

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.



**Front-office - Percorso di Accoglienza/Triage** (due operatori: vedi Procedure R.O.M.A. 1.2)**Back-office - Percorso di Valutazione** (due operatori: vedi Procedure R.O.M.A. 1.2)**Condizione Grave**

Tutte le **diagnosi** ICD-IX elencate in **Tab. 2** e/o **Autore di Reato** (criteri indipendenti e sufficienti per la definizione di "condizione GRAVE")

- codice ICD-IX: 295.x - 296.x - 297.x - 298.x - 301.x
- diagnosi PIPSM - diagnosi UOC Dipendenze

**Presenza di VGF  $\leq 50$  e almeno una** delle seguenti condizioni:

- Rischio Aggressività/Violenza "da MODERATO a GRAVE"
- Rischio Suicidario "da MODERATO a GRAVE"
- Rischio Vulnerabilità S.A. "da MODERATO a GRAVE"

**RISCHIO GRAVE / MODERATO**

**Complessa**

**Presenza delle seguenti condizioni:**

- VGF  $\leq 50$  in assenza di altri indicatori di complessità di grado moderato-grave oppure VGF tra 51 e 100
- Rischio Aggressività/Violenza "da ASSENTE a LIEVE"
- Rischio Suicidario "da ASSENTE a LIEVE"
- Rischio Vulnerabilità S.A. "da ASSENTE a LIEVE"

**RISCHIO LIEVE / ASSENTE**

**Non Complessa****Presa in Carico**

**Equipe Multiprofessionale** (quattro operatori - della dirigenza e del comparto - con diversa competenza professionale) + **Case Manager** (un operatore del Comparto) (vedi Procedure)

**Equipe Multiprofessionale** (almeno due operatori - uno della dirigenza ed uno del comparto - con diversa competenza professionale) (vedi Procedure)

**Condizione Ordinaria**

Tutte le **diagnosi** ICD-IX ad eccezione delle diagnosi elencate in **Tab. 2** (criterio sufficiente per la definizione di "condizione ORDINARIA")

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

- VGF tra 51 e 60
- Rischio Aggressività/Violenza "MODERATO"
- Rischio Suicidario "MODERATO"
- Rischio Vulnerabilità S.A. "MODERATO"

**RISCHIO MODERATO**

**Assunzione in Cura**

**Care Coordinator** (un operatore della Dirigenza; collaborazione con altri operatori se necessario)  
durata del trattamento: fino a 12 mesi (vedi Procedure)

**Presenza di tutte le** seguenti condizioni:

- VGF tra 61 e 100
- Rischio Aggressività/Violenza "LIEVE / ASSENTE"
- Rischio Suicidario "LIEVE / ASSENTE"
- Rischio Vulnerabilità S.A. "LIEVE / ASSENTE"

**RISCHIO LIEVE / ASSENTE**

**Collaborazione / Consulenza**

**Care Coordinator** (un operatore della Dirigenza; collaborazione con altri operatori se necessario)  
durata del trattamento: fino a 3 mesi (vedi Procedure)

**Percorso di Gestione** (dopo assegnazione del caso nella riunione di servizio: vedi Procedure R.O.M.A. 1.2)**Presa in Carico**

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:

- Punteggio VGF  $\leq 50$
- Rischio Aggressività/Violenza "GRAVE / MODERATO"
- Rischio Suicidario "GRAVE / MODERATO"
- Rischio Vulnerabilità socio-ambientale "GRAVE / MODERATO"
- Autore di Reato** (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.1)

**RISCHIO LIEVE / ASSENTE**

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 **almeno una** (**Condizione Grave Non Complessa**) o **almeno due** (**Condizione Grave Complessa**) delle seguenti condizioni:

- Punteggio VGF  $\leq 50$  e almeno una delle seguenti condizioni:
- Rischio Aggressività/Violenza "GRAVE"
- Rischio Suicidario "GRAVE"
- Rischio Vulnerabilità socio-ambientale "GRAVE"
- Autore di Reato** (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.2)

**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 e gravità alle precedenti schematizzazioni deve essere risolta usando il ragionamento clinico.

VALUTAZIONE DEL <u>LIVELLO DI RISCHIO</u>	Scheda VGF Scheda RAV Scheda RS Scheda RVSA	AZIONI DA INTRAPRENDERE
--	--	-------------------------

LIVELLO <u>LIEVE</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il caso può essere discusso nella riunione settimanale del STSM</li> <li>✓ Se gestito secondo il <i>Modello Care Coordinator</i> (un solo operatore della dirigenza) – Condizione Ordinaria</li> <li>✓ Se gestito secondo il <i>Modello Equipe Multiprofessionale</i> (almeno due operatori con diversa competenza professionale) – Condizione Grave non Complessa <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si continua a monitorare la condizione valutando di volta in volta l'opportunità di implementare l'equipe con altri uno o due operatori</li> <li>- Il PIC viene integrato con un PGRC (piano gestione rischio clinico) definito con paziente e familiari/caregivers</li> </ul> </li> </ul>
-------------------------	---

LIVELLO <u>MODERATO</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il caso può essere discusso nella riunione settimanale del STSM</li> <li>✓ Se gestito secondo il <i>Modello Care Coordinator</i> (un solo operatore della dirigenza) – Condizione Ordinaria <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si implementa l'equipe con altri uno o due operatori</li> <li>- Il PIC-T viene integrato con un PGRC (piano gestione rischio clinico) definito con paziente e familiari/caregivers</li> </ul> </li> <li>✓ Se gestito secondo il <i>Modello Equipe Multiprofessionale</i> (almeno due operatori con diversa competenza professionale) – Condizione Grave non Complessa <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si implementa l'equipe con altri uno o due operatori ed si individua un operatore <i>Case Manager</i></li> <li>- Il PIC-M viene integrato con un PGRC (progetto gestione rischio clinico) definito con paziente e familiari/caregivers</li> </ul> </li> </ul>
----------------------------	--

LIVELLO <u>GRAVE</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il caso viene discusso nella riunione settimanale del STSM</li> <li>✓ Se gestito secondo il <i>Modello Care Coordinator</i> (un solo operatore della dirigenza) – Condizione Ordinaria</li> <li>✓ Se gestito secondo il <i>Modello Equipe Multiprofessionale</i> (almeno due operatori con diversa competenza professionale) – Condizione Grave non Complessa <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si implementa l'equipe con altri uno o due operatori ed individuato un operatore <i>Case Manager</i></li> <li>- Il PIC viene integrato con un PGRC (piano gestione rischio clinico) definito con paziente e familiari/caregivers</li> <li>- <i>Valutazione RAV implementato con somministrazione di HCR-20 e PCL-R (se disponibile)</i></li> <li>- <i>Valutazione RS implementato con somministrazione di Columbia-SSRS (se disponibile)</i></li> <li>- Il PGRC viene discusso nella riunione settimanale del STSM per una valutazione clinica allargata multiprofessionale</li> </ul> </li> </ul>
-------------------------	--

**N.B.:** nella **Valutazione del Livello di Gravità** le Schede Standardizzate per la valutazione delle principali aree di rischio clinico sono uno strumento di ausilio per la formulazione del **Giudizio Clinico e Multiprofessionale** senza mai sostituirlo.



## CONDIZIONE GRAVE ("Non Complessa" e "Complessa")

### PRESA IN CARICO

Tutte le diagnosi ICD-IX elencate in Tab. 2 (vedi Procedure R.O.M.A. 1.2)  
(criterio sufficiente alla definizione di "condizione GRAVE")

**Codice ICD-IX:** 295.x – 296.x – 297.x – 298.x – 301.x – Diagnosi PIPSM – Diagnosi UOC Dipendenze

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

NOTA: sintesi diagnosi psichiatriche incluse in Tab. 2

### 1. CONDIZIONE GRAVE COMPLESSA

**MODELLO "CASE MANAGER"** (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" e/o
- Autore di Reato (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.2)

Qualora la o le condizioni che hanno determinato la valutazione di CONDIZIONE COMPLESSA migliorino **stabilmente** per un periodo significativo, 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  $\leq 50$  se 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 "LIEVE / ASSENTE"
- Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto PRESENTE e di grado "LIEVE / ASSENTE"
- Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (Scheda VSA): ritenuto PRESENTE e di grado "LIEVE / ASSENTE"

Qualora la o le condizioni che hanno determinato la valutazione di CONDIZIONE 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. 22) - 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:

- 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"
- Autore di Reato (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.23)

**RISCHIO LIEVE / ASSENTE**

l'équipe può considerare di applicare il **Modello "Care Coordinator"** monitorando il caso come condizioni ORDINARIA

## CONDIZIONE ORDINARIA - cosiddetti "Disturbi Emotivi Comuni (DEC)"

### ASSUNZIONE IN CURA

#### COLLABORAZIONE/CONSULENZA

Tutte le diagnosi ICD-IX ad eccezione delle diagnosi elencate in Tab. 2 (vedi Procedure R.O.M.A. 1.2) (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 "LIEVE / ASSENTE"
- c. Rischio Suicidario (Scheda RS): ritenuto "LIEVE / ASSENTE"
- d. Rischio Vulnerabilità socio-ambientale (Scheda VSA) ritenuto "LIEVE / ASSENTE"

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

#### 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 (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. 22) - sia durante il percorso di **Valutazione** che di **Gestione** - è presente **almeno una (Condizione Grave Non Complessa) o almeno due (Condizione Grave Complessa)** delle seguenti condizioni:

Punteggio VGF  $\leq 50$  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"
- e/o
- d. Autore di Reato (vedi Modulo 06 Procedure R.O.M.A. 1.2)

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")



## 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)
3. Inserimento in gruppo "CONSULENZA"

2. **Accoglienza Prolungata** (3 colloqui):

- 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 Aggressività/Violenza
- Rischio Suicidario
- Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale
- Paziente Autore di Reato

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 RS** (Rischio Suicidario)
- **Scheda RAV** (Rischio Aggressività/Violenza)
- **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 Socio/Ambientale "GRAVE"

### C - Presa in Carico



#### Equipe

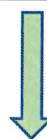
(almeno due operatori con diversa competenza professionale)



### Condizione Ordinaria

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

"**Condizione Grave**" (vedi accanto)



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

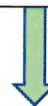
- a. VGF  $51 > \leq 60$
- b. Rischio Aggressività / Violenza "MODERATO"
- c. Rischio Suicidario "MODERATO"
- d. Rischio VSA "MODERATO"

**RISCHIO MODERATO**

### B - Assunzione in Cura



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:

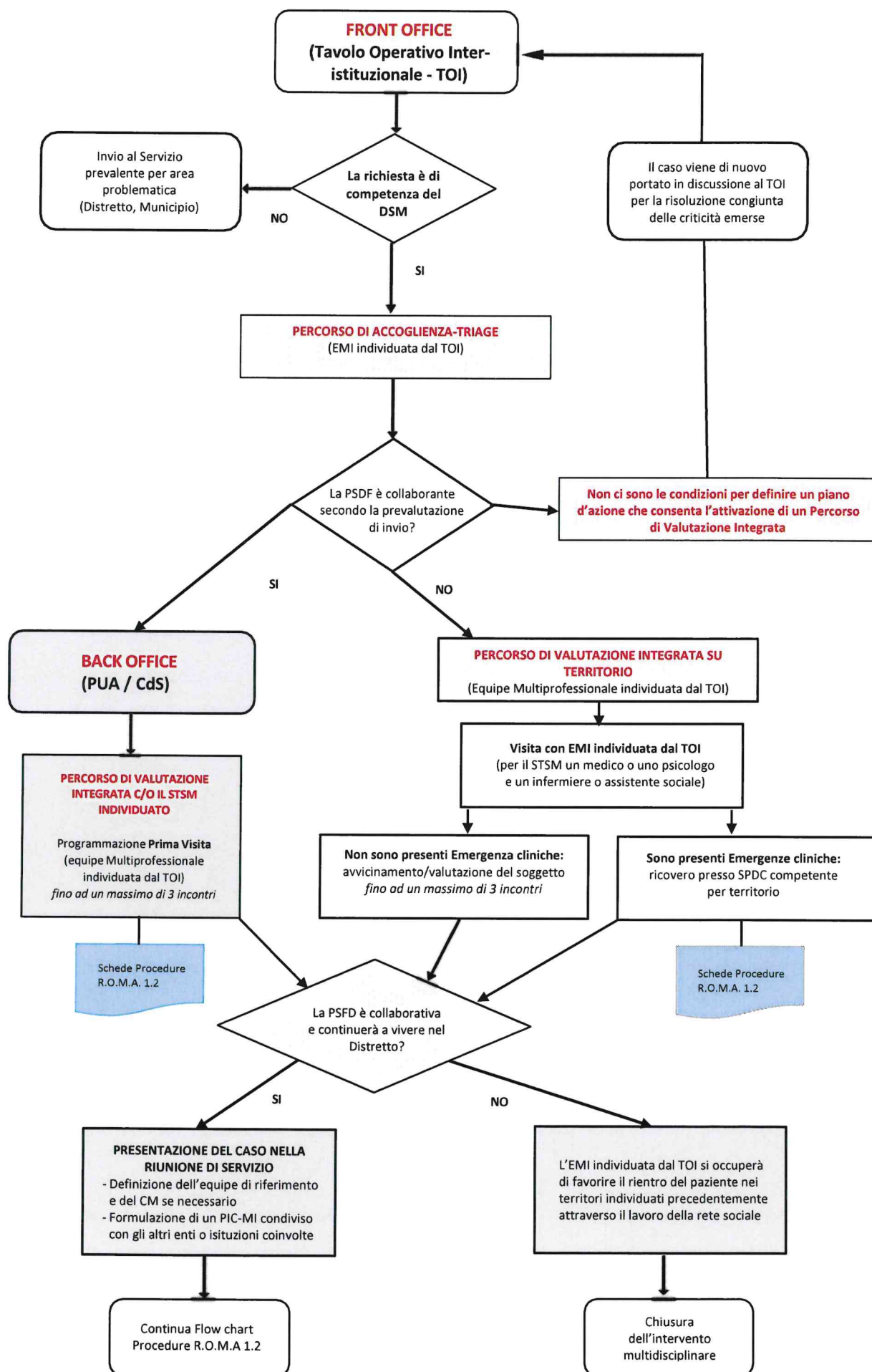
- Punteggio VGF  $\leq 50$  e almeno uno dei seguenti indicatori di complessità:
- Rischio Aggressività/Violenza "GRAVE"
- Rischio Suicidario "GRAVE"
- Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale "GRAVE"

**RISCHIO GRAVE**



**Presa 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.





## Scheda Unica **Accoglienza/Triage**

**RICHIESTA**                      **Per sé stesso** ☐                      **Per un familiare** ☐                      **Per altri** ☐

