

**PROTOCOLLO DI INTESA PER IL POTENZIAMENTO DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA
OSPEDALE-TERRITORIO**

tra

UU.OO.CC. TERRITORIALI E I SPDC DI FOSINONE E DI SORA-CASSINO DEL DSM PD

Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (**PANSM**), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, individua i modelli clinico-organizzativi volti a governare i processi di cura per le patologie psichiatriche. Il documento indica quattro percorsi di cura per i disturbi mentali gravi: i disturbi schizofrenici, i disturbi depressivi, il disturbo bipolare e i disturbi gravi dipersonalità. Tutti e quattro i percorsi sono costruiti per fasi di malattia (l'esordio, l'episodio acuto, la fase dei trattamenti continuativi e a lungo termine a livello territoriale), tenendo anche conto della gravità del paziente, in quanto il percorso di cura è basato su sequenze di processi clinici differenziati a seconda dei livelli di gravità dell'espressione psicopatologica e della compromissione funzionale del paziente (*stepped care*).

Tra i punti qualificanti comuni ai quattro percorsi vi è l' "adozione di criteri per garantire la continuità di cure". Il PANSM riconosce come elemento critico dei percorsi di cura la continuità tra ospedale e territorio e fornisce raccomandazioni in merito:

"Al momento della dimissione, al fine di favorire la continuità della cura, il paziente riceve in tempi brevi un appuntamento in CSM e viene seguito in modo intensivo a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto. Nei pazienti con ricadute frequenti/condizione clinica instabile durante la degenza o alla dimissione, viene attuata una revisione del programma di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare del CSM o dell'equipe congiunta CSM - SPDC."

L'attività congiunta e coordinata delle équipes del CSM e del SPDC risulta quindi essere interscambio fondamentale del complesso percorso di cura dei pazienti con patologia psichiatrica grave. Il monitoraggio dei percorsi avviene attraverso indicatori clinici, variabili che misurano la qualità professionale in ambito clinico e pongono attenzione ad uno specifico evento clinico o assistenziale ritenuto rilevante e significativo.

In ognuno dei quattro percorsi di cura indicati dal PANSM, nella gestione della fase acuta, sono presenti indicatori che fanno riferimento alla continuità ospedale-territorio:

	INDICATORI DEL PANSM
DISTURBO SCHIZOFRENICO	S20. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC (N%)
	S21. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC (N%)
DISTURBO BIPOLARE	BP18. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione (N%)
	BP19. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC (N%)
DISTURBO DEPRESSIVO	D11. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione (N%)
	D12. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC (N%)
DISTURBO GRAVE DI PERSONALITA'(DGP)	Il PANSM non fornisce indicatori specifici che fanno riferimento alla continuità ospedale-territorio. Tuttavia, diversi indicatori della gestione della fase acuta (DGP9, 10,12), implicano azioni coordinate tra le équipes ospedaliera e territoriale.

Finalità e Partner

Nell'ambito della programmazione delle attività del DSMPD della ASL di Frosinone, tra gli obiettivi di budget è stato individuato il “**Potenziamento della continuità terapeutica Ospedale-Territorio**”, sulla base del quale sono stati declinati obiettivi specifici: 1. miglioramento della comunicazione formale territorio-ospedale; 2. miglioramento della *compliance* terapeutica.

Target delle procedure prodotte sono gli utenti e gli operatori dei servizi.

Livelli di collaborazione

Sono stati istituiti gruppi di lavoro tra le U.O.C. territoriali per:

1. la redazione una scheda informativa condivisa per l'invio delle comunicazioni relative ai pazienti in carico presso i CSM, in caso di necessità di ricovero in SPDC (**Mod.1**);
2. redazione una scheda informativa condivisa per la regolamentazione dei contatti tra le equipe territoriali ed ospedaliere in caso di paziente ricoverato in SPDC, in preparazione alla dimissione (**Mod.2**);
3. Condivisione delle schede redatte con la UOC SPDC.

