazione integrata / Assunzione in Cura Integrata oppure in una Presa in Carico Integrata come previsto dalle Procedure R.O.M.A. 1.2 coinvolgendo tutti i servizi o gli enti territoriali interessati; vedi Allegati 01: **Allegato I.2** - Flow-chart B - Indicatori di gravità e complessità - Procedure R.O.M.A. 1.2
- 3) Se la PSFD **non è collaborativa**, l'EMI individuata dal TOI si occuperà di formulare un piano di azioni che possa consentire una valutazione in condizioni di sicurezza sia per la PSFD che per gli operatori coinvolti. In questi casi, il STSM metterà a disposizione un medico o uno psicologo con un infermiere o un assistente sociale che collaboreranno con gli operatori messi a disposizione degli altri servizi o enti o istituzioni territoriali disponibili.

Percorso di Gestione Integrata

Il Percorso di Gestione Integrata si allinea con quello previsto dalla Procedure R.O.M.A. 1.2 per le Condizioni Gravi (Non complesse e Complesse). Nel PIC-MI (Piano individualizzato di Cura Multiprofessionale Integrato) dovranno essere espressamente indicati:

- a) Composizione dell'equipe di riferimento (EdR) e nominativo del CM se opportuno
- b) Nominativi dei referenti degli attori istituzionali coinvolti specificando i compiti di ognuno
- c) Tempi di revisione del PIC-MI come indicato dalle Procedure ROMA 1.2 (inizialmente dopo tre-sei mesi dalla Presa in Carico Integrata, quindi almeno una volta ogni 12 mesi)

Conclusione della Collaborazione-Consulenza Integrata / Assunzione in Cura Integrata

Se il caso presenta un'evoluzione positiva, la **conclusione** dell'Assunzione in Cura potrà avvenire come di seguito:

- Invio al MMG
- Concordata

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 52 di 60
---	--------------	--------	---------------

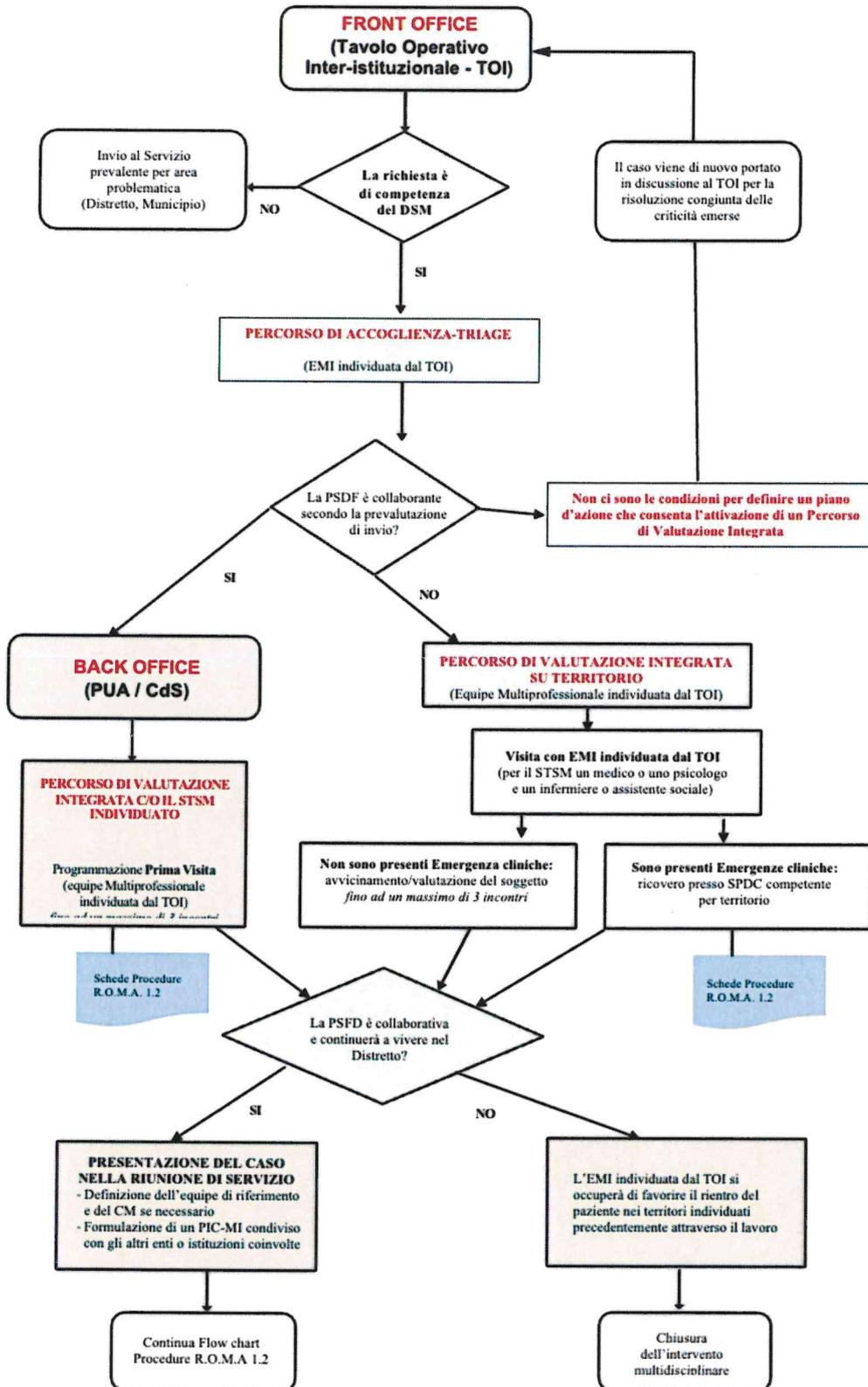
- Decisa dall'utente
- Invio concordato per competenza ad altro servizio territoriale