**NOME e COGNOME**

---

**Luogo e Data di nascita**

---

**Cittadinanza**

---

**Residenza**

---

**Domicilio**

---

**Inviante**

---

**MMG**

---

**Prima richiesta**      **SI** ☐      **NO** ☐

**Presso questo CSM**      **SI** ☐      **NO** ☐

---

**Titolo di studio**

---

**Occupazione**

---

**Stato civile**

---

**Telefono**

---

**Composizione nucleo familiare e Condizione abitativa**

**Altre informazioni anagrafiche**

<b>ÉQUIPE di ACCOGLIENZA/TRIAGE (EdAT)</b>	<b>Data:</b>
<b>NOME e COGNOME</b>	<b>Competenza Professionale</b>

**PRINCIPALI INFORMAZIONI ANAMNESTICHE**

<p><b>1. Qual è il motivo della richiesta attuale e come si presenta il problema attuale?</b> (ad es.: quali sono i sintomi attuali? sa quanto tempo sono presenti? durata e intensità?)</p>
<p><b>2. Ha mai avuto problemi analoghi in passato?</b>    <b>SI</b> <input type="checkbox"/>    <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se SI indagare quale esito hanno avuto (ad es. da chi si è rivolto? ha assunto terapia farmacologiche? Ha seguito una psicoterapia?)</p>
<p><b>3. Ci sono terapie farmacologiche o psicoterapie o altri tipo di intervento in corso?</b>    <b>SI</b> <input type="checkbox"/>    <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(ad es.: da quanto tempo? con regolarità? sono efficaci? chi le ha prescritte?)</p>
<p><b>4. Ci sono altre patologie mediche e/o terapie non psichiatriche in corso?</b>    <b>SI</b> <input type="checkbox"/>    <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(se possibile, eseguire anche un breve screening per le principali malattie trasmissibili, ad. es.: HIV, HBV, HCV, MST, TBC; chiedere di portare all'appuntamento di Prima Valutazione eventuale documentazione clinica o referti di esami diagnostici eseguiti per le patologie riferite)</p>
<p><b>5. Com'è il rapporto con la famiglia, sul lavoro e/o gli altri in generale?</b> (ad es.: presente o assente? sereno o problematico? soddisfacente o deludente?)</p>
<p><b>6. Sono problemi legali attualmente o in passato?</b>    <b>SI</b> <input type="checkbox"/>    <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>(ad es.: procedimenti penali; di che tipo? quale è stato l'esito?)</p>
<p><b>7. È presente attualmente o in passato uso di sostanze o altri comportamenti di addiction o dipendenza?</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/>    <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Se SI indagare sia "da sostanza" che "da non sostanza"; ad es.: da chi si è rivolto? che tipo di terapia segue o ha seguito? con quale risultato? è motivato a discutere del problema o a farsi seguire da un centro specialistico?</p>



<p>8. Sono presenti attualmente o in passato comportamenti anomali nei confronti del cibo con cambiamenti nel comportamento e nelle abitudini alimentari? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se SI indagare: che tipo di terapia segue o ha seguito e con quale risultato; se il/la paziente è motivato/a a discutere del problema o a farsi seguire da un centro specialistico</p>
<p>9. È stato seguito oppure lo è attualmente dal TSMREE e/o dal Servizio Disabili Adulti?</p> <p>Se SI indagare in quale Servizio del DSM e se ha ricevuto una certificazione</p>
<p>10. Nel corso dello sviluppo ha avuto difficoltà in ambito sociale, scolastico e/o lavorativo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se SI indagare che tipo di trattamento segue o ha seguito e con quali risultati</p>
<p>11. Cosa si aspetta l'utente dal nostro Servizio?</p>
<p>Altre informazioni anamnestiche (incluse note, osservazioni, impressioni dell'équipe di Accoglienza/Triage)</p>

#### ESITO del TRIAGE

Condizione di Emergenza	Condizione di Urgenza	Condizione Ordinaria
-------------------------	-----------------------	----------------------

ÉQUIPE di PRONTA DIPONIBILITA' (EdPD)	
NOME e COGNOME	Competenza Professionale

#### Primo Appuntamento di Valutazione

STSM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

ÉQUIPE di VALUTAZIONE (EdV)	
NOME e COGNOME	Competenza Professionale

## PIANO INDIVIDUALIZZATO di CURA – Territoriale (PIC-T)

Collaborazione/Consulenza

Assunzione in Cura

UOC \_\_\_\_\_ STSM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ n. cartella \_\_\_\_\_

Collaborazione/Consulenza

MMG dr./ssa

Altro

### Codice diagnosi ICD-IX:

Scheda VGF	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio: _____
Scheda RAV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio: _____
Scheda RS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	grado: _____
Scheda RVSA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	grado: _____

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

1. PIC 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



## PIANO INDIVIDUALIZZATO di CURA – Multidisciplinare (PIC-M)

Presa in Carico \_\_\_\_\_ condivide con altro STSM: \_\_\_\_\_

UOC \_\_\_\_\_ STSM \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ n. cartella \_\_\_\_\_

### Codice diagnosi ICD-IX:

Scheda VGF	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio: _____
Scheda RAV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio: _____
Scheda RS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	grado: _____
Scheda RVSA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	grado: _____

### **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 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

## PIANO INDIVIDUALIZZATO di CURA – Multidisciplinare (PIC-M)

Presa in Carico \_\_\_\_\_ condivide con il STSM: \_\_\_\_\_

UOC SPDC \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ n. cartella \_\_\_\_\_

### Codice diagnosi ICD-IX:

Scheda VGF	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio: _____
Scheda RAV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio: _____
Scheda RVSA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	grado: _____
Scheda BPRS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> non valutabile	punteggio totale: _____

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

1. STSM di competenza e composizione dell'équipe e Case Manager (per le Condizioni Gravi Complesse)
2. PIC 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





Diagnosi ICD-IX		
Paziente:	Codice:	Data:

Scheda VGF - Valutazione Globale del Funzionamento	
	Punteggio:

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico *continuum* salute-malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche (o ambientali).

**Codice:** usare codici intermedi ove necessario (per es.: 45, 68, 72)

**100 ... 91** - Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.

**90 ... 81** - Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali coi membri della famiglia).

**80 ... 71** - Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).

**70 ... 61** - Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.

**60 ... 51** - Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).

**50 ... 41** - Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).

**40 ... 31** - Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).

**30 ... 21** - Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio). Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).

**20 ... 11** - Qualche pericolo di far del male a sé stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniacale). Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutacico).

**10 ... 1** - Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). Oppure persistente incapacità di mantenere la igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.

**0** - Informazioni inadeguate

**Note:** la valutazione del funzionamento psicologico complessivo su una scala da 0 a 100 fu messa in pratica da Luborsky nella Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L. *Clinicians' Judgments of Mental Health*. Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962); Spitzer et al. elaborarono una revisione della Health-Sickness Rating Scale chiamata Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. *The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance*. Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976); nel DSM-III-R venne inclusa una versione modificata della GAS: la Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

**Scheda RAV - Rischio Aggressività / Violenza**

FATTORI DI RISCHIO (per comportamenti aggressivi e violenti)	SI = 2	N.V. = 1	NO = 0
<b>STATICI</b> ( <i>considerare l'intero arco di vita</i> )			
1. Precedenti penali: autore di reato violento			
2. Precedenti penali: autore di reato non violento			
3. Precedenti comportamenti di violenza fisica / storia di violenta vittimizzazione			
4. Esordio tardivo di un disturbo psicotico			
5. Disturbo di personalità (paranoide, schizoide, esplosivo, istrionico, narcisista, borderline, antisociale)			
<b>DINAMICI</b> ( <i>considerare gli ultimi 3 mesi</i> )			
1. Comportamento impulsivo / ostile / sospettosità / assenza di <i>insight</i>			
2. Recente uso/abuso di sostanze e/o alcool ( <i>N.B.: considerare gli ultimi 12 mesi</i> )			
3. Presenza di sintomi psicotici positivi (es.: deliri persecutori, minaccia, controllo)			
4. Non aderenza alla terapia (farmacologica e/o psicologica)			
5. Presenza di una urgenza/emergenza clinica psichiatrica			
<b>Punteggio totale =</b>			

+

<b>COMPORTAMENTO</b> (Scala M.O.A.S. - Modified Overt Aggression Scale) - <i>considerare gli ultimi 3 mesi</i>	
<b>Aggressività VERBALE</b> - moltiplicare il punteggio scelto x 1	<b>Punteggio corretto =</b>
0 – assente	
1 – fa grandi schiamazzi, grida in modo irato	
2 – grida insulti personali lievi (es.: “sei stupido”)	
3 – impreca in maniera rabbiosa (linguaggio osceno, minacce non particolarmente serie verso sé stesso o altri)	
4 – fa serie minacce di violenza verso gli altri (es.: “ti uccido”) o chiede di essere aiutato a controllarsi	
<b>Aggressività FISICA CONTRO OGGETTI</b> - moltiplicare il punteggio scelto x 2	<b>Punteggio corretto =</b>
0 – assente	
1 – sbatte al porta, butta all'aria i vestiti, crea disordine	
2 – getta a terra gli oggetti, prende a calcio i mobili senza romperli, sporca i muri	
3 – rompe gli oggetti, manda in frantumi le finestre	
4 – appicca il fuoco, scaglia oggetti in modo pericoloso	
<b>Aggressività FISICA AUTODIRETTA</b> - moltiplicare il punteggio scelto x 3	<b>Punteggio corretto =</b>
0 – assente	
1 – si gratta o si graffia, si picchia, si strappa i capelli (senza o solo con minime lesioni)	
2 – sbatte la testa, colpisce gli oggetti i pugni, si butta a terra o contro gli oggetti (si ferisce senza gravi danni)	
3 – piccoli danni o ammaccature, lievi bruciature	
4 – si morde a sangue; si provoca mutilazioni, tagli profondi, fratture, danni interni, perdita di coscienza	
<b>Aggressività FISICA CONTRO LE ALTRE PERSONE</b> - moltiplicare il punteggio scelto x 4	<b>Punteggio corretto =</b>
0 – assente	
1 – fa gesti minacciosi, agita i pugni verso gli altri, agguanta gli altri per i vestiti	
2 – percuote, tira calci, spintona, tira i capelli (senza fare danni)	
3 – aggredisce gli altri provocando loro danni fisici moderato/lievi (ammaccature, distorsioni, lividi)	
4 – aggredisce gli altri provocando loro gravi danni fisici (fratture, ferite profonde, danni interni)	
<b>Punteggio totale =</b>	

+

<b>PUNTEGGIO TOTALE SCHEDA RAV</b>	
Riportare la SOMMA di Punteggio totale FATTORI DI RISCHIO + Punteggio totale COMPORTAMENTO	
<i>cut-off</i>	<b>Rischio</b>
0	Assente
da 1 a 10	Lieve
da 11 a 20	Moderato
Da 21 a 50	Grave



## Scheda RS - Rischio Suicidario

### GUIDA AL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

Non tutti i pazienti riescono a esprimere spontaneamente ideazione suicidaria, ma il 70 % di loro comunica dette intenzioni a persone per lui significativa. Chiedere ai pazienti direttamente e cercare elementi di garanzia e informazioni da parte di familiari, amici, polizia, e altri. Il modo in cui vengono poste le domande può orientare le risposte del paziente. Per avere la probabilità di ottenere risposte veritiere, occorre utilizzare un approccio non giudicante e non condiscendente, ma di adeguata oggettività. Queste domande facilitano il paziente a parlare di un argomento molto difficile. Raccomandazione: continuare sempre con le domande successive.

**N.B.:** queste domande rappresentano un approccio efficace per discutere l'ideazione suicidaria e la storia del tentativo di suicidio; non sono un protocollo di screening formalizzato.

MINI – QUESTIONARIO A SEI DOMANDE	
<b>Durante il mese scorso ha:</b> 1. mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo? 2. voluto farsi del male? 3. pensato al suicidio? 4. pensato a come suicidarsi? 5. messo in atto un tentativo di suicidio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Nel corso della sua vita:</b> 6. ha mai messo in atto un tentativo di suicidio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<b>Livello di gravità dell'ideazione suicidaria</b> <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> risposta alla domanda 1 o 2 o 6 = SI: Lieve  <input type="checkbox"/> risposta alla domanda 2 o (2+6) = SI: Moderata  <input type="checkbox"/> risposta alla domanda 4 o 5 o (3+6) = SI: Grave           </div>	

MINI - Da: Procedura n° 4; Prevenzione del Suicidio del Paziente in Ospedale (Rev. 3 del 31/12/2020) (Allegato 1). Regione Lazio - ASL Roma 1 - Dipartimento dello Sviluppo Organizzativo - UOC Sicurezza Qualità e Risk Management (modificato)

#### Quando l'ideazione suicidaria è presente gli operatori dovrebbero ulteriormente valutare:

- la frequenza, l'intensità e la durata dei pensieri
- l'esistenza di un piano e se sono state adottate fasi preparatorie  
(ad esempio, "Quanto vuole davvero morire?" e "Come vuole mettere in atto i suoi pensieri/piani?")

