

LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E
DEL BENESSERE NELLE PERSONE ALLA PRIMA
MANIFESTAZIONE PSICOTICA O AD ALTO RISCHIO DI
PSICOSI

L'esperienza del PDTA "Esordi Psicotici" del DAISM-DP AUSL Parma

Bologna, 24/11/2025

Elisa Franceschi, Daniele Landini, Derna Palmisano, Clara Pellegrini

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
AUSL Parma

Note anamnestiche

- 25 anni, figlio unico, vive con la madre
- Genitori divorziati
- Diploma Istituto tecnico
- Dopo il diploma diversi lavori (operaio, postino, consegna pizze, addetto gastronomia) ultimo interrotto per scadenza del contratto poco prima dell'accesso ai servizi
- Accesso al CSM su indicazione MMG, ricovero DH, SPOI
- Diagnosi di dimissione Schizofrenia, terapia con Paliperidone palmitato 150 mg 1 fl IM ogni 28 giorni e Clozapina 350 mg/die

Segnalazione al percorso mC RTI F.Santi

Scarsa aderenza al percorso di cura

Vissuti di angoscia sottesi da ideazioni di nocimento progressivamente strutturate

Disorganizzazione comportamentale, abbandono percorso universitario,

Assunzione irregolare fino a sospensione della terapia farmacologica

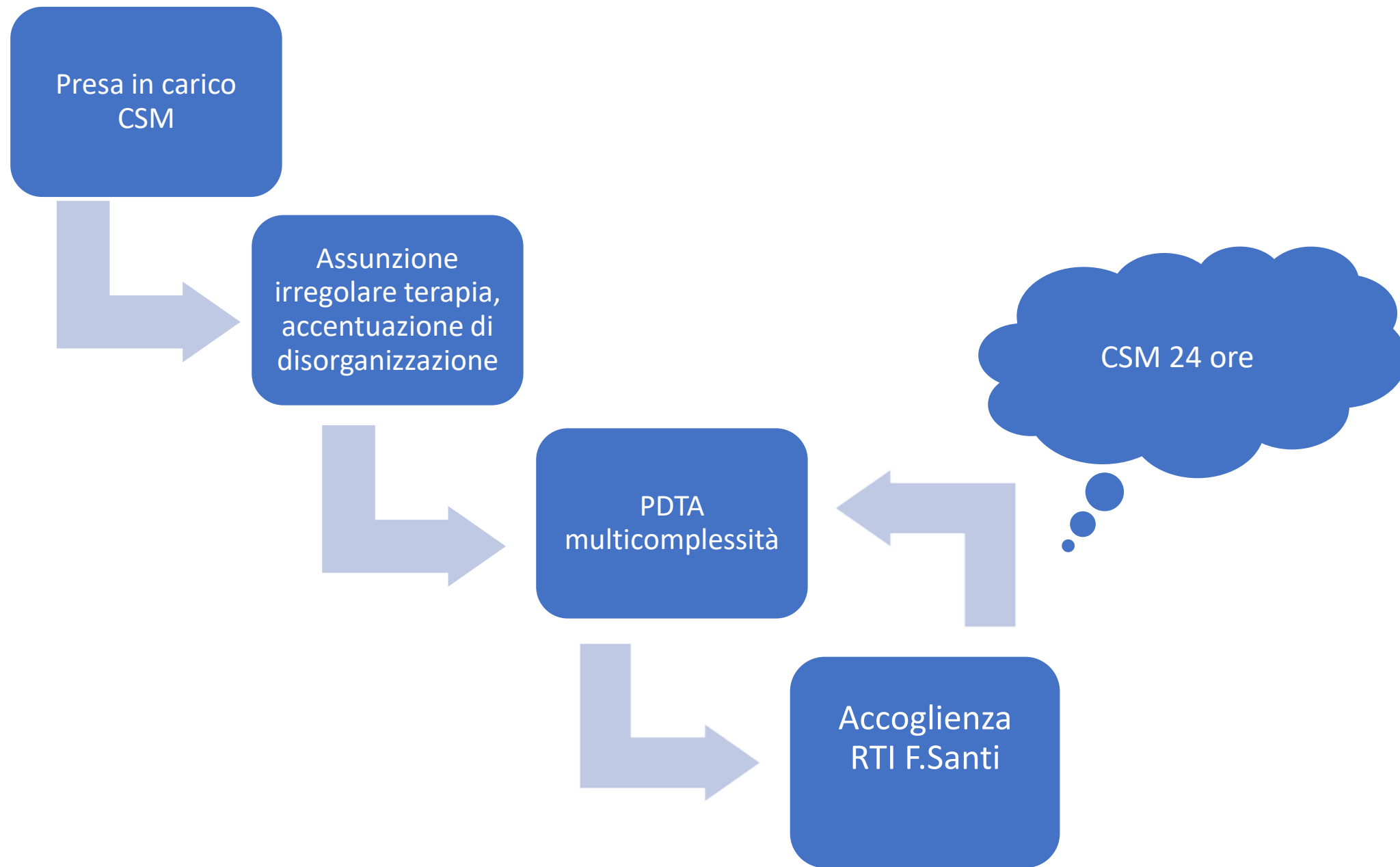
Ricovero presso la Residenza a Trattamento Intensivo “F.Santi”

Ingresso:

vigile, orientato, curato nella persona, composto nel comportamento ma lievemente irrequieto, mimica tesa con commozione

Eloquio allusivo, perdita della coesione ideativa, umore irritabile

Interpretatività ed esperienze di autoriferimento, non evidenza di dispercezioni



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Parma

Consiste di quattro aree

- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (0-17 anni)
- Salute mentale adulti (>18 anni)
- Dipendenze patologiche (15-64 anni)
- Psicologia clinica e di comunità

Per ogni area si articolano:

- Servizi territoriali
 - Servizi ospedalieri
- 
- Centri di salute mentale
 - Day Hospital
 - Residenze:
 - A trattamento intensivo
 - A trattamento estensivo/protratto
 - Socio-riabilitative