Conclusione della Presa in Carico Integrata – Condizione Grave Non Complessa o Complessa

Se il caso presenta un'evoluzione positiva, la **conclusione** della Presa in Carico potrà avvenire come di seguito:

- Invio al MMG
- Concordata
- Decisa dall'utente
- Invio concordato per competenza ad altro servizio territoriale

Flow-Chart D



MODULO 10

Condizione “Non Collaborativo” e “Perso di Vista”

Nel caso di paziente “Non Collaborativo” o “Perso di Vista” l’EdR si occuperà di:

- 1) Contattare il paziente e/o i familiari/caregivers per ottenere informazioni utili a comprendere la natura del comportamento, motivare il paziente a riprendere i contatti con il servizio, valutare l’emergere di eventuali aree di rischio attuale
- 2) Ottenuta o meno la disponibilità del paziente e le informazioni necessarie, l’EdR discute del caso programmando nel più breve tempo possibile un piano di azione.
 - Nel caso il paziente si mostri collaborativo, l’EdR concorda un appuntamento nel più breve tempo possibile c/o il STSM o a domicilio in presenza di **almeno due operatori dell’EdR**, tra i quali possibilmente il *Case Manager*
 - Nel caso il paziente non si mostri collaborativo, l’EdR:
 - a. definisce un Piano Gestione Urgenza Emergenza (PGUE) orientato a guadagnare il consenso al trattamento del paziente e la collaborazione dei familiari/caregivers, con monitoraggio della condizione fino a quando ritenuto necessario
 - b. valuta le eseguenti opzioni per la gestione delle situazioni di **Urgenza**
 - Accertamento Sanitario Volontario (ASV)
 - Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)
 - Trattamento Sanitario Volontario (TSV)
 - Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)
 - c. qualora si configuri una **Emergenza / Stato di Necessità** l’EdR attiva le procedure regionali per la gestione della condizione di Emergenza / Stato di Necessità da parte del Servizio ARES 118

8. INDICATORI

Gestione del Rischio	<ul style="list-style-type: none">• n. CG con valutazione delle quattro aree di rischio-complessità / n. CG• n. CGNC con valutazione delle quattro aree di rischio-complessità / n. CGNC• n. CGC con valutazione delle quattro aree di rischio-complessità / n. CGNC • n. ES / n. <i>incident reporting</i> (n. ES + NM + EA)
Percorso di Gestione	<ul style="list-style-type: none">• n. CGC / n. CG• n. CGNC / n. CG• n. AdR / n. CGC• n. CG con equipe multiprofessionale / n. CG• n. CGNC con due operatori in equipe multiprofessionale / n. CGNC• n. CGC con quattro operatori in equipe multiprofessionale / n. CGC• n. CG con PIC / n. CG• n. CGNC con PIC / n. CGNC• n. CGC con PIC / n. CGC
Case Management	<ul style="list-style-type: none">• n. CGC con CM / n. CGC• n. CGC con quattro operatori in equipe con CM / n. CGC• n. GC con CM infermieristico / n. GC• n. GC con CM assistente sociale / n. GC• n. GC con CM TeRP-EP / n. GC