<b>Valutazione Clinica del Rischio Suicidario</b> (sulla base delle informazioni disponibili al momento della valutazione)			
<input type="checkbox"/> ASSENTE	<input type="checkbox"/> LIEVE	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> GRAVE
<b>Osservazioni dell'equipe:</b>			



## Scheda RVSA – Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale

### Aree di rischio **danno verso sé** (considerare gli ultimi 3 mesi)

- Ripetuti comportamenti potenzialmente pericolosi sia dentro che fuori casa (ad es.: frequenti distrazioni pericolose in casa; guida irresponsabile; cadute ripetute sospette; incendi di natura incerta)
- Trascuratezza di sé, abitudini alimentari inadeguate, scarsa cura della propria salute fisica (ad es.: non si reca dal MMG o non esegue controlli medici; non assume in modo adeguato le terapie mediche prescritte)

### Aree di rischio **danno da parte di circostanze esterne o da parte di altri** (considerare gli ultimi 3 mesi)

- È comprensibilmente spaventato/a da qualcuno/a, non si sente sicuro/a nel proprio contesto di vita, è evidentemente trascurato/a da parte di chi dovrebbe prendersene cura.
- Rischio di danno fisico, violenza sessuale, sfruttamento.
- Abuso emotivo o psicologico, (ad es.: bullismo o commenti abusanti).
- Abuso finanziario da parte di altri (ad es.: personale accudente, familiari, altri).
- Rischio di restrizioni illegali (ad es.: costretto a vivere chiuso/a a chiave contro la propria volontà; non è autorizzato/a ad uscire; altre forme di controllo contro la propria volontà o coercizione da parte di altri).
- Compromissione della condizione economica (ad es.: situazione debitoria; perdita di ingenti somme; perdita del sostegno economico familiare; perdita dell'abitazione, sfratto o pignoramento)
- Compromissione della condizione lavorativa (ad es.: perdita del lavoro; disoccupazione; inoccupazione; inabilità lavorativa).
- Compromissione della rete familiare (ad es.: separazione; allontanamento o perdita di un convivente; perdita di uno o più familiari o *caregivers*).
- Compromissione della rete sociale (ad es.: mancanza di una rete amicale o di vicinato di sostegno; barbonismo, isolamento o discriminazione)

**N.B.:** per la valutazione delle Aree di rischio **danno verso altri** (ultimi 3 mesi) utilizzare la Scheda RAV (Rischio Aggressività / Violenza - indicatori di rischio statici e dinamici + MOAS)

### VALUTAZIONE GLOBALE DEL RISCHIO

(sulla base delle informazioni disponibili al momento della valutazione e dell'esperienza clinica del Care Coordinator o degli operatori dell'équipe multiprofessionale per le Aree di Rischio riportate)

☐ ASSENTE

☐ LIEVE

☐ MODERATO

☐ GRAVE

Osservazioni dell'équipe:

<b>6</b>	<b>SCL-90-R - Symptom Checklist-90-Revised</b>	
Paziente:		Data:

**ISTRUZIONI:** Nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. La legga attentamente e cerchi di ricordare se ne ha sofferto NELL'ULTIMA SETTIMANA, OGGI COMPRESO, e con quale intensità tenendo conto che:

**0** = Per niente    **1** = Un poco    **2** = Moderatamente    **3** = Molto    **4** = Moltissimo

metta una crocetta sul numero corrispondente all'intensità del disturbo, senza saltarne nessuno

### QUANTO HA SOFFERTO DI:

01. Mal di testa .....	0	1	2	3	4
02. Nervosismo o agitazione interna.....	0	1	2	3	4
03. Pensieri spiacevoli che non si riesce a scacciare .....	0	1	2	3	4
04. Sensazione di svenimento o di vertigini .....	0	1	2	3	4
05. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale .....	0	1	2	3	4
06. Tendenza a criticare gli altri .....	0	1	2	3	4
07. Idea che qualcuno possa controllare i suoi pensieri .....	0	1	2	3	4
08. Sensazione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi .....	0	1	2	3	4
09. Difficoltà a ricordare le cose .....	0	1	2	3	4
10. Preoccupazione per la sua negligenza o trascuratezza .....	0	1	2	3	4
11. Sentirsi facilmente infastidito o irritato .....	0	1	2	3	4
12. Dolori al cuore o al petto .....	0	1	2	3	4
13. Paura degli spazi aperti o delle strade .....	0	1	2	3	4
14. Sentirsi debole o fiacco .....	0	1	2	3	4
15. Idee di togliersi la vita .....	0	1	2	3	4
16. Udire voci che le altre persone non sentono .....	0	1	2	3	4
17. Tremori .....	0	1	2	3	4
18. Mancanza di fiducia negli altri .....	0	1	2	3	4
19. Scarso appetito .....	0	1	2	3	4
20. Facili crisi di pianto .....	0	1	2	3	4
21. Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso .....	0	1	2	3	4
22. Sensazione di essere preso in trappola .....	0	1	2	3	4
23. Paure improvvise senza ragione .....	0	1	2	3	4
24. Scatti d'ira incontrollabili .....	0	1	2	3	4
25. Paura di uscire da solo .....	0	1	2	3	4
26. Rimproverarsi per qualsiasi cosa .....	0	1	2	3	4
27. Dolori alla schiena .....	0	1	2	3	4
28. Sensi di incapacità a portare a termine le cose .....	0	1	2	3	4
29. Sentirsi solo .....	0	1	2	3	4
30. Sentirsi giù di morale .....	0	1	2	3	4
31. Preoccuparsi troppo per qualunque cosa .....	0	1	2	3	4
32. Mancanza di interessi .....	0	1	2	3	4
33. Senso di paura .....	0	1	2	3	4
34. Sentirsi facilmente ferito o offeso .....	0	1	2	3	4
35. Idea che gli altri percepiscano i suoi pensieri .....	0	1	2	3	4
36. Sensazione di non trovare comprensione e simpatia .....	0	1	2	3	4
37. Sensazione che gli altri non li siano amici o l'abbiano in antipatia.....	0	1	2	3	4
38. Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro di farle bene.....	0	1	2	3	4
39. Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola .....	0	1	2	3	4
40. Senso di nausea o mal di stomaco .....	0	1	2	3	4
41. Sentimenti di inferiorità .....	0	1	2	3	4
42. Dolori muscolari .....	0	1	2	3	4
43. Sensazione che gli altri la guardino o parlino di lei .....	0	1	2	3	4
44. Difficoltà ad addormentarsi .....	0	1	2	3	4



45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fa .....	0	1	2	3	4
46. Difficoltà a prendere decisioni .....	0	1	2	3	4
47. Paura di viaggiare in autobus, in treno o nella metropolitana .....	0	1	2	3	4
48. Sentirsi senza fiato .....	0	1	2	3	4
49. Vampate di calore o brividi di freddo .....	0	1	2	3	4
50. Necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché spaventano.....	0	1	2	3	4
51. Senso di vuoto mentale .....	0	1	2	3	4
52. Intorpidimento o formicolio in qualche parte del corpo .....	0	1	2	3	4
53. Nodo alla gola .....	0	1	2	3	4
54. Guardare al futuro senza speranza .....	0	1	2	3	4
55. Difficoltà a concentrarti .....	0	1	2	3	4
56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo .....	0	1	2	3	4
57. Sentirsi teso e sulle spine .....	0	1	2	3	4
58. Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe .....	0	1	2	3	4
59. Pensieri di morte o di morire .....	0	1	2	3	4
60. Mangiare troppo .....	0	1	2	3	4
61. Senso di fastidio quando la gente la guarda o parla di lei .....	0	1	2	3	4
62. Avere pensieri che non sono suoi .....	0	1	2	3	4
63. Sentire l'impulso di colpire, di ferire o di fare del male a qualcuno.....	0	1	2	3	4
64. Svegliarsi presto al mattino (senza riuscire a riaddormentarsi) .....	0	1	2	3	4
65. Aver bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare, lavarsi le mani.....	0	1	2	3	4
66. Sonno inquieto o disturbato .....	0	1	2	3	4
67. Sentire l'impulso di rompere gli oggetti .....	0	1	2	3	4
68. Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono .....	0	1	2	3	4
69. Sentirsi molto imbarazzato in presenza di altri .....	0	1	2	3	4
70. Sensazione di disagio fra la folla, come nei negozi o al cinema .....	0	1	2	3	4
71. Sensazione che tutto richiede uno sforzo .....	0	1	2	3	4
72. Momenti di terrore o di panico .....	0	1	2	3	4
73. Sentirsi a disagio quando mangia o beve in presenza degli altri .....	0	1	2	3	4
74. Ingaggiare frequenti discussioni .....	0	1	2	3	4
75. Sentirsi a disagio quando è solo .....	0	1	2	3	4
76. Idea che gli altri non apprezzino il suo lavoro .....	0	1	2	3	4
77. Sentirsi solo anche in compagnia .....	0	1	2	3	4
78. Senso di irrequietezza tanto da non poter star seduto.....	0	1	2	3	4
79. Sentimenti di inutilità .....	0	1	2	3	4
80. Sensazione che sta per succederle qualcosa di brutto .....	0	1	2	3	4
81. Urlare o scagliare oggetti .....	0	1	2	3	4
82. Aver paura di svenire davanti agli altri .....	0	1	2	3	4
83. Impressione che gli altri possano approfittare di lei o delle sue azioni .....	0	1	2	3	4
84. Pensieri sul sesso che la affliggono .....	0	1	2	3	4
85. Idea di dovere scontare i propri peccati .....	0	1	2	3	4
86. Pensieri o immagini che fanno paura .....	0	1	2	3	4
87. Pensiero di avere una grave malattia .....	0	1	2	3	4
88. Non sentirsi mai vicino agli altri .....	0	1	2	3	4
89. Sentirsi in colpa .....	0	1	2	3	4
90. Idea che qualcosa non vada bene nella sua mente.....	0	1	2	3	4

**Osservazioni dell'equipe:**





Paziente:	Data:
<b>Analisi Swot</b>	



ALLEGATO B



**ANALISI SWOT**

	Punti di forza	Punti di debolezza
Fattori interni		
	Opportunità	Minacce
Fattori esterni		

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

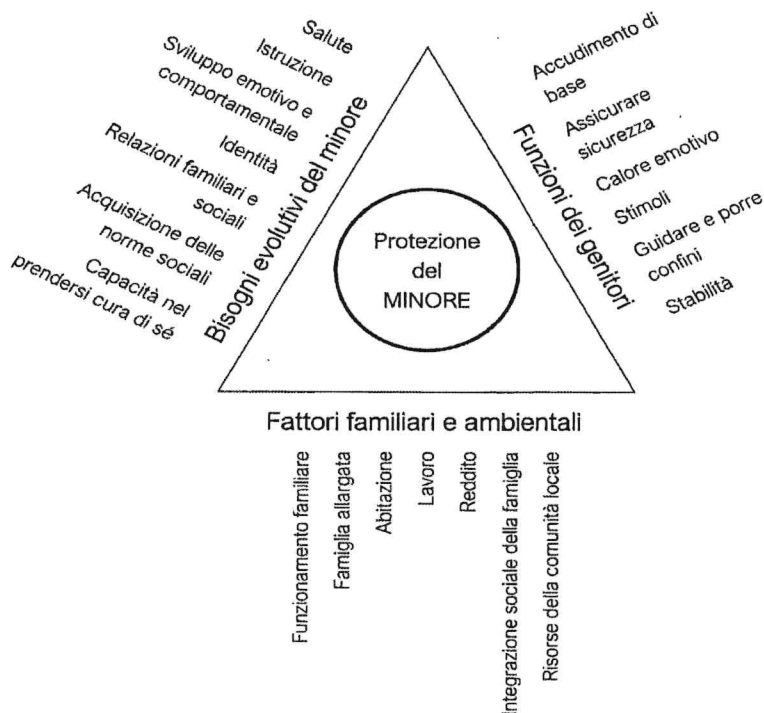
\_\_\_\_\_

<b>5.c</b>	Paziente:	Data:
	<b>Schema di Sintesi dei Contenuti (opzionale)</b>	



**ALLEGATO E**

SCHEMA DI SINTESI DEI CONTENUTI DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE  
 PER L'ASSESSMENT DEI BISOGNI DEL MINORE



Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ASSESSMENT DELLE CONDIZIONI DI PREGIUDIZIO  
 IN RIFERIMENTO AI BISOGNI DEL MINORE**

	Segnali di rischio	Segnali di sofferenza	Elementi protettivi
1. Condizioni del minore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• precarietà dello stato di salute</li> <li>• problemi di adattamento alla scuola (difficoltà di apprendimento e socializzazione)</li> <li>• trascuratezza nell'abbigliamento e nell'igiene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• segnali fisici: lividi, frequenti traumi accidentali con ricorso al pronto soccorso tra cui fratture, ingestione farmaci non custoditi, ustioni</li> <li>• segnali emotivi e comportamentali: tristezza, stanchezza cronica, difficoltà di attenzione, iperattività, stati d'ansia e paure immotivate, isolamento, frequenza scolastica saltuaria, scarso rendimento scolastico, difficoltà di apprendimento, svogliatezza, ricerca continua di attenzioni, scarso interesse verso qualunque attività. Le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono considerati gli indicatori di abuso sessuale con maggior grado di specificità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il minore ha uno sviluppo psico-fisico adeguato all'età</li> <li>• ha fiducia in sé e nell'altro</li> <li>• la frequenza scolastica è regolare</li> <li>• il minore ha una buona capacità di socializzazione</li> <li>• ha uno stato d'animo aperto alle relazioni con gli altri</li> </ul>
2. Condizioni dei genitori che incidono sulle funzioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• età dei genitori (molto giovani o anziani)</li> <li>• età della madre al momento della nascita del/dei figli</li> <li>• stato di disoccupazione cronico</li> <li>• assenza di uno dei due genitori</li> <li>• essere stati già in passato seguiti dai servizi sociali</li> <li>• esperienza di istituto/comunità nella storia genitoriale</li> <li>• esperienza di violenza e abuso nell'infanzia in uno dei genitori</li> <li>• relazioni interrotte con i membri delle famiglie d'origine</li> <li>• isolamento e solitudine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• condizione di tossicodipendenza o di etilismo in uno o entrambi i genitori</li> <li>• malattia psichiatrica di uno o entrambi i genitori</li> <li>• episodi di maltrattamento in famiglia, coppia conflittuale e violenta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• presenza di relazioni basate sulla fiducia all'interno della famiglia</li> <li>• presenza di una rete di supporto tra vicini di casa o con i servizi di volontariato</li> <li>• disponibilità della famiglia a una relazione con i servizi, a confrontarsi e a discutere delle proprie difficoltà</li> <li>• disponibilità a effettuare un percorso di rielaborazione della violenza eventualmente subita nell'infanzia da parte degli adulti di riferimento del minore</li> </ul>
3. Fattori familiari e ambientali e relazione tra la famiglia e i servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la famiglia vive in un'abitazione inadeguata, sovraffollata, in cattive condizioni igieniche e mal riscaldata</li> <li>• isolamento sociale della famiglia</li> <li>• assenza di contatti con il vicinato, di amici e parenti</li> <li>• precarietà della condizione lavorativa di entrambi i coniugi</li> <li>• eccessiva dipendenza dai servizi, atteggiamenti assistenzialistici</li> <li>• ricorsività dei problemi che si presentano comunque nonostante gli aiuti (ad es. sfratti ripetuti nonostante i contributi specifici, dimissioni dopo un lungo percorso di inserimento al lavoro, mancata frequenza scolastica dopo aver predisposto il servizio di accompagnamento, ecc.)</li> <li>• atteggiamento di colpevolizzazione all'esterno (colpa degli operatori, dei parenti, ecc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• povertà estrema</li> <li>• vivere in un'abitazione fatiscente, senza servizi e riscaldamento</li> <li>• assenza di legami tra il minore e i compagni di scuola</li> <li>• mancata frequenza scolastica</li> <li>• il minore frequenta altri minori devianti</li> <li>• essere già stati sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile</li> <li>• la mancata accettazione di interventi diagnostici e terapeutici (per la coppia, per i figli)</li> <li>• l'essere in carico ai servizi sociali da generazioni</li> <li>• l'aver fallito numerosi progetti d'aiuto</li> <li>• l'utilizzo dei figli minori per ottenere servizi e prestazioni assistenziali</li> <li>• la minimizzazione o negazione dei problemi specifici rilevati dai servizi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• relazioni solidali con il vicinato</li> <li>• amicizie</li> <li>• inserimento del minore in ludoteca, in parrocchia, all'oratorio</li> <li>• frequenza scolastica regolare</li> <li>• la famiglia rispetta gli impegni in un progetto condiviso con i servizi</li> <li>• accetta di approfondire la situazione con altri servizi (neuropsichiatria infantile, servizio di salute mentale)</li> <li>• richieste congrue e tempestive di aiuto ai servizi</li> <li>• utilizzo congruo degli aiuti forniti</li> </ul>