PDTA multicomplexità: alcune premesse

- Approccio dimensionale e funzionale
- Riferimenti al modello vulnerabilità/stress, bisogni/risorse, fattori di rischio/fattori protettivi
- Attenzione alle dinamiche relazionali e di contesto, ai processi di cronicizzazione e perdita del ruolo sociale
- Considerare la «stabilizzazione» all'interno di una logica evolutiva
- Necessità di superare l'approccio tradizionale della riabilitazione «di transizione» verso una riabilitazione «di situazione»

Assertive community treatment (act)

Modello teorico di riferimento per persone con disturbi mentali gravi

Basato su cure e trattamenti intensivi e continuativi centrati sull'assistenza sul territorio, nella comunità, accompagnando la persona nella sua quotidianità

**COCOSTRUZIONE DI PROGRAMMI DI CURA PER
PROGETTI INDIVIDUALIZZATI**

Flexible Assertive Community Treatment (modello fact)

Si fonda sul modello bio-psico-sociale:

- (a) la gestione del disturbo e dei relativi sintomi (trattamento)
- (b) orientamento e assistenza pratica nella quotidianità
- (c) riabilitazione
- (d) supporto alla recovery

Tutto ciò viene fornito da un team integrato

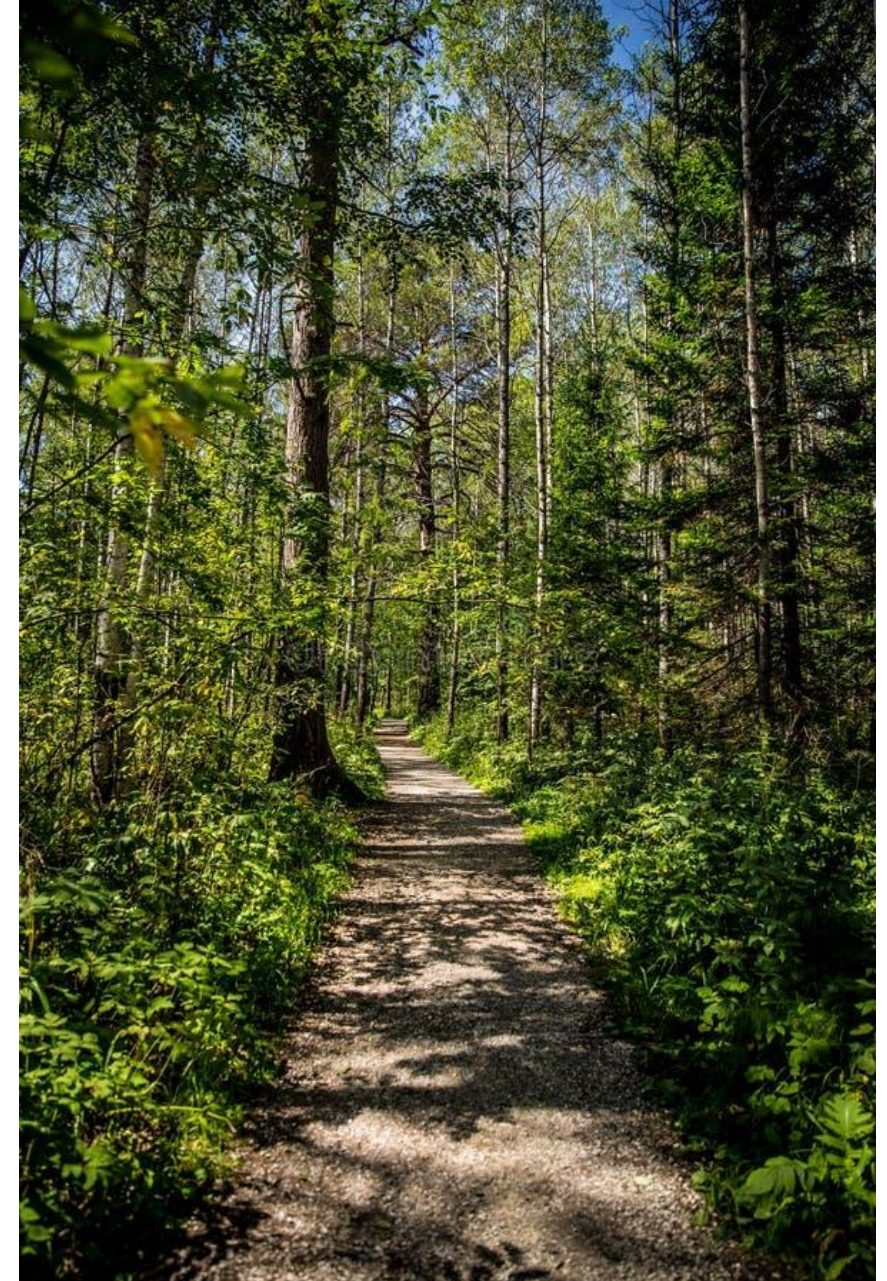
Il FACT si pone l'obiettivo di assicurare un'assistenza continuativa, per prevenire i ricoveri in ospedale e promuovere l'inclusione, cosicché i pazienti possano essere partecipi alla vita della comunità

PDTA Multicomplexità

Obiettivi:

- Punto di riferimento aperto 24 ore
- Flessibilità di intervento: operatori impiegati in attività residenziali, semiresidenziali, domiciliari
- Rapida attivazione di risorse/opzioni improntate alla recovery che evitino la perdita immediata di contatto con la rete dei servizi e il contesto di vita e riducano l'ospedalizzazione
- approccio diagnostico assistenziale basato sull'evidenza e sulle esperienze acquisite, prevedendo un trattamento tempestivo, interdisciplinare, integrato tra Servizi ed Agenzie del territorio ed articolato in fasi e livelli di intervento

- **La multicomplexità è una fase transitoria, ad elevata intensità, di un percorso di cura**
- **Può integrarsi con altri strumenti orientati alla recovery come il Budget di Salute**
- **Modello orientato alla recovery, alla prevenzione dell'esclusione e dell'abbandono favorendo inclusione sociale (multiculturalità)**
- **Ricovero domiciliare**
- **Comunità curante**