CG = Condizioni Gravi; **CGC** = Condizioni Gravi Complesse; **CGNC** = Condizioni Gravi Non Complesse; **AdR** = Autori di Reato; **CM** = Case Manager; **PIC** = Piano Individualizzato di Cura; **ES** = Evento Sentinella; **NM** = Near Miss; **EA** = Evento Avverso

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Il Team Fa.Re. Territorio è un nuovo gruppo di lavoro dipartimentale costituito da operatori Facilitatori per l'implementazione delle Procedure R.O.M.A. 1.2 Responsabili per il monitoraggio annuale degli indicatori nominati dai direttori di UOC su richiesta del direttore DSM ASL Roma I. Gli stessi operatori si occupano della formazione degli operatori sul territorio attraverso incontri dedicati.

9. REVISIONE

Le Procedure R.O.M.A. 1.2 prevedono un processo di revisione periodica da parte del Gruppo di Lavoro (GdL) ogni due anni o sulla base degli *input* provenienti dall'attività clinica e di Audit dei STSM oltre che dagli aggiornamenti dei riferimenti legislativi nazionali e regionali, dei regolamenti interni della ASL Roma I e del DSM ASL Roma I, delle principali Linee Guida (LG) e delle principali *Best Practice* (BP) di riferimento.

10. RIFERIMENTI

10.1 RIFERIMENTI INTERNI

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. I	Pag. 56 di 60
---	--------------	--------	---------------

ASL Roma I – Modello Organizzativo Dipartimento Salute Mentale (2016) -
<https://www.aslroma1.it/azienda-dipartimentieri/dipartimento-di-salute-mentale>

Procedure per l'Uso in Sicurezza dei Farmaci secondo Raccomandazioni Ministeriali n. 7 (2021) pag. 75 -
Procedure Sicurezza Trattamenti - Pro.Si.T. - DSM ASL Roma I -
http://10.65.0.206/doc/allegati/pg_documento_sicurezza_farmaci_1.pdf

Procedura n. 4 Prevenzione Suicidio ASL Roma I - http://10.65.0.206/doc/allegati/procedura_4.pdf

Procedura Prevenzione degli Atti di Violenza a Danno degli Operatori -
http://10.65.0.206/doc/allegati/procedura_prevenzione_atti_di_violenza_a_danno_degli_operatori.pdf

Piano Aziendale per la Prevenzione degli Atti di Violenza a Danno degli Operatori -
http://10.65.0.206/doc/allegati/raccomandazione_atti_violenti_risk_management.pdf

Procedure UOSD SMDP “Assistenza Sanitaria a soggetti ristretti presso C.C. Regina Coeli con rischio/disturbo mentale e/o correlato a sostanze/addiction” -
http://10.65.0.206/doc/allegati/assistenza_sanitaria_soggetti_ristretti_presso_cc_regina_coeli_con_rischio_disturbo_mentale_e_o_correlato_sostanze_addiction.pdf

PDTA Percorso per la Presa in Carico Integrata Persone con Doppia Diagnosi (DD) -
[http://10.65.0.206/doc/allegati/percorso_per_la_presa_in_carico_integrato_di_persone_con_doppia_diagnosi\(1\).pdf](http://10.65.0.206/doc/allegati/percorso_per_la_presa_in_carico_integrato_di_persone_con_doppia_diagnosi(1).pdf)

PDTA Disturbi Emotivi Comuni (DEC) - http://10.65.0.206/doc/allegati/pdta_disturbi_emotivi_comuni.pdf

Disposizioni adottate dal DSM ASL Roma I per il contenimento e la gestione della diffusione COVID-19

Regolamentazione della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD distrettuale) (delibera ASL RM E)

Protocollo operativo per l'attribuzione delle funzioni di Case Manager (delibera ASL RM A 26 mag 2015)

Procedure e Raccomandazioni operative SPDC Servizi Territoriali -14.09.2023 DSM ASL Roma I
(documento dipartimentale esterno al presente documento, già disponibile a direttori di UOC/UOSD)

10.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

S Barlati, G de Girolamo et al. (for the VIORMED-2 Group). Violence risk and mental disorders (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy. PLOS ONE |
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214924> April 16, 2019