ALLEGATO G



ASSESSMENT DELLE CONDIZIONI DI PREGIUDIZIO  
 IN RIFERIMENTO AI BISOGNI DEL MINORE

	Segnali di rischio	Segnali di sofferenza	Elementi protettivi
1. Condizioni del minore			
2. Condizioni dei genitori che incidono sulle funzioni			
3. Fattori familiari e ambientali e relazione tra la famiglia e i servizi			

Paziente:	Data:
<b>WHODAS 2.0 (opzionale)</b> World Health Organization Disability Assessment Schedule	



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36
Intervista

**Questo questionario è conforme alla versione in lingua inglese dell'WHODAS 2.0 36-item somministrata da un intervistatore.**

**Le istruzioni per l'intervistatore sono scritte in grassetto – non leggerle a voce alta.**

**Il testo che il rispondente deve ascoltare è scritto**

*in corsivo nero.*

**Leggi questo testo a voce alta.**

### Sezione 1 Facciata

Completa le voci F1–F5 prima di iniziare ciascuna intervista				
F1	Numero identificativo del rispondente			
F2	Numero identificativo dell'intervistatore			
F3	Ordine intervista (1 prima intervista, 2 seconda intervista)			
F4	Data dell'intervista	_____	_____	_____
		giorno	mese	anno
F5	Situazione in cui si trova a vivere al momento dell'intervista (cerchiarne una sola)	Autonomo	1	
		Assistito	2	
		Ospedalizzato	3	





# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

## Sezione 2 Informazioni generali e demografiche

*Questa intervista è stata messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per poter meglio comprendere quali difficoltà le persone possano avere a causa delle loro condizioni di salute. Le informazioni che lei fornirà durante questa intervista sono confidenziali e saranno usate solo a scopo di ricerca. L'intervista richiederà 15-20 minuti per essere completata.*

**Per intervistati della popolazione generale (non per i gruppi clinici) dire:**

*Anche se lei è in buona salute e non ha difficoltà, è necessario, per completezza, che le ponga tutte le domande.*

*Inizierò con alcune domande generali.*

A1	<b>Registrare il sesso come osservato</b>	Femmina	1
		Maschio	2
A2	Quanti anni ha?	_____anni	
A3	Per quanti anni ha <u>studiato a scuola</u> e all'università?	_____anni	
A4	<b>Qual è il suo attuale stato civile? (Selezionare l'opzione migliore)</b>	Nubile/celibe	1
		Attualmente sposato/a	2
		Separato/a	3
		Divorziato/a	4
		Vedovo/a	5
		Convivente	6
A5	<b>Come descriverebbe la sua <u>principale attività lavorativa</u>? (Selezionare l'opzione migliore)</b>	Lavoro retribuito	1
		Lavoro indipendente, come lavoro in proprio o coltivatore	2
		Lavoro non retribuito, come volontario o caritatevole	3
		Studente/ssa	4
		Casalingo/a	5
		Pensionato/a	6
		Disoccupato/a (motivi di salute)	7
		Disoccupato/a (altri motivi)	8
		Altro (specificare) _____	9



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

### Sezione 3 Preambolo

#### Dire al rispondente:

*L'intervista riguarda le difficoltà che le persone hanno a causa delle condizioni di salute.*

#### Porgere il cartoncino #1 all'intervistato e dire:

*Per condizioni di salute si intendono infermità o malattie, altri problemi di salute che possono essere di breve o lunga durata, lesioni, problemi mentali o emotivi e problemi con alcool o droghe.*

*Le ricordo di tenere a mente tutti i suoi problemi di salute nel rispondere alle domande. Quando le chiedo circa le difficoltà nello svolgere un'attività pensi a ...*

#### Indicare il cartoncino #1 e spiegare che "difficoltà con un'attività" significa:

- *Maggiore sforzo*
- *Disagio o dolore*
- *Lentezza*
- *Differenze nel modo in cui compie un'attività.*

#### Dire al rispondente:

*Nel rispondere, vorrei che ripensasse agli ultimi 30 giorni. Vorrei anche che lei rispondesse a queste domande pensando a quanta difficoltà ha avuto, in media, nel corso degli ultimi 30 giorni, nel fare l'attività come la fa usualmente.*

#### Porgere il cartoncino #2 all'intervistato e dire:

*Usi questa scala nel rispondere.*

#### Leggere la scala ad alta voce:

*Nessuna, lieve, media, grave, estrema o non posso farlo.*

**Assicurarsi che l'intervistato possa facilmente vedere i cartoncini #1 e #2 durante tutta l'intervista**



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

## Sezione 4 Esame dei domini

### Dominio 1 Cognizione

Ora le chiederò alcune cose sulla comprensione e la comunicazione.

Mostrare i cartoncini #1 e #2 al rispondente

Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D1.1	<u>Concentrarsi nel fare qualcosa per 10 minuti?</u>	1	2	3	4	5
D1.2	<u>Ricordare di fare cose importanti?</u>	1	2	3	4	5
D1.3	<u>Analizzare e trovare soluzioni ai problemi quotidiani?</u>	1	2	3	4	5
D1.4	<u>Apprendere un nuovo compito, per esempio, imparare come raggiungere un posto nuovo?</u>	1	2	3	4	5
D1.5	<u>In genere capire cosa dice la gente?</u>	1	2	3	4	5
D1.6	<u>Iniziare e portare avanti una conversazione?</u>	1	2	3	4	5

### Dominio 2 Mobilità

Ora le chiederò qualcosa sulle difficoltà negli spostamenti.

Mostrare i cartoncini #1 e #2

Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D2.1	<u>Rimanere in piedi per lunghi periodi, tipo 30 minuti?</u>	1	2	3	4	5
D2.2	<u>Alzarsi dalla posizione seduta?</u>	1	2	3	4	5
D2.3	<u>Muoversi dentro casa?</u>	1	2	3	4	5
D2.4	<u>Uscire di casa?</u>	1	2	3	4	5
D2.5	<u>Camminare per una lunga distanza tipo un chilometro [o equivalente]?</u>	1	2	3	4	5





# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

## Dominio 3 Cura personale

Ora le chiederò qualcosa sulle difficoltà nel prendersi cura di se stesso.

Mostrare i cartoncini #1 e #2

Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D3.1	<u>Lavarsi l'intero corpo?</u>	1	2	3	4	5
D3.2	<u>Vestirsi?</u>	1	2	3	4	5
D3.3	<u>Nutrirsi?</u>	1	2	3	4	5
D3.4	<u>Rimanere da solo per pochi giorni?</u>	1	2	3	4	5

## Dominio 4 Interagire con le persone

Ora le chiederò qualcosa sulle difficoltà nell'interagire con le persone. La prego di ricordare che le sto chiedendo solo sulle difficoltà dovute a problemi di salute. Con ciò intendo infermità, malattie, lesioni, problemi mentali o emotivi e problemi con alcool o droghe.

Mostrare i cartoncini #1 e #2

Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D4.1	<u>Interagire con persone che non conosce?</u>	1	2	3	4	5
D4.2	<u>Mantenere un'amicizia?</u>	1	2	3	4	5
D4.3	<u>Interagire con le persone a lei vicine?</u>	1	2	3	4	5
D4.4	<u>Fare nuove amicizie?</u>	1	2	3	4	5
D4.5	<u>Attività sessuale?</u>	1	2	3	4	5

Prego continuare nella pagina seguente...



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

## Dominio 5 Attività quotidiane

### 5(1) Attività domestiche

*Le seguenti domande riguardano le attività relative al mantenere la sua casa e al prendersi cura delle persone con cui vive e di quelle a lei vicine. Queste attività includono cucinare, pulire, fare la spesa, prendersi cura di altri e delle proprie cose.*

#### Mostrare i cartoncini #1 e #2

A causa delle sue condizioni di salute, negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D5.1	Adempiere alle sue responsabilità domestiche?	1	2	3	4	5
D5.2	Fare <u>bene</u> le più importanti cose di casa?	1	2	3	4	5
D5.3	<u>Finire</u> tutto il lavoro domestico che doveva fare?	1	2	3	4	5
D5.4	Fare tutto il lavoro domestico tanto <u>velocemente</u> quanto necessitava?	1	2	3	4	5

**Se a qualcuna delle risposte a D5.2–D5.5 è stato un punteggio diverso da nessuna (codificata come "1"), chiedere:**

D5.01	Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni ha ridotto o non è riuscito del tutto a fare il <u>lavoro domestico</u> a causa delle sue condizioni di salute?	Registrare numero di giorni _____
-------	---	--------------------------------------

**Se il rispondente lavora (pagato, non-pagato, lavoratore autonomo) o va a scuola, completa le domande D5.5–D5.10 alla prossima pagina. Altrimenti, salta alla D6.1 alla pagina seguente.**



# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

## 5(2) Attività di lavoro o scolastiche

Ora le farò alcune domande sul suo lavoro o attività scolastiche.

Mostrare i cartoncini #1 e #2

A causa delle sue condizioni di salute, negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D5.5	Suo <u>lavoro/studio</u> quotidiano?	1	2	3	4	5
D5.6	Fare <u>bene</u> i più importanti compiti lavorativi/di studio?	1	2	3	4	5
D5.7	<u>Finire</u> tutto il lavoro da fare?	1	2	3	4	5
D5.8	Finire il lavoro tanto <u>velocemente</u> quanto necessitava?	1	2	3	4	5
D5.9	Ha dovuto lavorare ad un <u>livello inferiore</u> a causa delle sue condizioni di salute?				No	1
					Yes	2
D5.10	Ha <u>guadagnato di meno</u> a causa delle sue condizioni di salute?				No	1
					Yes	2

Se a qualcuna delle domande da D5.5–D5.8 è stata data una risposta diversa da nessuna (codificata come "1"), chiedere:

D5.02	Negli ultimi 30 giorni, quanti giorni non ha lavorato per mezza giornata o più a causa delle sue condizioni di salute?	Registrare numero di giorni _____
-------	--	--------------------------------------

Prego continuare nella pagina seguente...





# WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Intervista

## Dominio 6 Partecipazione

*Ora, le chiederò qualcosa sulla sua partecipazione alla vita sociale e sull'impatto dei suoi problemi di salute su di lei e sulla sua famiglia. Alcune di queste domande possono riguardare problemi che risalgono a prima degli ultimi 30 giorni, tuttavia, nel rispondere, la prego di mettere a fuoco gli ultimi 30 giorni. Inoltre, le ricordo di pensare, nel rispondere a queste domande, ai problemi di salute: fisici, mentali o emotivi, relativi all'alcool o a droghe.*

### Mostrare i cartoncini #1 e #2

Negli ultimi 30 giorni:		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Estrema o non posso farlo
D6.1	Quanti problemi ha incontrato nel partecipare, come chiunque altro, ad attività comunitarie (per esempio, feste, attività religiose o altro)?	1	2	3	4	5
D6.2	Quanti problemi ha incontrato a causa di barriere o ostacoli nel mondo che la circonda?	1	2	3	4	5
D6.3	Quanti problemi ha incontrato nel vivere con dignità a causa degli atteggiamenti o delle azioni altrui?	1	2	3	4	5
D6.4	Quanto tempo ha dedicato alla sua condizione di salute o alle sue conseguenze?	1	2	3	4	5
D6.5	Quanto è stato coinvolto emotivamente dalle sue condizioni di salute?	1	2	3	4	5
D6.6	Quanto le sue condizioni di salute hanno inciso sulle sue risorse finanziarie e quelle della sua famiglia?	1	2	3	4	5
D6.7	Quanti problemi ha avuto la sua famiglia a causa dei suoi problemi di salute?	1	2	3	4	5
D6.8	Quanti problemi ha avuto nel fare cose da solo per relax o piacere?	1	2	3	4	5

H1	Complessivamente, negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni ha avuto queste difficoltà?	Registrare numero di giorni _____
H2	Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni è stato/a completamente inabile a condurre le sue abituali attività o lavoro a causa di una qualunque condizione di salute?	Registrare numero di giorni _____
H3	Negli ultimi 30 giorni, non contando i giorni in cui lei è stato/a completamente inabile, per quanti giorni ha diminuito o ridotto le sue abituali attività o lavoro a causa di una qualsiasi condizione di salute?	Registrare numero di giorni _____



**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

*Cartoncino 1*

### **Condizioni di salute:**

- **Infermità, malattie o altri problemi di salute**
- **Lesioni**
- **Problemi mentali o emotivi**
- **Problemi con l'alcool**
- **Problemi con la droga**

### **Avere difficoltà in una attività significa:**

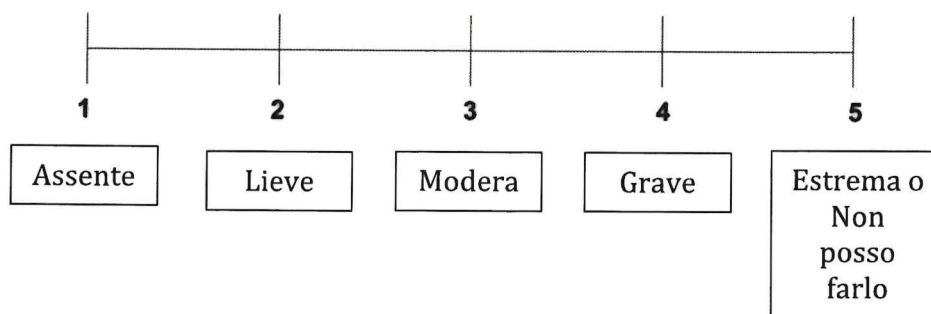
- **Maggiore sforzo**
- **Fastidio o dolore**
- **Lentezza**
- **Differenze nel modo in cui effettua un'attività**

**Pensi solo agli ultimi 30 giorni.**

**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

*Cartoncino 2*



Paziente:	Data:
<b>9.d</b>	<b>WHOQOL-breve (opzionale)</b> World Health Organization Quality Of Life

### **Informazioni personali**

*Prima di iniziare la compilazione di questo questionario, La preghiamo di rispondere ad alcune domande generali, facendo un segno sulla risposta corretta o scrivendo nello spazio apposito.*

#### **A. Sesso**

1. maschio |\_\_\_|  
 2. femmina |\_\_\_|

#### **B. Età** (in anni)

|\_\_\_| |\_\_\_|

#### **C. Scolarità**

1. nessun titolo di studio  
 2. scuola elementare  
 3. scuola media inferiore  
 4. scuola media superiore  
 5. laurea - diploma para-universitario  
 6. specializzazione post-laurea

|\_\_\_|

#### **D. Stato civile**

1. celibe/nubile  
 2. coniugato/a  
 3. convivente  
 4. separato/a  
 5. divorziato/a  
 6. vedovo/a

|\_\_\_|

#### **E. Situazione abitativa**

1. vive solo  
 2. vive con altri

|\_\_\_|

#### **F. Condizione lavorativa**

1. Ha un lavoro retribuito  
 2. Non ha un lavoro retribuito  
     1. Casalinga  
     2. Pensionato  
     3. Studente  
     4. Disoccupato  
     5. In cerca di prima occupazione  
     6. Altra condizione non lavorativa