I valori

Modello di lavoro fondato sull'equipe nella comunità con la persona, la sua dignità, i suoi diritti a partire dall'autodeterminazione

La riforma «sarà sempre un progetto perché non avrà mai fine, è sempre qualcosa che muta e mutando crea contraddizioni»
(Franco Basaglia)

Sistema unitario e finalizzato al compito della cura della persona, uno sforzo che vede il sistema non dal lato dell'erogatore e/o del budget economico ma delle risposte necessarie ai bisogni

PDTA multicomplexità: a chi si rivolge

Il PDTA si applica a tutte le articolazioni del DAISM-DP in collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie e i Servizi Ospedalieri

- Avere un disturbo psichiatrico che richiede assistenza e trattamento
- Presenza di gravi limitazioni nel funzionamento sociale
- Le limitazioni sociali sono la causa e la conseguenza della psicopatologia
- Si tratta di problemi sistematici a lungo termine

PDTA multicomplexità: a chi si rivolge

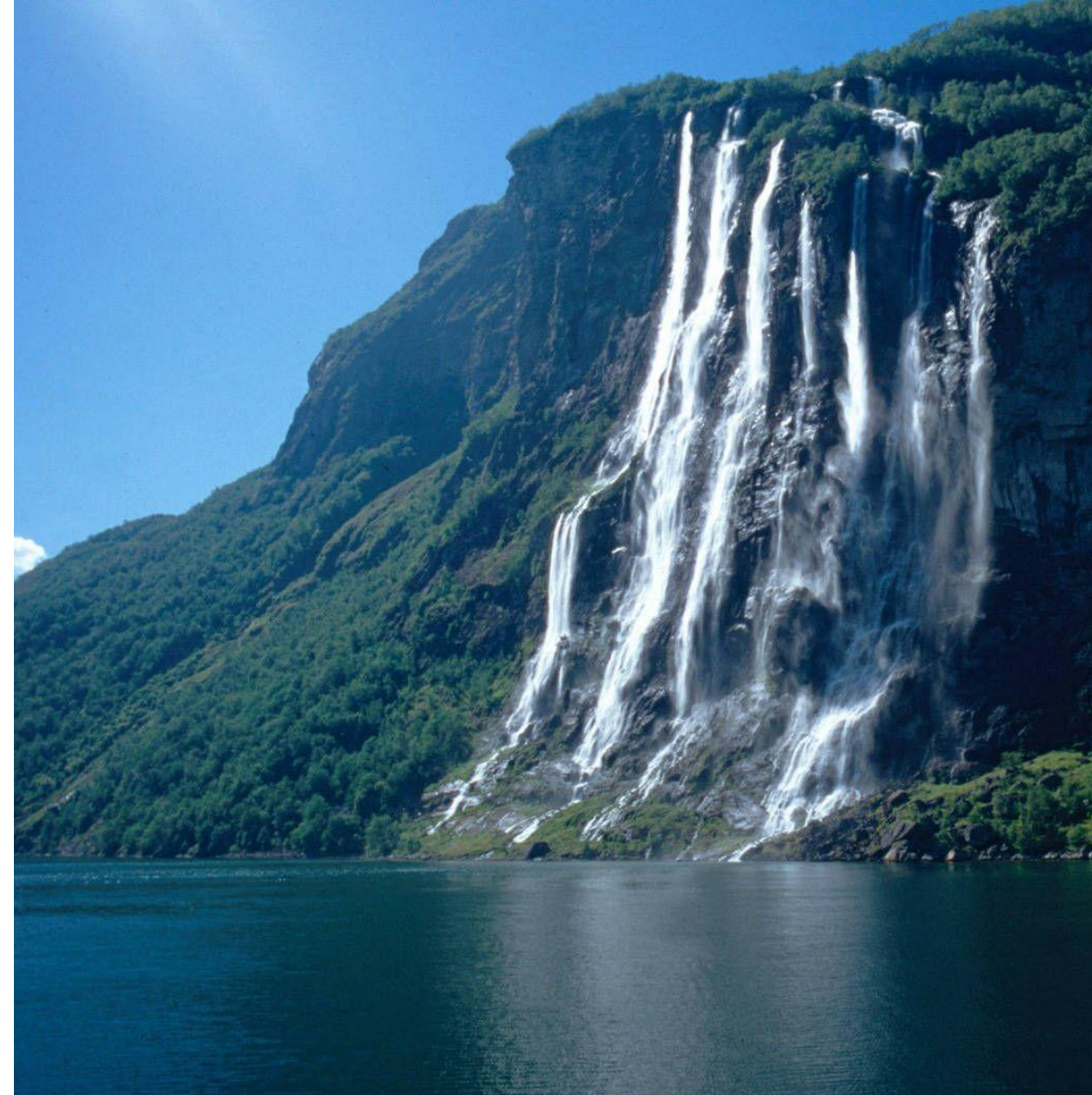
Il PDTA si applica a tutte le articolazioni del dipartimento:

- Persone di età compresa tra 16 e 54 anni
- PDTA EP attivato > 2 anni e/o PDTA DGP attivato > 2 anni, PDTA DCA attivato età > 35 anni, PDTA autismo, pazienti NPIA > 16 anni con tutela minori o necessità di continuità di cure, percorsi giudiziari
- Budget di salute già attivato in un area (asse abitare, lavoro, socialità)
- GAF < 50 oppure HoNOS > 18
- Patologie somatiche/condizioni familiari, personali e sociali ad alto impatto sul funzionamento

La valutazione viene effettuata dall'equipe multicomplexità su richiesta del case manager del CSM, avvalendosi della checklist mC

Le «sette c»

1. CURE (CURA)
2. CARE (ASSISTENZA)
3. CRISIS (CRISI)
4. CLIENT EXPERTISE (COMPETENZE)
5. COMMUNITY SUPPORT (SUPPORTO TERRITORIALE)
6. CONTROL (CONTROLLO)
7. CHECK (VERIFICA)