Coluccia A, Nucci G, Cuomo A, Benvenuti M, Carabellese F, Fagiolini A, Gabbrielli M. La responsabilità dello psichiatra. Riv Psichiatr 2017; 52(6): 226-235

Carabellese F, Urbano M, Coluccia A, Gualtieri G. La sicurezza dei lavoratori dei servizi psichiatrici pubblici: criticità, normative e tutele. Clin Ter 2017; 168 (6):e406-414

CriManSCri, Gruppo di Studio per le Criticità del Management Sanitario Criminologico. Come cureremo l'ampio spettro di pazienti con gravi malattie mentali autori di reato? La Legge n. 81/2014: limiti e problematiche. Riv Psichiatr 2015; 50(3): 103-109

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 57 di 60
---	--------------	--------	---------------

Jourdan S. La responsabilità dello psichiatra per le azioni compiute dal paziente: concetto di prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo. In: Jourdan S, Fornari U (a cura di). La responsabilità del medico in psichiatria. Torino, Centro Scientifico Editore, 1997

O'Rourke M, Wrigley C, Hammond S. Violence within mental health services: how to enhance risk management. (2018) Risk Management and Healthcare Policy, 11 159–167
Camden and Islington NHS Foundation. Trust Clinical Risk Management Policy (2017) - https://www.candi.nhs.uk/sites/default/files/Clinical%20Risk%20Management%20Policy_RM07_%20V8_0.pdf

Tavistock and Portman NHS Foundation Trus. Clinical Risk Assessment Procedure (2017) - <https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/governance/policies-and-procedures/>

Risk Management in Child and Youth Mental Health (2017) - <http://www.excellenceforchildand youth.ca/resource-hub/risk-management-child-and-youth-mental-health>

Royal College of Psychiatrists. Assessment and management of risk to others (2016) - <https://www.rcpsych.ac.uk/members/supporting-you/assessing-and-managing-risk-of-patients-causing-harm>

NICE guideline. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. [NG10] Published date: 28 May 2015 - <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

Butler J. Assessing Risk in Community Mental Health Services (2014) - <http://www.mhtu.co.uk/mhtu-library/res-chapter-assessing-clini.pdf>

Mental health risk assessment matrix (Bristol Royal Infirmary) (2013) - [https://www.rcem.ac.uk/docs/Local%20Guidelines_Audit%20Guidelines%20Protocols/12mi.%20Mental%20health%20risk%20assessment%20matrix%20\(Bristol%20Royal%20Infirmary,%202013\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Local%20Guidelines_Audit%20Guidelines%20Protocols/12mi.%20Mental%20health%20risk%20assessment%20matrix%20(Bristol%20Royal%20Infirmary,%202013).pdf)

Briner M and Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices (2013) BMC Health Services Research, 13:44

K Wittl, R van Dorn and S Fazel. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLOS ONE | Volume 8 Issue 2 February 2013

Wand T. Investigating the Evidence for the Effectiveness of Risk Assessment in Mental Health Care (2012) Issues in Mental Health Nursing, 33:2–7

A Buchanan, M Norko and M Swartz. Resource Document on Psychiatric Violence Risk Assessment. Am J Psychiatry 169:3, March 2012

Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people (2011) - <https://www.guidelinecentral.com/summaries/psychosis-with-coexisting-substance-misuse-assessment-and-management-in-adults-and-young-people/#section-date>

NICE guideline. Self-harm in over 8s: long-term management (2011) - <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/selfharm-in-over-8s-longterm-management-pdf-35109508689349>

NICE guideline. Antisocial personality disorder: prevention and management (2009) - <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77>

Best Practice in Managing Risk. Principles and Evidence for Best Practice in the Assessment and Management of Risk to Self and Others in Mental Health Services (2009) - https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/478595/best-practice-managing-risk-cover-webtagged.pdf

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 58 di 60
---	--------------	--------	---------------

Clinical Risk Management in Mental Health Services (2009) -
<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/riskmanagementinmentalhealth.pdf>

Haque Q, Cree A, Webster C, Hasnie B. Best practice in managing violence and related risks. *Psychiatric Bulletin* (2008), 32, 403-405. doi: 10.1192/pb.bp.108.019927

Evidence Based Mental Health (EBMH). Risk Assessment (2005) -
<https://ebmh.bmj.com/content/ebmental/8/4/91.full.pdf>