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|

#### **G. Attualmente Lei soffre di qualche malattia o disturbo?**

1. No  
 2. Sì (ma lieve o di breve durata; esempio, raffreddore o mal di schiena leggero)  
 3. Sì, di una certa gravità

|\_\_\_|

|\_\_\_|

|\_\_\_|



*Secondo Lei c'è qualcosa che non va nel Suo stato di salute? Di cosa si tratta?*

**Problemi di** \_\_\_\_\_

**Malattie:** \_\_\_\_\_

**COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE SUE CONDIZIONI DI  
SALUTE DA UN PUNTO DI VISTA FISICO?**

__	__	__	__	__
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

**COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE SUE CONDIZIONI DI  
SALUTE DA UN PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO?**

__	__	__	__	__
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>

### **Istruzioni**

*Questo questionario riguarda quello che Lei pensa della qualità della Sua vita, della Sua salute, e di altri aspetti della Sua vita. **Per favore, risponda a tutte le domande:** se è incerto sulla risposta da fornire ad una domanda, scelga, per favore, quella che corrisponde di più alla sua opinione; spesso si tratterà della risposta che Le è venuta in mente per prima.*

*Per favore, nel rispondere tenga conto delle sue abitudini di vita, delle Sue speranze, dei Suoi gusti e delle Sue preoccupazioni e pensi a quello che Le è successo **negli ultimi 15 giorni**.*

*Ad esempio, alla seguente domanda:*

**Ottiene dagli altri l'aiuto di cui ha bisogno ?**

**1 Per niente   2 Poco   3 Abbastanza   4 In gran parte   5 Completamente**

*Lei deve fare un segno sul numero che meglio esprime in che misura Lei ha ricevuto l'aiuto di cui ha bisogno **negli ultimi 15 giorni**. Quindi, Lei deve fare un segno sul numero 4 se ha ricevuto 'Molto' aiuto dagli altri, o sul numero 1 se non ha ricevuto 'Per niente' l'aiuto di aveva bisogno. Legga attentamente ogni domanda, rifletta sui Suoi stati d'animo e, come Le abbiamo già suggerito, faccia un segno sulla risposta che meglio corrisponde alla sua opinione o ai sui sentimenti.*

**1 (G1) Come valuta la qualità della Sua vita ?**

1 Molto cattiva 2 Cattiva 3 Nè cattiva, nè buona 4 Buona 5 Molto buona

**2 (G4) E' soddisfatto/a della Sua salute ?**

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto in che misura Lei ha sperimentato determinate cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**3 (F1.4) In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare ?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**4 (F11.3) Ha bisogno di trattamenti o interventi medici per poter affrontare la vita di tutti i giorni ?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**5 (F4.1) Quanto si gode la vita?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**6 (F24.2) In che misura Lei pensa che la Sua vita abbia un significato?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**7 (F5.3) Riesce a concentrarsi nelle cose che fa?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**8 (F16.1) Quanto si sente al sicuro nella Sua vita di tutti i giorni ?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

**9 (F22.1) L'ambiente in cui vive è sicuro per la salute (nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)?**

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto in che misura Lei ha sperimentato o è stato capace di fare certe cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**10 (F2.1) Ha l'energia necessaria da poter svolgere le attività di tutti i giorni ?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 completamente*

**11 (F7.1) Accetta di buon grado il Suo aspetto esteriore?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo*

**12 (F18.1) Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni ?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente*

**13 (F20.1) Le informazioni di cui dispone Le bastano per la vita di tutti i giorni ?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente*

**14 (F21.1) Ha la possibilità di dedicarsi ad attività di svago nel tempo libero?**

*1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente*

**15 (F9.1) In che misura riesce a muoversi ?**

*1 Molto poco 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo*



Nelle domande seguenti, Le viene chiesto quanto si è sentito bene o soddisfatto relativamente a vari aspetti della Sua vita negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**16 (F3.3) E' soddisfatto/a di come dorme ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**17 (F10.3) E' soddisfatto/a di come riesce a fare le cose di tutti i giorni ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**18 (F12.4) E' soddisfatto/a della Sua capacità di impegnarsi in attività ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**19 (F6.3) E' soddisfatto/a di Sé stesso ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**20 (F13.3) E' soddisfatto/a dei Suoi rapporti personali con gli altri?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**21 (F15.3) E' soddisfatto/a della Sua vita sessuale ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**22 (F14.4) E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai Suoi amici ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**23 (F17.3) E' soddisfatto/a delle condizioni della Sua abitazione ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**24 (F19.3) E' soddisfatto/a della disponibilità ed accessibilità dei servizi sanitari ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

**25 (F23.3) E' soddisfatto/a dei mezzi di trasporto che ha a disposizione ?**

1 Molto insoddisfatto/a    2 Insoddisfatto/a    3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a    4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

La domanda che segue si riferisce a **quanto spesso** Lei ha provato o sperimentato certe cose negli **ULTIMI 15 GIORNI**.

**26 (rs.1) Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione ?**

1 Mai 2 Raramente 3 Abbastanza spesso 4 Molto spesso 5 Sempre

Qualcuno L'ha aiutata a compilare il questionario?

.....

Quanto tempo ha impiegato a compilare il questionario?

.....

Ha qualche osservazione in merito al questionario?

.....

...

**LA RINGRAZIAMO PER LA SUA COLLABORAZIONE**

**SEZIONE RISERVATA ALL'INTERVISTATORE**

**I) Tipo di assistenza sanitaria**

1	Nessun trattamento	__	
2	Ricoverato	__	__
3	In trattamento ambulatoriale	__	
4	In trattamento domiciliare	__	

**L) Modalità di somministrazione del questionario**

1	Autosomministrazione	__	
2	Somministrazione assistita	__	__
3	Eterosomministrazione	__	__

**M) Tempo di somministrazione (in minuti)**

|\_\_| |\_\_|

**N) Numero progressivo dell'intervista**

|\_\_| |\_\_| |\_\_|

**O) Nome dell'intervistatore**

.....

**P) Codice centro**

.....

**SEZIONE RISERVATA AL SANITARIO: NON COMPILARE**

**VALUTAZIONE SINTETICA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE  
OPERATA DAL SANITARIO (Categorie diagnostiche tratte  
dall'ICD-10)**

___	___	___	___	___
<i>molto scadenti</i>	<i>scadenti</i>	<i>nè scadenti né buone</i>	<i>buone</i>	<i>molto buone</i>
<b>RESPIRATORIO</b>				
0) NESSUNA PATOLOGIA				
1) MALATTIE INFETTIVE O PARASSITARIE (INCLUSO HIV+)			11) MALATTIE DEL SISTEMA DIGESTIVO	
2) NEOPLASIE			12) MALATTIE DELLA PELLE E DEI TESSUTI SOTTOCUTANEI	
3) MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DISTURBI DEL SISTEMA IMMUNITARIO			13) MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO- SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	
4) MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE			14) MALATTIE DEL SISTEMA UROGENITALE	
5) DISTURBI MENTALI E DEL COMPORTAMENTO			15) GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	
6) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO			16) ALCUNE CONDIZIONI CHE HANNO ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE	
7) MALATTIE DEGLI OCCHI ED ANNESSI			17) MALFORMAZIONI, DEFORMAZIONI ED ANORMALITA' CROMOSOMICHE	
8) MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELLA MASTOIDE			18) SINTOMI, SEGNI E RISULTATI ANORMALI CLINICI E DI LABORATORIO, NON ALTRIMENTI CLASSIFICATI	
9) MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO				
10) MALATTIE DEL SISTEMA				
19) LESIONI, AVVELENAMENTI ED ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE			11 21) FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	
20) CAUSE ESTERNE DI MORBILITA' E MORBIDITA'			22) ALTRO (SPECIFICARE)	



## Case Management

### Descrizione generale e Schede attribuzione / monitoraggio

1. *Case Management*
2. Funzioni del *Case Manager*
3. Attribuzione e Monitoraggio della funzione di CM
  - Scheda Attribuzione Funzione *Case Manager*
  - Scheda Elenco Pazienti in *Case Management*

#### 1. *Case Management*

Il *Case Management* è una metodologia di lavoro, ormai parte delle competenze di diverse professioni sociosanitarie, che garantisce il miglior percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale sulla base di un **PIC-M (Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale)** che l'équipe multiprofessionale concorda con l'utente e i *caregivers*. Il *Case Manager* (CM) è l'operatore individuato dall'équipe multiprofessionale che favorisce l'interazione tra gli operatori e garantisce in vario modo un'assistenza personalizzata al paziente, favorendone la massima autonomia residua.

#### 2. Funzioni del *Case Manager*

L'obiettivo del CM è quello di ottenere e mantenere livelli di alta ed efficiente collaborazione tra gli operatori dell'équipe multiprofessionale, della quale è parte integrante, promuovendo la logica del lavoro di équipe e della progettazione assistenziale concordata. Ne deriva che il ruolo del CM è quello di promuovere *outcome* di qualità con un buon rapporto costo-efficacia attraverso l'integrazione, la coordinazione e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, attentamente valutate dall'équipe multiprofessionale e ritenute più appropriate per la gestione dei bisogni specifici del paziente grave complesso.

**Tabella 1**

#### Le funzioni del CM (*modificato da CMSA, 2010*)

##### 1. Accompagnamento

- Promuove la relazione d'aiuto tra paziente grave e familiari/*caregivers* con l'équipe di riferimento per la gestione di problemi e il soddisfacimento di bisogni complessi;
- Rappresenta un riferimento significativo che motiva e sostiene il paziente grave e la famiglia/*caregivers* nella realizzazione del PIC-M condiviso con l'équipe;

##### 2. Facilitazione

- Modula le attese della persona assistita e della famiglia/*caregivers* nel contesto di una valutazione realistica delle risorse individuate con l'équipe di riferimento per la realizzazione del PIC-M

### **3. Orientamento e consulenza**

- Pone il paziente grave complesso e i familiari/*caregivers* nelle condizioni di poter effettuare delle scelte personali e consapevoli in relazione alla fase di malattia e del percorso riabilitativo (*empowerment*)
- Rappresenta il principale riferimento all'interno dell'équipe lungo il percorso di cura e riabilitazione, in particolare nella coordinazione dell'intervento di équipe nei periodi di difficoltà e di transizione verso il miglioramento funzionale e il reinserimento socio-lavorativo (*recovery*)

### **4. Advocacy**

- Facilita la mediazione tra le necessità del paziente grave complesso e dei familiari/*caregivers* rispetto a possibili ostacoli nella realizzazione del PIC-M, coordinando le competenze dei componenti dell'équipe nella programmazione degli interventi e nella gestione dei rapporti con i servizi socio-assistenziali territoriali, in una visione allargata di "*community care*".

### **5. Educazione sanitaria e promozione della salute psicofisica**

- Fornisce al paziente grave ed ai familiari/*caregivers* informazioni utili per la scelta libera e consapevole di strutture, servizi e professionisti socio-sanitari, nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti
- In accordo con l'équipe o nel rispetto delle proprie competenze professionali, il CM fornisce al paziente grave complesso ed ai familiari/*caregivers* informazioni generali in merito a conoscenza ed evoluzione della patologia, gestione e monitoraggio degli interventi terapeutico-assistenziali e riabilitativi, stili di vita e *self-care*
- L'attività di educazione può essere svolta sia in forma individuale che di gruppo

### **6. Coordinamento funzionale**

- Il CM svolge le sue funzioni all'interno dell'équipe in un atteggiamento non gerarchico, finalizzato a facilitare l'integrazione e la continuità nell'erogazione delle cure, evitando frammentazioni e lungaggini nella realizzazione del PTI concordato con paziente e familiari/*caregivers*

## **3. Attribuzione e Monitoraggio della funzione di CM**

Per gli operatori socio-sanitari l'esercizio della funzione di CM rappresenta un'evoluzione nell'aggiornamento delle proprie specifiche competenze professionali nel contesto di un modello organizzativo che deve sapersi adeguare alla complessità dei cambiamenti nella realtà in cui i STSM operano.

I criteri di riferimento "esclusivi" (indicato tra parentesi) e "non esclusivi" per l'assegnazione delle Condizioni Gravi alle diverse figure professionali riguardano aree di intervento definite nel Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale (PIC-M) dove prevale la necessità di supporto e

monitoraggio attivo delle seguenti attività:

### **Infermieri**

*(a cura di: Donatella Intenzo, Alma Bruna Cinti, Daniela Mancini) – per la descrizione estesa della “funzione case-manager - infermiere” vedi Allegati 03: Allegato 3.7 - Case Manager: le funzioni specifiche di infermiere, assistente sociale, TeRP/EP*

- monitoraggio periodico in collaborazione con il medico dell'equipe di riferimento del quadro clinico, dei trattamenti farmacologici, degli esami ematochimici e degli esami strumentali previsti dai protocolli vigenti di sicurezza
- gestione delle comorbidità internistiche e dei rapporti con il Medico di Medicina generale (MMG), monitoraggio dei percorsi di cura presso altri specialisti e integrazione con la rete di servizi offerti dal territorio
- corretta prescrizione e somministrazione delle terapie farmacologiche, promozione della compliance e dell'autonomia dell'utente nella corretta assunzione della terapia farmacologica
- interventi di educazione sanitaria e psico-educativo per utenti e caregivers, orientati principalmente all'acquisizione di conoscenze e competenze nella gestione dei sintomi residui o resistenti ai trattamenti farmacologici, al miglioramento della qualità di vita e alla prevenzione delle ricadute

### **Assistenti Sociali**

*(a cura di: Mariarosaria Barbera, Marina Agostini, Carla Porziani) – per la descrizione estesa della “funzione case-manager - assistente sociale” Allegati 03: Allegato 3.7 - Case Manager: le funzioni specifiche di infermiere, assistente sociale, TeRP/EP*

- percorso di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP - **criterio esclusivo**)
- percorso di cura dei Pazienti Autori di Reato (AdR)
- inserimento lavorativo o tirocinio o percorso di formazione professionale
- inserimento in RSA
- disabilità che necessita di una collaborazione attiva tra DSM e Distretto e/o Municipio

### **TeRP / EP**



*(a cura di: Damiano Travaglini, Fabio Picariello, Francesca Di Fazio, Claudia Giannini, Roberta Parnisari) – per la descrizione estesa della “funzione case-manager - TeRP/EP” vedi Allegati 03: Allegato 3.7 - Case Manager: le funzioni specifiche di infermiere, assistente sociale, TeRP/EP*