Tornando ad Alberto

Scarsa consapevolezza di malattia ma presenza di una domanda di aiuto

Assunzione incostante della terapia farmacologica in relazione ad incremento ponderale (+15 kg in due anni, BMI 32,18 kg/m²)

Familiarità positiva per diabete e ipertensione

Isolamento relazionale

Scadimento del funzionamento

Ritiro domestico

Interruzione università

Madre portatrice di uno stato di sofferenza con vissuto di impotenza

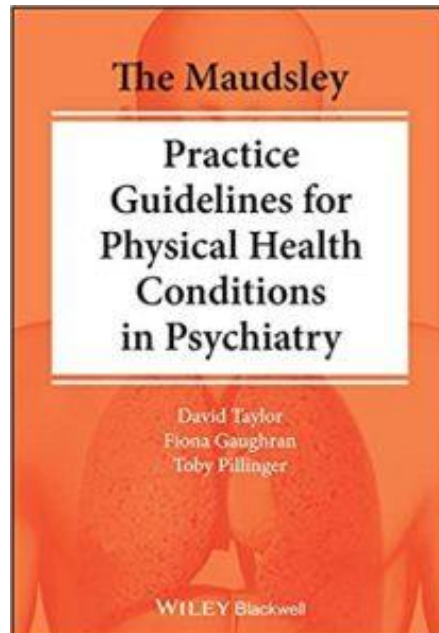
Un problema antico ma ancora attuale...



Le persone con schizofrenia hanno un'**aspettativa di vita** media di 15-20 anni inferiore rispetto alla popolazione generale

Stogios *et al.*, 2021

Il 60% della mortalità prematura è dovuta a condizioni internistiche, in particolare **patologie cardiovascolari**
Crump *et al.*, 2013



La prevalenza di **obesità, diabete, ipercolesterolemia** e **ipertensione** è 5 volte più elevata nei pazienti con schizofrenia rispetto alla popolazione generale

Correl *et al.*, 2013

Sindrome metabolica

La sindrome metabolica è una condizione clinica in cui diversi fattori correlati aumentano il rischio di sviluppare patologie cardiocircolatorie e diabete

Criteri	Valore
Circonferenza della vita (cm)	≥ 102 (≥ 40) per gli uomini ≥ 88 (≥ 35) per le donne
Glicemia a digiuno (mg/dL [mmol/L])	≥ 100 (≥ 5,6)
Pressione arteriosa (mmHg)	≥ 130/85
Trigliceridi, a digiuno (mg/dL [mmol/L])	≥ 150 (≥ 1,7)
Colesterolo lipoproteine ad alta densità (HDL) (mg/dL [mmol/L])	< 40 (< 1,04) per gli uomini < 50 (< 1,29) per le donne
*Almeno 3 criteri devono essere presenti per formulare diagnosi.	

Nel modello animale la dieta ricca di grassi aumenta **l'accumulo di acido palmitico nell'ippocampo** causando insulino-resistenza e alterando la neuroplasticità attraverso iperpalmitoilazione e ipofosforilazione del recettore AMPA

Spinelli et al., 2017



Studio condotto su 700 pazienti affetti da schizofrenia e disturbo bipolare: le **performance cognitive** peggiorano all'aumentare del **BMI**

Depp et al., 2014

Pazienti affetti da disturbo bipolare che presentano un **minore controllo glicemico** hanno una **patologia con decorso peggiore** (cicli rapidi, stati misti)

Calkin et al., 2015

- *La psicosi è associata a una disregolazione metabolica intrinseca anche indipendente dai fattori correlati allo stile di vita e ai trattamenti?*

First Episode Psychosis:

- alterazioni iniziali del metabolismo glucidico
(glicemia post prandiale, risposta al carico glucidico, insulino resistenza)
- *colesterolo totale e LDL inferiori rispetto ai controlli*

E' possibile che l'infiammazione possa spiegare questo assetto metabolico?

FEP drug naive presentano un quadro di **infiammazione sistemica** in cui si osserva insulino resistenza ma riduzione dei livelli di colesterolo (paradosso lipidico)



- *Quali sono gli effetti cardiometabolici delle terapie antipsicotiche?*

I pazienti trattati con antipsicotici hanno un'**aspettativa di vita maggiore** rispetto ai pazienti non trattati con antipsicotici
Taipale *et al.*, 2020



Migliore cura di sé
Meno incidenti e suicidi

Effetti
cardiometabolici della
terapia AP



Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis



Toby Pillinger*, Robert A McCutcheon*, Luke Vano, Yuya Mizuno, Atheeshaan Arumham, Guy Hindley, Katherine Beck, Sridhar Natesan, Orestis Eftimiou, Andrea Cipriani, Oliver D Howes

- *Come operatori della salute mentale, cosa possiamo fare per migliorare la salute fisica dei pazienti con disturbi mentali gravi?*

The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness



Joseph Firth, Najma Siddiqi*, Ai Koyanagi*, Dan Siskind*, Simon Rosenbaum*, Cherrie Galletly*, Stephanie Allan, Constanza Caneo, Rebekah Carney, Andre F Carvalho, Mary Lou Chatterton, Christoph U Correll, Jackie Curtis, Fiona Gaughran, Adrian Heald, Erin Hoare, Sarah E Jackson, Steve Kisely, Karina Lovell, Mario Maj, Patrick D McGorry, Cathrine Mihalopoulos, Hannah Myles, Brian O'Donoghue, Toby Pillinger, Jerome Sarris, Felipe B Schuch, David Shiers, Lee Smith, Marco Solmi, Shuichi Suetani, Johanna Taylor, Scott B Teasdale, Graham Thornicroft, John Torous, Tim Usherwood, Davy Vancampfort, Nicola Veronese, Philip B Ward, Alison R Yung, Eoin Killackey†, Brendon Stubbs†

Executive summary Background

and cardiovascular diseases that is 1·4–2·0 times higher than in the general population. Although cardio-