FRANCESCO MARGARI,1 ROSANNA MATARAZZO,1 MASSIMO CASACCHIA,2 RITA RONCONE,2 MASSIMILIANO DIECI,3 SIMONA SAFRAN,3 GIOVANNI FIORI,4 LUCIA SIMONI,4 AND THE EPICA STUDY GROUP. Italian validation of MOAS and NOSIE: a useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2005, Volume 14, Number 2, pages 109-118 109 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16175880/>

Paolo Pancheri. *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. S.E.E. Società Editrice Europea (1999)

10.3 RIFERIMENTI NORMATIVI

Piano Sociale Regione 2017-2019. Regione Lazio -
http://www.regione.lazio.it/rl_politichesociali/?vw=contenutidettaglio&id=133

Piano di azioni nazionale per la salute mentale - Ministero della Salute (2016) -
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni

La Formazione per il Governo Clinico. Ministero della Salute (2013) -
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1983_allegato.pdf

Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari - http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=640

Legge 8 marzo 2017, N. 24 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. -
<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>

Legge 30 maggio 2014, n. 81 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. -
<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/05/31/14G00093/sg%20>

Legge 13 maggio 1978, n. 180 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. -
http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg;jsessionid=pzRH9XGsh6svmnGLnfpxCA__ntc-as5-guri2a

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale. -
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=QlsAfjy0iTsDMwpp0KdHIA__ntc-as5-guri2a?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-12-28&atto.codiceRedazionale=078U0833&elenco30giorni=false

Decreto del Commissario ad Acta 14 novembre 2019, n. U00469 Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo" -
http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/SAN_DCA_U00469_14_11_2019.pdf

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 59 di 60
---	--------------	--------	---------------

Determina Regionale n. G06331 del 18.05.2018 e successiva Determina Regionale n. G10096 del 06.08.2018 - "Protocollo d'Intesa relativo alle procedure per il trasporto e gli interventi di soccorso primario sanitario in condizioni di emergenza/urgenza di persone con patologia psichiatrica - <http://www.regioni.it/dalleregioni/2018/05/25/lazio-salute-mentale-damato-protocollo-con-ares-118-per-migliorare-gestione-interventi-563262/>

Deliberazione Giunta Regionale 2 marzo 2018, n. 149 Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2 - http://www.distrettosociosanitariolt.it/areariservata/bodbcms/uploads/documenti/atti/anno%202018/DGR149_2018.pdf

Decreto del Commissario ad Acta (DCA) 17 marzo 2017, n. U00094 - Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità", sancito dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre 2014. - http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/SAN_DCA_U00094_17_03_2017.pdf

Decreto del Commissario ad Acta 13 gennaio 2015, n. U00013 "Riorganizzazione della rete dei servizi per le patologie da dipendenza e per i comportamenti di addiction" - http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/DCA_U00013_13_01_15_Riorganizzazione_rete_servizi_x_patologie_da_dipendenza_e_comportamenti_addiction.pdf

Decreto del Commissario ad Acta (DCA) 14 maggio 2015, n. U00188 - Modifica ed integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 9 dicembre: "Revoca parziale, contestuale sostituzione e/o integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. U0048/2009 "Integrazione e modifica dei requisiti di cui alla D.G.R. 424/2006" (ALL.1); "Ridefinizione dell'offerta complessiva di posti letto nelle Case di Cura Neuropsichiatriche e valorizzazione delle nuove tariffe"(ALL.2)". Nuove disposizioni al fine di uniformare standard organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche. - <https://www.regione.lazio.it/servizi/sipc/doc/dca188.pdf>

Decreto del Commissario ad Acta (DCA) 28 maggio 2015 n. U00214 (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito delle patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction" - http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/SAN_DCA_U00214_28_maggio_2015_Requisiti_minimi_autorizzativi_strutturali_tecnologici_ed_organizzativi_x_esercizio_attivit_sanitarie_e_sociosani.pdf

Decreto regionale 14 febbraio 2014 n. 40 Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della "Casa della Salute" (Lazio, BUR 25 febbraio 2014, n. 16) - <http://www.grusol.it/informazioni/07-03-14.PDF>

TITOLO: PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (RISK OBSERVATION MEASUREMENT ASSESSMENT)	PRO 18 DSM 5	Rev. 1	Pag. 60 di 60
---	--------------	--------	---------------