- potenziamento delle abilità cognitive e metacognitive
- promozione delle risorse psicosociali, delle relazionali intrapsichiche e interpersonali nei contesti di vita familiare e comunitaria
- promozione e mantenimento di abilità strumentali di vita quotidiane e lavoro/studio

Allo scopo di facilitare il monitoraggio dell'attività di *Case Management* e promuovere una formazione specifica avanzata a sostegno degli operatori CM, si prevede quanto segue:

1. Comunicazione dell'attribuzione della funzione di CM alla specifica Funzione Organizzativa (F. O.) per l'inserimento all'interno di un registro elettronico dei CM, con eventuale verifica di idoneità ai criteri identificati
2. Produzione di un elenco dei pazienti in *Case Management* da parte del CM, da rendere disponibile alla F.O. corrispondente in qualsiasi momento venga richiesto
3. L'applicazione del modello di Case Management prevede l'attribuzione della funzione solo nelle Condizioni Gravi Complesse (vedi Tabella 1 – pag. 20 - in Procedure R.O.M.A. 1.2)
4. Nella pratica routinaria, tutte le figure professionali con attribuzione di funzione di CM (infermieri, assistenti sociali, EP e TRP) sono coinvolte attraverso una distribuzione equa del carico di lavoro
5. La durata e la titolarità professionale del CM viene decisa dall'equipe sulla base della prevalente area problematica individuata (ad es.: sanitaria, assistenziale, sociale, riabilitativa) e può cambiare in base all'evoluzione del caso o all'emergenza di nuovi bisogni
6. Gli strumenti per la valutazione standardizzata del paziente grave utilizzati dal CM nel corso della riunione periodica di revisione del PIC-M sono:

Competenza Professionale	Strumenti per la valutazione standardizzata
	
<b>Infermiere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>diagnosi infermieristica (7a)</b></li> <li>- <b>Scala HoNOS (7b)</b></li> </ul>
<b>Assistente sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Scala HoNOS (7b)</b></li> <li>- Analisi di Swot (<i>opzionale</i>) (7c)</li> <li>- Schema di sintesi dei contenuti (7c) (<i>opzionale</i>) (7c)</li> </ul>
<b>Terapista Riabilitazione Psichiatrica &amp; Educatore Professionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Scala HoNOS (7b)</b></li> <li>- WHODAS 2.0 (<i>opzionale</i>) (7d)</li> <li>- WHOQOL-breve (<i>opzionale</i>) (7d)</li> </ul>

## Scheda Attribuzione Funzione *Case Manager*

Data	UOC	STSM

Si comunica all'operatore NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

qualifica: \_\_\_\_\_ è stata attribuita la funzione di *Case Manager* dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Le suddette funzioni sono state attivate per il Sig. / la Sig.ra

\_\_\_\_\_ Numero cartella \_\_\_\_\_

### Componenti dell'equipe Multiprofessionale:

Nominativo \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

**Ulteriori specifiche** (se necessario)

<p><b>Firma F.O. (di coordinamento o gestionale)</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Infermieristico                   <input type="checkbox"/> Sociale                   <input type="checkbox"/> EP/TeRP             </p>	<p><b>Firma dell'Operatore</b></p> <p>Case Manager</p>
--	--

## Scheda Monitoraggio Pazienti in *Case Management*

NOME e COGNOME dell'operatore *CASE MANAGER* \_\_\_\_\_

	NOME e COGNOME del paziente in <i>Case Management</i>	Data attribuzione incarico
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

<b>Firma F.O. (di coordinamento o gestionale)</b> <input type="checkbox"/> Infermieristico <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> EP/TeRP	<b>Firma dell'Operatore</b> Case Manager
---	---



## **Case Manager in Salute Mentale**

### **Case Manager: le funzioni specifiche di infermiere, assistente sociale, TeRP/EP**

## **L’Infermiere Case Manager**

*A cura di: Donatella Intenzo, Alma Bruna Cinti, Daniela Mancini*

### **Introduzione**

L’implementazione di nuovi modelli organizzativi all’interno dei servizi psichiatrici territoriali rappresenta una nuova sfida per fornire risposte efficaci ed efficienti ai mutevoli cambiamenti dei bisogni degli utenti che afferiscono ai servizi territoriali di salute mentale (STSM). Il *Case Management* rappresenta un metodo di risposta all’utenza più completo e diversificato, poiché attraverso l’assegnazione di un *Case Manager* (CM), viene facilitata la continuità delle cure, e il coordinamento degli interventi sociosanitari. Vedi nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 Allegati 03: **Allegato 3.7** - Case Manager (infermiere, assistente sociale, TeRP/EP).

### **Il modello del Case Management Infermieristico in Salute Mentale**

Il modello del Case Management infermieristico applica il processo di *Nursing* che è alla base dell’attività infermieristica e il *Problem Solving*. L’infermiere CM per risolvere problemi e soddisfare i bisogni del paziente in modo individualizzato utilizza il processo “*nursing case management*”. Il Processo di *Nursing* è un modo particolare di pensare e agire, è un approccio sistemico, creativo, critico per identificare, prevenire e risolvere i problemi di salute. L’infermiere CM garantisce, non solo il miglioramento dell’assistenza all’utente ma anche l’ascolto ed il sostegno dei familiari, migliorando la comunicazione, riducendo l’ansia, le paure e incertezze e riducendo lo stigma. All’interno dell’Equipe di Riferimento multiprofessionale (EdR multiprofessionale) il CM informa le varie figure professionali delle variazioni cliniche dell’utente e garantisce l’applicazione del **Piano Individualizzato di Cura multiprofessionale (PIC-M)** e dell’aderenza al trattamento concordato.

Il Case Management rappresenta una metodologia di organizzazione dei servizi sanitari basata sulla centralità dell’utente avente l’obiettivo della massima integrazione degli interventi e la maggiore appropriatezza possibile. La gestione del caso richiede agli infermieri di rivestire sempre più un ruolo di responsabilità, in cui le capacità di valutare i bisogni, pianificare gli interventi e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori dell’EdR multiprofessionale costituiscono le principali caratteristiche. Le fasi seguono i Percorsi individuati nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 (vedi Allegati 01: **Allegato 1.1** - Flow-chart A - percorsi diagnostici e clinici - Procedure R.O.M.A. 1.2) dove viene espressamente promossa e valorizzata la collaborazione tra tutti gli operatori dell’EdR multiprofessionale a partire dalla formulazione di un PIC-M condiviso con paziente e familiari/*caregivers*.

La prima fase è costituita dalla raccolta sistematica di dati soggettivi e oggettivi (Percorso di Accoglienza / Triage e Percorso di Valutazione), con lo scopo di esprimere un giudizio clinico

(diagnosi infermieristica) ed individuare i bisogni di salute dell'utente. La fase successiva prevede lo sviluppo del processo di assistenza e la pianificazione degli obiettivi assistenziali personalizzati ai bisogni emersi (percorso di cura), basati sulle evidenze scientifiche e sintetizzato in un PIC-M condiviso con paziente e familiari/*caregivers*. Il processo di assistenza deve essere continuamente rivalutato ed adattato alle necessità dell'utente e della famiglia attraverso momenti di continua verifica da parte dell'EdR multiprofessionale che ha preso parte al Percorso di Assegnazione e Gestione della Condizione Grave Complessa, al fine di adattare il PIC-M ai reali bisogni dell'utente (personalizzazione) e permettere il raggiungimento del massimo stato di benessere psico-fisico dello stesso. L'infermiere CM è un facilitatore della comunicazione efficace dell'equipe e degli altri professionisti, sanitari e non, che ruotano intorno all'utente ed ai suoi familiari/*caregivers*.

I passaggi che consentono di stabilire le fasi di pianificazione sono:

- 1 Stabilire le priorità (controllo e valutazione delle condizioni della persona)
- 2 Stabilire e sviluppare gli obiettivi
- 3 Identificare le strategie
- 4 Formulare un piano di azione e redigere il piano di assistenza (PIC-M)
- 5 Attuare le prescrizioni mediche in collaborazione con altre figure professionali; vedi Allegati 05: **Allegato 5.2** - Procedure Sicurezza Trattamenti - Pro.Si.T. - DSM ASL Roma 1 - revisione 29.12.2020 - Procedure R.O.M.A. 1.2
- 6 Valutazione dei risultati dell'assistenza e di ogni singola fase ed eventualmente nuova pianificazione, attraverso l'utilizzo di uno strumento che fornisce indicatori di esito che è la HONOS (Health of Nations Outcomes Scale); vedi Allegati 03: **Allegato 3.3** - Diagnosi infermieristica e Scala HoNOS - Procedure R.O.M.A. 1.2

### **Attribuzione e Monitoraggio del Case Management in Salute Mentale**

Allo scopo di facilitare il monitoraggio dell'attività di *Case Management* e promuovere una condivisione delle modalità di attribuzione della funzione di CM è previsto (vedi Allegati 03: **Allegato 3.6** - Case Management - Descrizione generale e Schede attribuzione / monitoraggio - Procedure ROMA 1.2):

1. La comunicazione dell'attribuzione della funzione di CM alla specifica Funzione Organizzativa (F. O.)
2. Produzione di un elenco dei pazienti in *Case Management*
3. L'attribuzione della funzione CM solo nelle Condizioni Gravi Complesse
4. La durata e la titolarità professionale del CM viene decisa dall'equipe sulla base della prevalente area problematica individuata e può cambiare in base all'evoluzione del caso o all'emergenza di nuovi bisogni

### **Competenze del Case Manager Infermieristico**

Il Case Management Infermieristico è un modello di gestione dell'assistenza, in cui si mira alla realizzazione di percorsi di cura articolati, finalizzati da una parte a favorire efficacia ed efficienza, e dall'altra ad evitare la frammentazione delle cure. L'infermiere CM accompagna l'utente nel suo percorso di cura, lo sostiene, instaura un rapporto di fiducia, integra i servizi e mette in campo tutte le sue risorse, al fine di facilitare la coordinazione e la collaborazione di tutti i professionisti della salute. L'infermiere CM deve facilitare i progressi del paziente nel piano assistenziale, organizzando la consultazione con gli specialisti o con i servizi e garantendo il trasferimento ad aree assistenziali più adatte quando c'è bisogno. Valuta continuamente la qualità dell'assistenza fornita e

le conseguenze dei trattamenti e dei servizi per prevenire un cattivo uso di risorse.

I punti fermi su cui l'infermiere CM fa leva per svolgere la funzione manageriale sono i seguenti:

- coordinare e gestire l'assistenza;
- pianificare le varie fasi del percorso terapeutico;
- coinvolgere altre figure professionali che operano in ambito sociosanitario;
- monitorare e valutare costantemente l'attività assistenziale e gli outcomes;
- informare l'equipe in base alle evoluzioni del quadro clinico del paziente;
- sviluppare e valutare il piano assistenza infermieristica i percorsi di cura per il paziente.

La buona riuscita di un programma di case management, inserito in un PIC-M condiviso con l'EdR multiprofessionale di riferimento, si traduce in: un miglioramento della qualità di vita per il paziente; un motivo di gratificazione e di crescita professionale per l'operatore sanitario; un utilizzo più razionale ed efficiente delle risorse umane e materiali per il sistema sanitario.

## **Bibliografia**

---

- AGOSTINI S.** (2008), *L'infermiere case manager in salute mentale*, BellariaCongresso AICM (Associazione Italiana Case Manager);
- ALDERGIHI M.** (2002), *"I luoghi della salute mentale"*, I quaderni de L'infermiere, 4 (2): pp. 11-14
- BARELLI P., SPAGNOLLI E.** (2004), *"Da custode dei matti a infermiere di salute mentale: evoluzione dell'assistenza infermieristica"*, *"La normativa e l'organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia"*, in: BARELLI P., SPAGNOLLI E. (2004), *Nursing di salute mentale*, Roma, Carrocci Faber Editore
- GUIDI P., SANTULLO A.**, (2010) *"L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi"*
- BASCELLI E.** (2012), *"Case management philosophy. The casemanagement knowledge."*, AICM Journal in pillole, 3
- BEVILACQUA P., PASOTTI E. A.** (2008), *"Case management quale modalità organizzativa per la presa in carico e l'integrazione professionale"*, Tempo di Nursing, 52
- BIAVATI C.** (2012), *"Standard's per la pratica del case management"*, AICM Journal, 1
- BRUSA D.** (2010), *"Applicazione del modello del case management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale"*, Agorà, 45: pp. 37-42
- CASSIS I.** (2006), *"L'infermiere case manager in psichiatria"*, L'infermiere, 7: pp. 21-25
- CMSUK** (2009), *Standards of best practice guide line*, seconda edizione: pp.5-11
- KELLY J., STEPHENS I.** (1999), *"Community case management for mental illness"*, Australian Nursing Journal, 6 (10)
- LANDINI E., et al** (2007), *L'infermiere case manager nell'ADI al malato psichico*, IPASVI La Spezia



## **L'Assistente Sociale Case Manager**

*A cura di: Maria Rosaria barbera, Carla Porziani, Marina Agostini*

### **Introduzione**

Il Case Management è una funzione svolta dagli operatori sociosanitari che va oltre i tradizionali impegni terapeutico-riabilitativi e di erogazione di specifiche prestazioni, valorizzando l'impegno e le competenze professionali e manageriali per una gestione integrata ed individualizzata dei bisogni complessi del paziente, delle attività e delle prestazioni rivolte alla loro soddisfazione, della realizzazione di obiettivi condivisi ed integrati all'interno di un **Piano Individualizzato di Cura Multiprofessionale (PIC-M)**.

Riconosciuto in molti Paesi come un elemento fondamentale delle nuove politiche sociosanitarie, il Case Management rappresenta un punto di forza delle nuove politiche di assistenza del territorio (*community care*) e di assistenza continuativa (*long-term-care*) (1). L'assistente sociale, per formazione e mandato, quale professionista del "lavoro di rete", è deputato al coordinamento tra servizi formali e sostegni informali offerti dal contesto, evitando in tal modo interventi frammentati e disfunzionali oltre alla sovrapposizione delle risorse, per favorirne la migliore integrazione possibile. La dimensione comunitaria diventa allora la cifra dell'intervento del servizio sociale (2).

Nella letteratura di settore esaminata non emerge una definizione univoca di Case Management. La *Case Management Society America* (CMSA) (3) descrive il Case Management come "*un processo cooperativo che accerta il bisogno, pianifica, facilita, mette in atto, coordina, controlla e valuta le opzioni e i servizi in risposta alla domanda di un individuo, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di raggiungere esiti di qualità ed efficienti sotto il profilo economico*". In tal senso, nell'ambito del servizio sociale, ciò significa che occorre attivare specifici percorsi di aiuto dove è necessario considerare, coinvolgere e coordinare risorse e reti formali ed informali di cura, assistenza e riabilitazione.