Lancet Psychiatry 2019;
6: 675–712

- migliorare la **cultura della salute fisica** all'interno dei servizi di salute mentale
- **integrare** le cure fisiche e psichiche
- migliorare il ricorso ad **accertamenti e trattamenti internistici** (Programma Leggieri)
- **fornire interventi sullo stile di vita**

Antipsicotici long acting e sindrome metabolica: risultati preliminari di un'indagine real world nel Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche AUSL Parma

ID 51

Clara Pellegrini^a, Gilberto Gerra^a, Leonardo Tadonio^a, Sara Cavatorta^a, Claudia Caselli^a,
Emanuela Sartori^a, Emanuela Bassi^a, Giancarlo Breviario^a

^a: Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale-Dipendenze Patologiche AUSL Parma, Italia

SCOPO DEL LAVORO

L'utilizzo di antipsicotici iniettabili long acting (LAI) è diffuso nella pratica clinica in relazione a problematiche di adesione al trattamento e nell'ottica di ottimizzare la terapia in virtù delle proprietà farmacocinetiche e del profilo di biodisponibilità. E' noto che gli antipsicotici atipici possono avere un impatto cardio-metabolico e che l'attenzione a tale aspetto appare ancora limitata nella pratica clinica quotidiana dei servizi di salute mentale.

Lo studio si pone l'obiettivo di condurre un'indagine real world sull'impatto degli antipsicotici LAI sul profilo cardio-metabolico, con attenzione alla prevalenza di sindrome metabolica, e sulla diffusione di interventi di prevenzione e promozione della salute nei servizi territoriali.

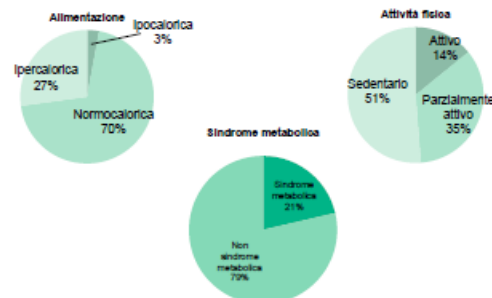
MATERIALI E METODI

I pazienti in trattamento con antipsicotici LAI sono stati valutati circa parametri antropometrici, pressione arteriosa, profilo glucidico e lipidico. Sono state somministrate interviste cliniche per la definizione del profilo di rischio relativo allo stile di vita, il test di Fagerström per l'abitudine tabagica e Alcohol Use Disorders Identification Test per il consumo di alcolici.

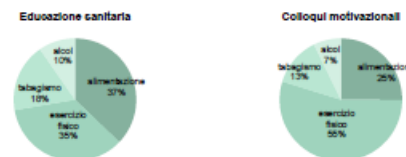
RISULTATI

Il campione è costituito da 206 pazienti (65,5% M) con diagnosi prevalente di Disturbo dello spettro della schizofrenia (79,1%). L'antipsicotico LAI maggiormente utilizzato è Paliperidone palmitato (70,4%). Il 36,4% del campione assume anche un antipsicotico orale.

Il 48,1% del campione presenta obesità addominale (F>M), 42,2% ipercolesterolemia (M>F), 22,3% ipertrigliceridemia (M>F), 19,4% iperglicemia (M>F), 19,4% ipertensione arteriosa (F>M). Il tasso di prevalenza di sindrome metabolica è del 21,4% (23,0% M, 18,30% F). Il 30,1% ha una dipendenza elevata dal tabacco, l'11,2% ha condotte di consumo alcolico a rischio.



Sono stati erogati 217 interventi di educazione sanitaria (146 alimentazione, 138 esercizio fisico, 71 tabagismo, 38 alcol). I pazienti che hanno ricevuto almeno un colloquio motivazionale sono 205, con interventi focalizzati principalmente sull'esercizio fisico e le condotte alimentari (rispettivamente 257 e 118 interventi). Solo il 10,2% del campione è stato indirizzato verso altro servizio (es. nutrizionista, centro antifumo).



CONCLUSIONI

Dalla valutazione preliminare emerge come la prevalenza di sindrome metabolica in pazienti in terapia con antipsicotici LAI non si discosti in maniera significativa dal dato ricavato dalla popolazione generale (23%M, 21%F). Questo è rilevante in considerazione del noto impatto cardio-metabolico della terapia antipsicotica e della presenza di fattori di rischio connessi allo stile di vita. I dati dimostrano l'iniziale diffusione nella pratica clinica quotidiana di interventi di educazione sanitaria e colloqui motivazionali al fine di promuovere il cambiamento degli stili di vita a rischio. Ancora limitato invece appare il raccordo con altri servizi.

I dati riportati sono descrittivi per cui non consentono di effettuare inferenze di ordine causale. L'indagine, effettuata in condizioni di real world, sottolinea l'importanza di un'attenta osservazione, in considerazione delle caratteristiche di popolazione a rischio, al fine di identificare interventi di prevenzione, monitoraggio e trattamento precoce applicabili nella pratica clinica di routine.

L'esperienza del DSM di Parma: l'Ambulatorio “Guadagnare Salute» Comunità attive

*Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale - Dipendenze Patologiche, AUSL di Parma
Elisa Franceschi, Daniele Landini, Derna Palmisano, Clara Pellegrini, Manuela Pellegrino
e tutto il gruppo di lavoro sui corretti stili di vita, ESP, terzo settore*

PREMESSA

- ❑ Le **malattie psichiatriche** sono associate a **malattie metaboliche** che compromettono, oltre che la salute, la qualità della vita delle persone.
- ❑ Gli studi realizzati negli ultimi anni mostrano infatti, che le persone con disturbi mentali sono maggiormente esposte a **fattori di rischio** come fumo, sedentarietà e abitudini alimentari errate, che possono comportare l'insorgenza di **obesità, diabete, ipertensione, dislipidemie**.
- ❑ La maggiore esposizione al rischio è paradossalmente aggravata da un minore accesso alle cure e alle opportunità di interventi preventivi che possono esserci nel territorio a causa di molteplici barriere, in gran parte legate allo stigma auto o etero indotto e alla difficoltà di accedere alle corrette informazioni.