I Partner Firmatari

Data_____

**PROTOCOLLO DI INTESA PER IL POTENZIAMENTO DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA
OSPEDALE-TERRITORIO
UU.OO.CC. TERRITORIALI E I SPDC DI FOSINONE E DI SORA-CASSINO DEL DSM PD**

MOD. 2 : SCHEDA INFORMATIVA REDATTA DAL SPDC

**AL FINE DI GARANTIRE LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA E DI PROMUOVERE UN'ADEGUATA
COMPLIANCE AL PERCORSO DI CURA
SI RICHIEDE**

APPUNTAMENTO PRESSO IL SERVIZIO DI COMPETENZA TERRITORIALE

INCONTRO CON L'EQUIPE E CON IL PAZIENTE PRESSO IL SPDC

DATI PAZIENTE	
NOME	COGNOME
NATO A	IL
RESIDENTE A	IN VIA
CF	MEDICO DI BASE
PERSONE REFERENTI	RECAPITI UTILI
STATO OCCUPAZIONALE	CODICE ESENZIONE

RICOVERATO PRESSO IL SPDC DI FROSINONE DAL _____ AL _____ PRIMO RICOVERO SI NO

MOTIVO DEL RICOVERO E DIAGNOSI

TERAPIA IN CORSO

PATOLOGIE MEDICHE E/O CHIRURGICHE DI RILIEVO

GIÀ IN CARICO PRESSO IL SERVIZIO DI EQUIPE CURANTE: MAI SEGUITO PRESSO SERVIZI DEL DSM PD

Timbro e firma

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO PER INVIO RISPOSTA:

SI CONCORDA

INCONTRO CON L'EQUIPE E CON IL PAZIENTE PRESSO IL SPDC PER IL GIORNO _____ ORE _____
CON IL DOTT. _____

APPUNTAMENTO PRESSO IL CSM DI COMPETENZA TERRITORIALE PER IL GIORNO _____ ORE _____
CON IL DOTT. _____

Timbro e Firma

**PROTOCOLLO DI INTESA PER IL POTENZIAMENTO DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA
OSPEDALE-TERRITORIO tra
LE UU.OO.CC. TERRITORIALI I SPDC DI FOSINONE E DI SORA-CASSINO DEL DSM PD**

MOD. I: Scheda informativa redatta dal CSM.

RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO IL SPDC

AL FINE DI GARANTIRE LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA E DI PROMUOVERE UN'ADEGUATA COMPLIANCE AL PERCORSO DI CURA, SI TRASMETTE SCHEDA INFORMATIVA CONTENENTE I DATI PERSONALI E CLINICI.

DATI PAZIENTE	
NOME	COGNOME
NATO IL	A
RESIDENTE A	IN VIA
C.F.	MEDICO DI BASE
PERSONE REFERENTI	RECAPITI UTILI
STATO OCCUPAZIONALE	CODICE ESENZIONE

SEGUITO DAL SERVIZIO DI	DAL
DIAGNOSI PRINCIPALE (ICD 9 CM):	DIAGNOSI SECONDARIA
EQUIPE CURANTE: PSICHIATRA	ASSISTENTE SOCIALE
PSICOLOGO	INFERMIERE

TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA IN CORSO:	
TERAPIA LONG ACTING:	ULTIMA FIALA
ALTRA TERAPIA IN CORSO:	

MOTIVO DELL'INVIO

PATOLOGIE INTERNISTICHE O CHIRURGICHE DI RILIEVO

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO.
Alla dimissione si prevede:
<input type="radio"/> Rientro a casa e trattamento ambulatoriale
<input type="radio"/> Ricovero in STPIT per stabilizzazione del quadro clinico (se SI indicare se il paziente è già in lista d'attesa) _____
<input type="radio"/> Inserimento in SRTR (se SI indicare quale struttura è stata scelta) _____

Timbro e firma