### **La funzione del Case Manager del Servizio Sociale in Salute Mentale**

L'indicazione per l'attribuzione all'assistente sociale della funzione di Case Manager (CM) è perciò rappresentata dalla presenza di bisogni socio sanitari complessi intrecciati e aggravati da fragilità sociali (difficoltà relazionali-familiari, ambientali, socioeconomiche, lavorative, di non autosufficienza ecc.), in cui l'assistente sociale agisce la sua specifica competenza professionale e manageriale, nel saper tener conto dei bisogni nel loro insieme, delle risorse potenziali di chi li esprime, degli aiuti istituzionali disponibili ed appropriati alla situazione; vedi in Procedure R.O.M.A. 1.2 Allegati 03: **Allegato 3.7** - Case Manager (infermiere, assistente sociale, TeRP/EP).

Tenuto conto di tali premesse, si può affermare che il CM sociale svolge tre principali funzioni, sempre in accordo con il resto dell'équipe di riferimento multiprofessionale (EdR multiprofessionale) della quale fa parte:

- 1) Valutazione della condizione dell'utente e del contesto di vita, esaminandone anche la rete di relazioni, le risorse assistenziali che lo sostengono e quelle che si potrebbero attivare;

- 2) Progettazione individualizzata con la creazione di una connessione tra intervento pubblico e altri *stakeholders*, dove la sfida è rappresentata dal coordinamento delle attività svolte dai molteplici attori coinvolti, affinché si possano raggiungere gli obiettivi comuni stabiliti, in modo chiaro e specifico;
- 3) Monitoraggio del PIC-M concordato con utente e familiari/*caregivers* – laddove possibile – e verifica periodica degli esiti, elementi fondamentali per comprendere eventuali necessità di cambiamento del PIC-M e in quale direzione.

Il Case Management sociale è dunque un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni sociosanitari delle persone, ad includerli in un PIC-M riconoscendo tali bisogni come unici per ogni individuo, a soddisfarli nella maniera più adeguata nell'ambito delle risorse disponibili. Assumendo come presupposto che l'assistente sociale – quale professionista privilegiato della rete – interviene prioritariamente nei casi in cui si attivano processi di *community care* e *welfare mix* (14), nel DSM della ASL Roma 1 abbiamo individuato nelle seguenti aree di intervento la tipologia di utenza a cui assegnare al servizio sociale la funzione di CM (vedi Allegati 03: **Allegato 3.6** - Case Management - Descrizione generale e Schede attribuzione / monitoraggio - Procedure R.O.M.A. 1.2):

- a) Percorso di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) (**criterio esclusivo**)
- b) Percorso di cura di pazienti Autori di Reato (AdR)
- c) Inserimento lavorativo e tirocinio o percorso di formazione professionale
- d) Inserimento in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- e) Disabilità fisica e/o psichica che necessita di una collaborazione attiva tra DSM e Distretto e/o Municipio.

In ultimo, va sottolineato che nessun PIC-M e professionista CM consentono da soli di raggiungere obiettivi terapeutico-riabilitativi significativi se non si orienta l'intervento sin da subito verso la costruzione di una valida alleanza terapeutica con l'utente, in un contesto di lavoro a sua volta orientato al riconoscimento ed alla condivisione delle specifiche competenze professionali e organizzative degli operatori che compongono l'EdR multiprofessionale.

## Bibliografia

---

- 1) Bartolomei A., Passera A.L. "L'Assistente Sociale. Manuale di servizio sociale professionale". CieRre – Roma 2005
- 2) Bleddyn Davies, Jose Fernandez. "Il case management: ottenere equità ed efficienza nell'allocazione delle risorse". Prospettive Sociali e Sanitarie n.9 2001
- 3) Bleddyn Davies, Jose Fernandez. "Come attuare un case management di successo: l'esperienza internazionale". Prospettive Sociali e Sanitarie n.9 2001
- 4) Bruno Bortoli. "Case management". Dizionario di Servizio Sociale Diretto da Maria Dal Pra Ponticelli – Carocci Editore 2006
- 5) Ordine Assistenti Sociali Consiglio Regionale Lombardia. "Il Servizio Sociale professionale in sanità e la funzione di case management". Aprile 2021
- 6) Cristiano Gori. "Quali prospettive per il case management in Italia. In Prospettive Sociali e Sanitarie n.9 2001



## **Il TeRP / EP Case Manager**

*A cura di: Damiano Travaglini, Fabio Picariello, Francesca Di Fazio, Claudia Giannini, Roberta Parnisari*

### **Introduzione**

Il Case Manager (CM) è una figura di riferimento nei servizi sanitari istituita per assicurare, risolvere e ottimizzare il servizio in ambito socioassistenziale e sanitari.

La patologia psichiatrica è una patologia che colpisce la sfera cognitiva, emotiva, comportamentale e relazionale della persona, con un conseguente impatto sulle sfere personali, sociali e lavorative, che nell'insieme costituiscono il cosiddetto "funzionamento" dell'individuo. La Riabilitazione Psichiatrica guida il soggetto al raggiungimento di un livello di funzionamento psicosociale e di benessere soggettivo soddisfacente nonostante la malattia mentale, attraverso il lavoro integrato ed imprescindibile con la persona ed il suo ambiente.

In riferimento alla definizione dell'OMS, per Riabilitazione si intende quell'insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona nel suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione ai suoi deficit e all'ambiente. Per tale ragione in Salute Mentale, con un approccio complementare a quello puramente psichiatrico-farmacologico e psicoterapeutico, intervengono le figure della riabilitazione (il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e l'Educatore Professionale), in linea con il bisogno crescente di integrare l'ambiente ed il territorio tra le variabili di cura. A partire dagli studi che hanno evidenziato l'inefficacia della sola farmacoterapia nella reintegrazione nella comunità dell'utente psichiatrico (Anthony et al., 2003; Libermann et al., 1995), dalla considerazione del deficit funzionale come elemento di diagnosi (DSM-IV), la *mission* dei servizi territoriali salute mentale (STSM) si è costruita nell'ottica di interventi globali sulla persona, multiprofessionali e integrati con il contesto territoriale.

In linea con i concetti di *Empowerment* e *Recovery*, le professioni della Riabilitazione Psichiatrica collaborano all'interno dell'equipe multidisciplinare alla valutazione, all'analisi dei bisogni e del contesto familiare e socio-ambientale, collabora all'individuazione di obiettivi terapeutici, attua interventi riabilitativi volti all'autonomia dell'utente, opera nell'ambito della prevenzione, del contesto familiare e sociale, collabora alla valutazione degli esiti della presa in carico (come da Decreto Ministeriale 182 emanato il 29 Marzo 2001 per il TeRP e come da Decreto Ministeriale 520/1998 per L'E.P.).

In generale, il CM assicura la continuità e l'efficacia delle prestazioni erogate alla persona assistita; favorisce e facilita la lentezza dei processi, la burocrazia e l'assenza di comunicazione tra le strutture; interviene sull'inefficienza del sistema assistenziale favorendo i collegamenti tra i vari passaggi del percorso di presa in carico e trattamento di ciascun utente; segue l'assistito lungo tutto il percorso, accertandosi dell'esito delle cure o delle prestazioni per mezzo di strumenti condivisi con équipe multiprofessionale alla quale fa parte. Il CM utilizza modelli comunicativi interdisciplinari, capaci di realizzare percorsi unitari di presa in carico in grado di restituire valore alla centralità della persona in quanto tale, rispettando il suo personale vissuto di malattia come momento spesso drammatico e carico di sconvolgimenti familiari e personali. Tali obiettivi sono raggiunti attraverso le seguenti funzioni:

- Accompagnamento dell'utente nel percorso di cura;



- Intermediazione tra l'utente e il mondo esterno;
- Integrazione dei servizi coinvolti nel percorso di cura;
- Coordinamento dell'équipe multiprofessionale di riferimento alla quale appartiene;
- Referente del percorso di cura definito da un PIC-M (Piano Individualizzato di Cura Multidisciplinare);
- Monitoraggio periodico del PIC-M nelle riunioni di revisione con l'équipe multidisciplinare;
- Valutazione dell'andamento del PIC-M ed individuazione di eventuali azioni migliorative per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi concordati con il paziente ed i familiari/*caregivers*.

### **Criteri per la definizione del CM Riabilitativo**

Una volta definito un PIC-M con l'équipe multidisciplinare di riferimento alla quale il TeRP/EP appartiene, nella gestione delle Condizioni Gravi Complesse (CGC; vedi definizione all'interno delle Procedure R.O.M.A. 1.2) compito dell'équipe è identificare i bisogni prevalenti e gli obiettivi principali terapeutico-riabilitativi da raggiungere e monitorare attraverso l'attribuzione della funzione di CM ad un operatore sociosanitario.

Fino ad oggi non erano stati definiti criteri specifici che potessero orientare la scelta. Pertanto, in accordo con gli operatori F.F.O.O. e gli operatori Coordinatori dell'area infermieristica, sociale e riabilitativa, nelle Procedure R.O.M.A. 1.2 è stata messa a disposizione una cornice di riferimento utilizzabile a tale scopo dall'équipe multiprofessionale. Di seguito vengono elencati e chiariti i criteri per il Case Management riabilitativo nelle CGC:

1. PIC-M finalizzato al potenziamento delle abilità cognitive e metacognitive
2. PIC-M rivolto al miglioramento delle risorse psicosociali, relazionali intrapsichiche e interpersonali nei contesti di vita familiare, comunitaria e di quartiere
3. PTI orientati alla promozione e al mantenimento di abilità strumentali di vita quotidiane e lavoro/studio

#### **1) PIC-M finalizzato al potenziamento delle abilità cognitive e metacognitive**

Nella valutazione della CGC si rileva la necessità di interventi mirati a:

- intervenire sui deficit cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive) al fine di prevenire effetti negativi sul decorso e sugli esiti del disturbo e sul funzionamento globale del paziente;
- lavorare sulla capacità di riflettere sulle cognizioni dell'utente in modo consapevole, per organizzare un pensiero strategico, flessibile ed efficace finalizzato al raggiungimento di un obiettivo.

#### **2) PIC-M rivolto al miglioramento delle risorse psicosociali, relazionali intrapsichiche e interpersonali nei contesti di vita familiare, comunitaria e di quartiere**

Nell'anamnesi prossima del paziente con CGC sono presenti:

- un deficit delle competenze sociali che si esprime in problemi nella comunicazione con gli altri, comportamenti di ritiro, evitamento delle situazioni sociali, difficoltà con le attività di vita quotidiana, quindi interventi educativo-riabilitativi che consentano di migliorare la capacità di agire nella comunità sociale, favorendo il raggiungimento di posizioni più mature, responsabili e autonome;
- la necessità di favorire e sostenere il miglioramento della percezione emotiva dell'utente verso se stesso, l'altro e i contesti per potenziare le relazioni interpersonali e familiari. Il lavoro riabilitativo -educativo punta a stimolare le risorse inesprese dell'utente, a far emergere la soggettività, per raggiungere un migliore livello di soddisfazione, equilibrio e integrazione.

### **3) PIC-M orientati alla promozione e al mantenimento di abilità strumentali di vita quotidiane e lavoro/studio**

Gli obiettivi principali sono:

- favorire lo sviluppo delle capacità e competenze per la gestione della cura di sé e della vita quotidiana;
- potenziamento delle abilità relative all'istruzione, all'occupazione lavorativa e all'accesso ai servizi della comunità di appartenenza.

All'interno delle équipe multiprofessionali, l'individuazione di un CM tra TeRP ed Educatori professionali per ogni paziente risulta centrale nel percorso riabilitativo e nasce innanzitutto dall'esigenza di armonizzare i diversi interventi riabilitativi coordinando le varie figure professionali che ruotano attorno al singolo utente. Al CM spetta il compito di saper creare un'efficace alleanza terapeutica con il paziente, premessa indispensabile per riuscire ad individuare, insieme a lui, quali specifici componenti dell'intervento riabilitativo vadano utilizzati, di volta in volta, per garantire che il progetto riabilitativo risulti, nel suo complesso, efficace in rapporto agli esiti, coerente con i valori del paziente e armonizzato all'interno del gruppo.

Il modello organizzativo del Case Management valorizza gli operatori della riabilitazione con funzione di CM, per farne attivatori o agenti di rete, per favorire la crescita di figure di riferimento che all'interno dell'équipe multiprofessionali possano "garantire il percorso di cura" nei suoi molteplici aspetti, per e con il paziente. Impegno del CM è di promuovere sempre il lavoro d'équipe, la inter-professionalità, quale "base sicura" nell'operatività della prassi lavorativa in salute mentale, che sostiene la persona in difficoltà sia sul piano emotivo che cognitivo consentendole di raggiungere la maggior autonomia possibile.

In ultimo, è necessario sottolineare che il lavoro di équipe diventa pertanto centrale. Con "lavoro di équipe" si intende un lavoro sostenuto da operatori (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, TeRP/) con diverse professionalità che si completano armonicamente tra loro, in cui la diversità di ruoli e competenze si manifesta come ricchezza di "punti prospettici" e particolari "utensili", in grado di generare un progetto terapeutico integrato e di costituirsi come riferimento stabile per il paziente nel tempo. Il lavoro in équipe è fondamentale per svolgere efficacemente funzioni a livello preventivo, curativo e riabilitativo e per costruire i vari e complessi percorsi di cura personalizzati. La scelta del CM riabilitativo all'interno dell'équipe multiprofessionale è individuata in base al bisogno prevalente dell'utente e quindi all'indirizzo che l'équipe vuole dare alla dimensione terapeutico-riabilitativo del PIC-M oltre alla possibilità per

l'utente di usufruire fin da subito di interventi riabilitativi specifici.

## **BIBLIOGRAFIA**

- DECRETO 29 marzo 2001, n. 182. Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica. (GU Serie Generale n.115 del 19-05-2001).
- Decreto Ministeriale 520/1998 Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale.
- Riabilitazione psichiatrica di William Anthony - Mickal Cohen - Marianne Farkas - Cheryl Gagne, CIC Edizioni Internazionali; 1° edizione 2003.
- Principi di riabilitazione psichiatrica di Paola Carozza, Franco Angeli Editore 1<sup>a</sup> edizione 2006.
- La riabilitazione psichiatrica di Robert P. Liberman (Autore), S. Brambilla (Curatore), Barraco (Traduttore), Raffaello Cortina Editore, 1997
- Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica di R. Famulari, L. Fierro, D. Parigi, E. Rovigo, D. Ussorio, Alpes Italia S.R.L. editore, edizione 2019.
- Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica di A. Vita, L. Dell'Osso, A. Mucci, Giovanni Fioriti Editore, edizione 2019.