"Il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 della Regione Emilia-Romagna rafforza il concetto di salute come risultato di uno sviluppo armonico ed ecosostenibile dell'essere umano, dell'ambiente e della natura. La cornice concettuale del PRP riconosce la salute come un complesso sistema che dipende da fattori e determinanti personali, socioeconomici ed ambientali.

L'approccio ONE HEALTH promuove una modalità operativa multidisciplinare, intersettoriale e trasversale che mira a rafforzare in modo sostenibile la salute dei cittadini, in armonia con gli ecosistemi, superando i confini professionali ed istituzionali per costruire un sistema di comunità più consapevole, inclusivo e favorevole alla promozione di stili di vita sani ed attivi in tutti i setting di vita."

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

COME ABBIAMO INIZIATO



AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Gli **infermieri** sono da sempre impegnati nella **PREVENZIONE** attraverso l'**educazione sanitaria ai corretti stili di vita**.

In quest'ottica, nell'ambito dell'ambulatorio infermieristico dedicato all'erogazione/somministrazione di antipsicotici si è deciso di implementare:

- attività proattiva di **monitoraggio dei parametri antropometrici**
- **promozione di programmi di attività fisica, di corretta alimentazione e di tutela della salute fisica** integrati con il DSP, le CdS e le associazioni del CUFO (Comitato Utenti Familiari Operatori).
- miglioramento della relazione terapeutica

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

- **ISTRUZIONE OPERATIVA IO.23.DAISMDP.000**

PREVENZIONE SINDROME METABOLICA

PROMOZIONE CORRETTI STILI DI VITA

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

SCOPO/OBIETTIVO

- Applicare i **protocolli dei farmaci antipsicotici di 2° generazione e a breve su tutti gli antipsicotici anche orali**
- Facilitare lo svolgimento delle **prestazioni specialistiche** necessarie
- Favorire la partecipazione degli utenti all'**attività di screening** previste dai LEA (es. mammografia, Pap-test...)
- Facilitare **percorsi integrati con il DCP e DSP** nel percorso complessivo dell'utente
- Promuovere l'attività di **prevenzione ed educazione sanitaria**

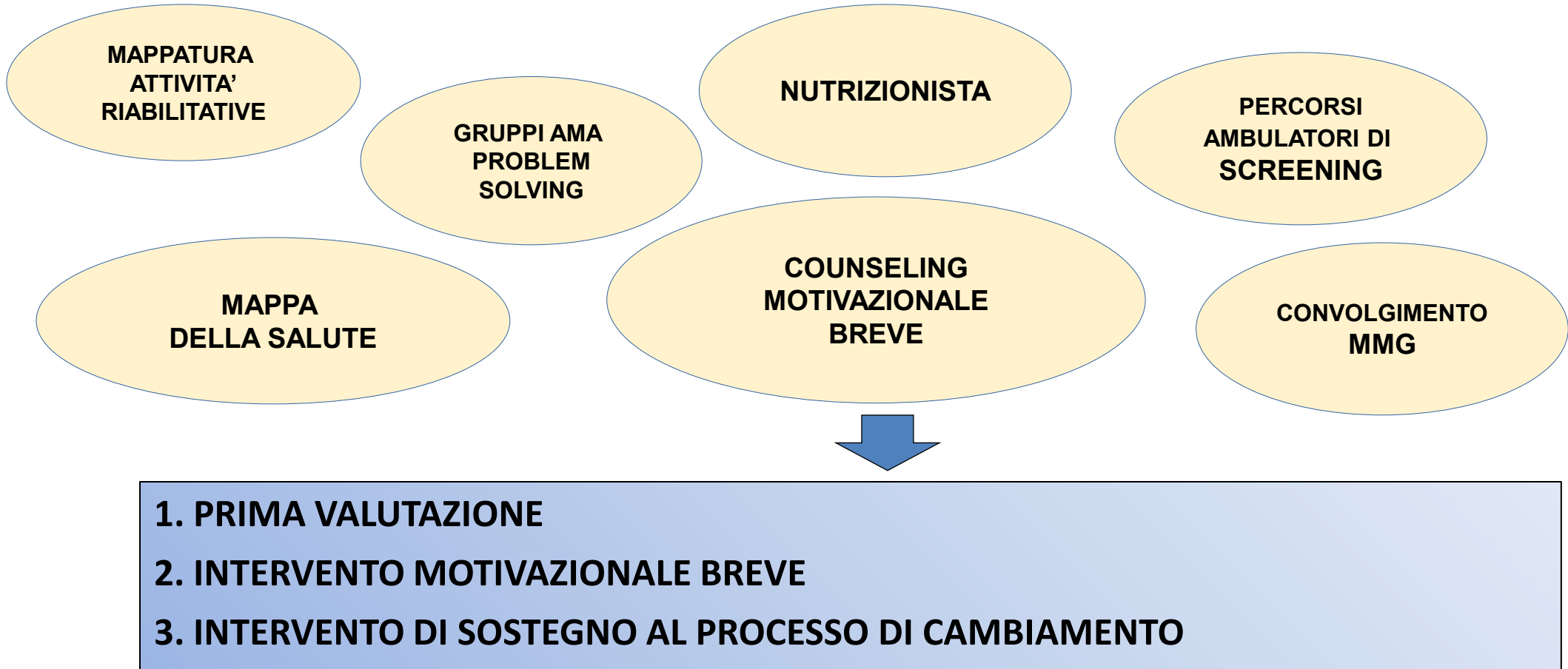
AMBULATORIO INFERMIERISTICO

CAMPO DI APPLICAZIONE

- Il target sono **utenti in carico al CSM, NPIA con terapia antipsicotica**
- Si occupa dei pazienti con necessità di **monitoraggio** intensivo e intervento infermieristico, relativo allo stato di salute
- Si ispira al modello organizzativo di cura basato sulla **rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale**
- Agisce ad integrazione e supporto dell'intervento del **MMG** e dell'attività ordinaria dei **CSM e NPIA**.

INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA

COME INTERVENIRE?