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 1REGIONE  
LAZIO

Allegato Aa

NUMERO	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	CODICE
1	<i>Nutrizione squilibrata (superiore al fabbisogno metabolico)</i>	00001
2	<i>Nutrizione squilibrata (inferiore al fabbisogno metabolico)</i>	00002
3	<i>Alterazione della comunicazione</i>	00003
4	<i>Difficoltà di Interazioni sociali</i>	00004
5	<i>Rischio di isolamento sociale</i>	00005
6	<i>Alterazione dei rapporti familiari</i>	00006
7	<i>Coping inefficace</i>	00007
8	<i>Coping compromesso della famiglia</i>	00008
9	<i>Non adesione</i>	00009
10	<i>Gestione inefficace del regime terapeutico</i>	00010
11	<i>Compromessa gestione del mantenimento della casa</i>	00011
12	<i>Mantenimento inefficace della salute</i>	00012
13	<i>Sviluppo deficitario della persona adulta</i>	00013
14	<i>Cura di sé deficitaria (bagno, vestirsi, strumentale)</i>	00014
15	<i>Senso di impotenza</i>	00015
16	<i>Confusione mentale acuta o cronica</i>	00016
17	<i>Processo del pensiero alterato</i>	00017
18	<i>Bassa stima di sé e situazionale</i>	00018
19	<i>Rischio di violenza rivolta a sé o ad altri</i>	00019
20	<i>Ansia</i>	00020
21	<i>Rischio di suicidio</i>	00021
22	<i>Alterazione dell'identità personale</i>	00022
23	<i>Disponibilità a migliorare il benessere</i>	00023
24	<i>Disponibilità a migliorare i processi familiari e sociali</i>	00024
25	<i>Disponibilità a migliorare l'autogestione della salute</i>	00025

**ASL Roma 1**

**Allegato A**

**Scheda Rilevazione Dati Pazienti con Problematiche Giudiziarie in corso**

<b>A</b>	<b>DATI PAZIENTE</b>	
	Cognome..... Nome.....	
	Data e luogo di nascita.....	
	Domicilio .....	
	Residenza.....	
	Cittadinanza.....	
	Se non cittadino italiano indicare se:	
	In possesso di permesso di soggiorno	[si] [no]
	Rifugiato	[si] [no]
	Altro (specificare).....	
	Contatto telefonico.....	
	.....	
	Rete familiare/ sociale/ MMG (indicare eventuali figure di riferimento con cui il paziente mantiene i rapporti) .....	
	.....	
	.....	
	Titolo di studio.....	[si] [no]
	Occupato (specificare occupazione) .....	[si] [no]
	Pensionato (specificare).....	[si] [no]
	Invalido civile (specificare percentuale) .....	[si] [no]
	Provvedimenti giudiziali a tutela (specificare se interdetto, amministrato ecc...)	
	.....	
	Cartella clinica n..... Data apertura trattamento.....	
	Diagnosi..... Cod. ICD IX.....	
	Cod. ICD X.....	

<b>B</b>	<p align="center"><b>INFORMAZIONI SUL PERCORSO GIUDIZIARIO</b></p> <p><b>Tipo di reato:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Contro la persona</li> <li>Contro il patrimonio</li> <li>Contro la famiglia</li> <li>Legge droga</li> <li>Reati on line - Cyberbullismo</li> <li>Violenza di genere</li> </ol> <p>Specificare.....</p> <p>Procedimento penale ancora in corso</p> <p>Indicare magistratura competente.....</p> <p>Misura restrittiva in corso <u>Tribunale Ordinario</u> (se in corso, indicare quale misura tramite numero corrispondente elenco)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Detenzione IP</li> <li>Affidamento in prova</li> <li>Messa alla prova</li> <li>Arresti domiciliari</li> <li>Custodia cautelare in luogo di cura (art. 286 cpp)</li> <li>Misura di sicurezza detentiva (REMS) provvisoria (art. 206 cp)</li> <li>Misura di sicurezza detentiva (REMS) definitiva (art. 222/219 cp)</li> <li>Misura di sicurezza non detentiva provvisoria (libertà vigilata)</li> <li>Misura di sicurezza non detentiva definitiva (libertà vigilata)</li> <li>Casa di Lavoro</li> </ol>	<p>[ ]</p> <p>[si] [no]</p> <p>[ ]</p>
	<p>Misura restrittiva in corso <u>Tribunale per i Minorenni</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Detenzione IPM</li> <li>Misure Cautelari non detentive DPR 448/88</li> <li>Prescrizioni</li> <li>Permanenza in casa</li> <li>Collocamento in comunità             <ol style="list-style-type: none"> <li>Socio Educativa</li> <li>CT</li> </ol> </li> <li>Messa alla prova</li> <li>Misure alternative alla detenzione             <ol style="list-style-type: none"> <li>Detenzione domiciliare</li> <li>Affidamento in prova al Servizio Sociale</li> </ol> </li> <li>Misura di sicurezza DPR 448/88             <ol style="list-style-type: none"> <li>Libertà vigilata</li> <li>CT</li> </ol> </li> </ol> <p>In caso di misura di sicurezza definitiva indicare il Magistrato di Sorveglianza di riferimento.....</p> <p>Scadenza misura.....</p>	<p>[ ]</p>



**C****INFORMAZIONI SUL PERCORSO DI CURA****Paziente conosciuto dai Servizi Territoriali Salute Mentale prima dell'evento reato****[si] [no]****ASL di riferimento** \_\_\_\_\_**Servizio di riferimento** \_\_\_\_\_**Paziente doppia diagnosi seguito anche dal SERD****[si] [no]****Paziente seguito in collaborazione con altri servizi sanitari non del DSM**  
**(specificare)**.....**[si] [no]****Progetto terapeutico in corso****(se ancora non elaborato indicare il motivo tramite numero corrispondente elenco)**

1. Il paziente è ancora in misura di sicurezza detentiva e deve essere rivalutato
2. Segnalazione molto recente - In valutazione
3. La misura restrittiva in corso non consente ancora l'elaborazione di un progetto  
(non autorizzazione del magistrato)
4. Altro (specificare).....  
.....

**[ ]****Tipo di progetto terapeutico elaborato:**

1. STPIT
2. SRTRi
3. SRTRe
4. SRSR h24
5. SRSR h12
6. Altra residenzialità (specificare) .....
7. A domicilio con presa in carico ambulatoriale
8. A domicilio con presa in carico ambulatoriale e progetto riabilitativo (specificare)  
.....  
.....

**[ ]****Eventuali criticità rilevate**.....  
.....  
.....**Luogo in cui si trova il paziente**.....

<b>D</b>	<p style="text-align: center;"><b>EQUIPE DI RIFERIMENTO</b></p> <p style="text-align: center;">(indicare nominativi e ruolo professionale)</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> <p>4. ....</p> <p>5. ....</p> <p>Case Manager .....</p>	
----------	---	--

<b>Data prima compilazione</b>	
<b>Responsabile UOS CSM</b>	
<b>Direttore UOC</b>	

**ASL Roma 1**

**Allegato B**

**Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) da compilarsi in base alla competenza territoriale per tutti gli internati entro 45 giorni dall'arrivo in REMS e per tutti i presenti in OPG.**

<b>DATA COMPILAZIONE:</b> ____/____/____	
<b>DATI SERVIZIO</b>	<b>CSM competente</b> <span style="float: right;"> _ _ _ </span>
	<b>Medico referente</b>
	<b>Équipe curante</b>
<b>Denominazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario/REMS dove si trova l'internato/detenuto</b>	
<b>ID SMOP</b>	
<b>Cognome e nome del paziente, solo nel caso in cui questa scheda vada inviata all'Autorità Giudiziaria competente</b>	
<b>Sesso dell'internato/detenuto</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Categoria giuridica (Art.)</b>	_ _ _
<b>Qualora si tratti di un soggetto inserito con categoria giuridica Art. 206, era già conosciuto presso il CSM competente della ASL?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Considerando la presa in carico nell'ambito delle strutture assistenziali previste dal DCA 8/2011, il soggetto appare dimissibile alla data odierna?</b> <b>01. = SI, sono presenti le condizioni cliniche per una presa in carico territoriale (→ Sez. A);</b> <b>02. = NO, le condizioni cliniche devono essere rivalutate (→ Sez. B);</b> <b>03. = NO, non sono presenti le condizioni cliniche per una presa in carico territoriale (→ Sez. C);</b> <b>04. = NO, non inseribile in progetto territoriale, in quanto detenuto (artt. 111 – 112 – 148)</b>	_ _



**COMPILARE UNA SOLA FRA LE SEZIONI "A", "B", "C"**

[illegible]

**B. L'ESITO DELLA VALUTAZIONE È STATO UN PARERE CLINICO PER CUI "LE CONDIZIONI CLINICHE DEVONO ESSERE RIVALUTATE", NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI PREVISTE DAL DCA 8/2011**

Quali sono le cause che richiedono una rivalutazione delle condizioni cliniche (entro tre mesi dalla valutazione precedente):

- ☐ dubbio diagnostico per patologie concomitanti
- ☐ quadro psicopatologico non compensato
- ☐ recente fallimento della Misura di Sicurezza non detentiva
- ☐ altro (specificare)

Note e Osservazioni:

**C. L'ESITO DELLA VALUTAZIONE È STATO UN PARERE CLINICO CHE HA DEFINITO "NON PRESENTI LE CONDIZIONI CLINICHE IDONEE ALLA PRESA IN CARICO TERRITORIALE", NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI PREVISTE DAL DCA 8/2011.**

**Specificare gli elementi che hanno determinato la valutazione indicata al punto C :**



**FUNZIONIGRAMMA**

<b>Direttore UOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sottoscrive la “Scheda rilevazione dati pazienti con problematiche giudiziarie in corso” e tutte le relazioni in uscita indirizzate all’A.G. riguardanti i PAdR.</li> <li>riceve tempestivamente gli aggiornamenti sulle criticità poste dalla presa in carico di tali pazienti e sull’avanzamento del PTI.</li> <li>partecipa alle riunioni con i Referenti UOC AdR organizzate dal CAdR con finalità di aggiornamento sulla normativa nazionale e regionale, sul flusso delle informazioni, sui progetti di cura anche per evidenziarne le criticità.</li> </ul>
<b>Responsabile UOS CSM PIP SM e TSMREE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>riserva con cadenza almeno trimestrale - e comunque su segnalazione dei Referenti UOC AdR - uno spazio all’interno della riunione del STSM per l’aggiornamento sui PTI dei PAdR;</li> <li>sottoscrive la “Scheda rilevazione dati pazienti con problematiche giudiziarie in corso”.</li> </ul>
<b>EdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>detiene la responsabilità del progetto condivisa sulla base delle diverse competenze professionali;</li> <li>con il supporto dei Referenti UOC AdR e del Responsabile UOS cura la tenuta della documentazione giudiziaria nella cartella clinica;</li> <li>compila la “Scheda di rilevazione dati pazienti con problematiche giudiziarie in corso” trasmettendola al Referente UOC AdR;</li> <li>adotta le linee operative delle Procedure R.O.M.A. 1.0 per la gestione clinica del paziente recandosi anche in REMS o in IP qualora necessario per effettuare le opportune valutazioni;</li> <li>compila il PTRI dei PAdR ricoverati in REMS entro 45 giorni dall’ingresso e lo trasmette al CAdR per consentirne il caricamento nello SMOP; i successivi PTRI andranno compilati a cadenza trimestrale;</li> <li>s’interfaccia con l’équipe dei servizi/istituzioni invianti per l’elaborazione di progetti condivisi;</li> <li>segnala eventuali criticità al Referente UOC AdR al fine di attivare se necessario la consulenza con il CAdR,</li> <li>cura i contatti con gli <i>stakeholders</i> nella gestione dei pazienti autori di reato;</li> <li>garantisce il periodico monitoraggio dei progetti d’inserimento residenziale con le équipes delle strutture e adotta tutte le opportune misure per consentire, laddove possibile, il passaggio in strutture con gradiente assistenziale idoneo alle condizioni cliniche e alle capacità di autonomia dei pazienti;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• supporta le équipes delle strutture residenziali nei dovuti aggiornamenti e comunicazioni con le AA.GG.;</li> <li>• richiede alla UVM centrale la valutazione degli inserimenti di PAdR nelle SRP a gestione diretta;</li> <li>• cura progetti di rientro presso il proprio domicilio ovvero in <i>cohousing</i> anche con possibilità di assistenza domiciliare.</li> </ul>
<b>Case Manager</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• è individuato tra gli operatori componenti l'équipe multiprofessionale,</li> <li>• svolge le funzioni indicate nelle Procedure R.O.M.A. 1.0</li> </ul>
<b>Referente UOC AdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cura l'elenco dei PAdR con aggiornamenti periodici inserendo tempestivamente le segnalazioni di nuovi procedimenti giudiziari in corso;</li> <li>• partecipa ai gruppi di lavoro dedicati all'elaborazione di procedure, buone prassi e altro su tematiche riguardanti la presa in carico di PAdR;</li> <li>• facilita il flusso d'informazioni tra STSM e Direzione DSM così come all'interno dei propri STSM raccordandosi con il Direttore di UOC e il Responsabile UOS CSM;</li> <li>• segnala criticità al CAdR</li> <li>• partecipa con continuità alle riunioni di servizio in occasione della discussione dei PTI dei PAdR e alle riunioni di coordinamento DSM.</li> </ul>
<b>Assistente Sociale EdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ha un ruolo specifico nel:</li> <li>- facilitare i contatti REMS/Famiglia (p.es. invio di documenti importanti alla prosecuzione del percorso);</li> <li>- monitorare le procedure per l'assolvimento dell'istanza di Amministratore di Sostegno (a volte richiesto anche dal Tribunale di Sorveglianza);</li> <li>- supportare le attività a favore di stranieri senza residenza (ad es. lavoro di rete per l'accesso a Uffici, servizi e benefici per coloro che pur, avendo i requisiti soggettivi, risultano privi di riferimenti)</li> </ul>
<b>Coordinamento AdR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• supporta nella risoluzione delle criticità segnalate dai referenti UOC/EdR nella gestione dei PAdR;</li> <li>• aggiorna lo SMOP e lo utilizza per la raccolta dati sul flusso dei PAdR ricoverati in REMS;</li> <li>• facilita il raccordo delle informazioni da e per i STSM con il coinvolgimento dei Referenti UOC AdR;</li> <li>• supporta i Referenti UOC AdR nell'aggiornamento degli elenchi dei PAdR;</li> <li>• propone e coordina piccoli gruppi di lavoro tematici per l'elaborazione di buone prassi, procedure, partecipazione a bandi e altro a favore dei PAdR;</li> <li>• supporta l'UVM centrale nella valutazione degli inserimenti di PAdR nelle strutture residenziali a gestione diretta;</li> <li>• struttura la rete di contatti interistituzionali per la elaborazione di procedure condivise, facilitando i rapporti tra diverse agenzie;</li> <li>• svolge attività di informazione/aggiornamento a favore degli operatori del DSM su tematiche riguardanti l'ambito giudiziario, la normativa ed eventuali strumenti per migliorare la gestione e il monitoraggio dei progetti di cura relativi a tale utenza</li> </ul>