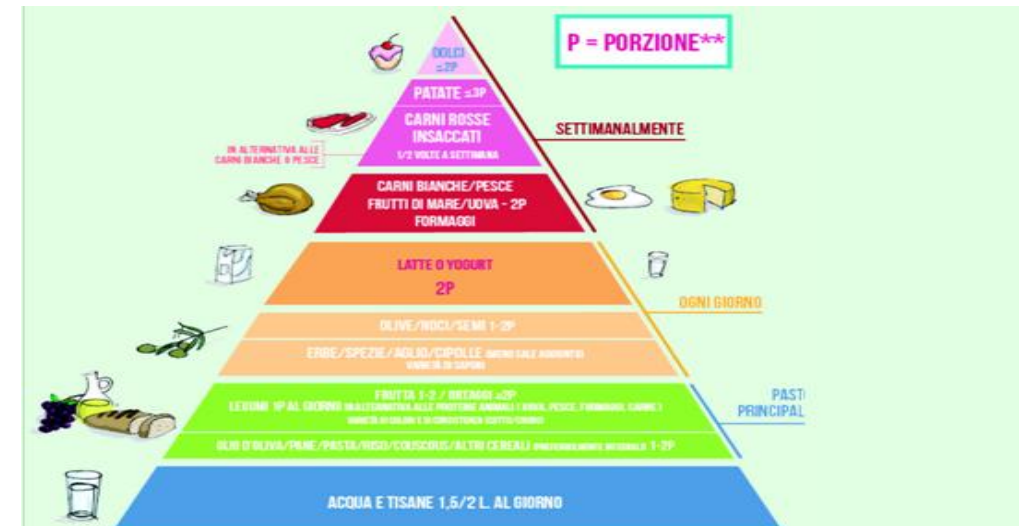
INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA

Secondo l'OMS, lo **stile di vita** è un insieme di modelli comportamentali intercorrelati che dipendono da numerosi fattori (condizioni socio-economiche, educazione, età...). Esistono diversi possibili ambiti di intervento:

- **ATTIVITA' FISICA**



- **ALIMENTAZIONE**



L'attività fisica può migliorare la qualità della vita delle persone con disagio mentale soprattutto se caratterizzata da isolamento sociale, in quanto migliora la salute fisica ed attenua disturbi psichici e disabilità sociali.

INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA

• ALCOL

CONSUMI ALCOL ? MISURA IL TUO GRADO DI RISCHIO
 1 UNITÀ ALCOLICA (UA) contiene approssimativamente **12 grammi di alcol**



4,5°
Birra
bicchiere
330 ml



12°
Vino
bicchiere
125 ml



18°
Aperitivo
bicchiere
80 ml



36°
super
alcolici
bicchiere
40 ml

Per non mettere a rischio la propria salute, è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsto dalle linee guida nutrizionali:
 ragazzi fino a 16 anni= 0 unità; tra i 18 e i 20 anni e oltre i 65 anni= 1 unità;
 donna adulta = 1-2 unità; uomo adulto = 2-3 unità
 N.B. Se il consumo è 0, non si corre alcun rischio

TEST AUDIT - C

Con quale frequenza consuma una bevanda che contiene alcol?	mai meno di una volta al mese/una volta al mese da 2 volte al 4 volte al mese da 2 a 3 volte la settimana 4 o più volte la settimana	0 1 2 3 4
Quante bevande che contengono alcol prende in una giornata tipica quando beve?	1 o 2 3 o 4 5 o 6 7 o 9 10 o più	0 1 2 3 4
Con quale frequenza prende 6 o più bevande in un'unica occasione?	mai meno di una volta al mese 1 volta al mese 1 volta alla settimana ogni giorno o quasi	0 1 2 3 4

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcol.
 Se vuoi proseguire con gli approfondimenti consulta la Mappa per la Salute ,
www.positivoallasalute.it/mappa e collegati al sito di Luoghi di Prevenzione
www.luoghidiprevenzione.it

• FUMO

TEST DI FAGERSTRÖM

test di valutazione della dipendenza da nicotina:

TEST DI FAGERSTRÖM PER LA DIPENDENZA DA NICOTINA		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTI
quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	entro 5 minuti	3
	6 - 30 minuti	2
	31 - 60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
trova difficile astenersi dal fumare in luoghi dove è vietato?	sì	1
	no	0
quale tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	la prima del mattino	1
	qualsiasi	0
quante sigarette fuma in una giornata?	0 - 10	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	>31	3
fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	sì	1
	no	0
fuma anche se è malato da dover rimanere a letto?	sì	1
	no	0

INTERPRETAZIONE DEL TEST

da 0 a 2	grado di dipendenza molto basso
Ta 3 a 4	grado di dipendenza basso
Ta 5 a 6	grado di dipendenza medio
Ta 7 - 8	grado di dipendenza alto
Ta 9 a più	grado di dipendenza molto alto



L'ALIMENTAZIONE

OGGI

NON E' PIU' QUELLA TRADIZIONALE

SI PREFERISCE MANGIARE
COSE CHE ANNI FA
SI MANGIAVANO RARAMENTE

CARNE



CIBI CON



ZUCCHERO

FARINE



FARINA
RAFFINATE

OLI



RAFFINATI

LATTE



PERCHE'

NON POTEVA
ESSERE
CONSERVATO

PERCHE'

OTTENUTE
CON MACCHINE
MODERNE

NONOSTANTE LA GRANDE VARIETA' DI CIBI

LE ABITUDINI ALIMENTARI

NON SEMPRE
RISULTANO CORRETTE

QUESTO A CAUSA
DELLA NECESSITA' DI IMPIEGARE POCO TEMPO
PER RITORNARE AL LAVORO

NASCONO QUINDI

I PASTI VELOCI
O PIATTI UNICI

FAST FOOD



(pasto veloce)

SONO CIBI
PERO'

RICCHI DI:



SALSE ELABORATE

CHE RICHIEDONO

UNA LUNGA E
LABORIOSA DIGESTIONE

ACCOMPAGNATI
DI SOLITO
DA

PATATINE



FRITTE

PIZZERIE



FORSE

L'UNICO CIBO
IN GRADO DI
RIMPIAZZARE
UN UNICO PASTO

AVENDO
UN CORRETTO
RAPPORTO
FRA:

LIPIDI

PROTIDI

ZUCCHERI

VITAMINE

SALI
MINERALI

FIBRE

MA E' BENE
NON

ABUSARNE

LINEE GUIDA PER UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE

CONTROLLARE IL PESO
ATTIVITA' FISICA

L'ECESSO DI PESO

NON E' SOLO

UN PROBLEMA



ESTETICO

MA PORTA MALATTIE COME

L'IPERTENSIONE

IL DIABETE

MALATTIE DEL SISTEMA
CARDIO-CIRCOLATORIO

PER RENDERE
PIU' GUSTOSE LE PIETANZE

ATTENZIONE A
NON ESAGERARE
CON IL



USARE

SOSTANZE
AROMATICHE

COME

AGLIO

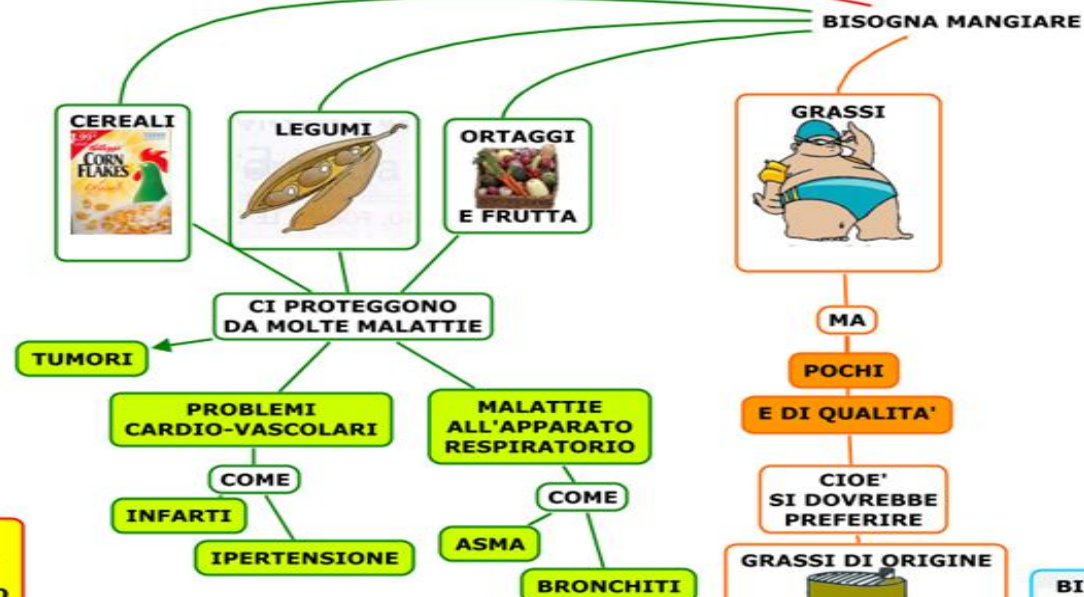
CIPOLLA

ERBA CIPOLLINA

PREZZEMOLO

BASILICO

.....



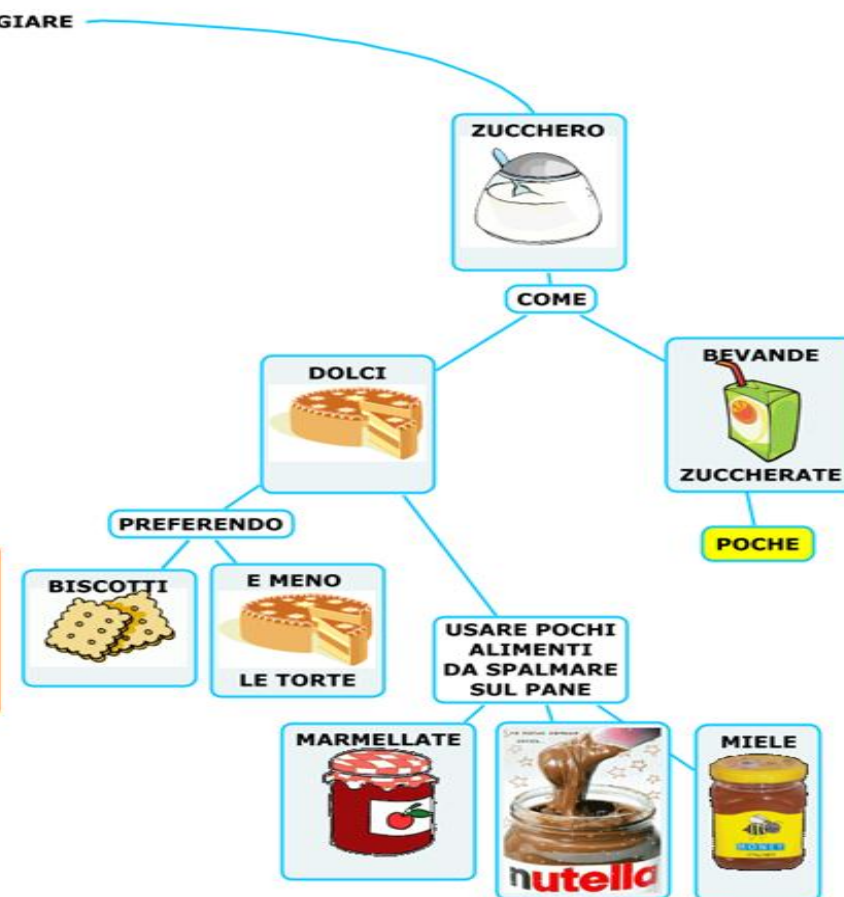
MA

POCHI
E DI QUALITA'

CIOE' SI DOVREBBE
PREFERIRE

GRASSI DI ORIGINE
VEGETALE

SENZA
ECCEDERE



Comunità che promuovo salute



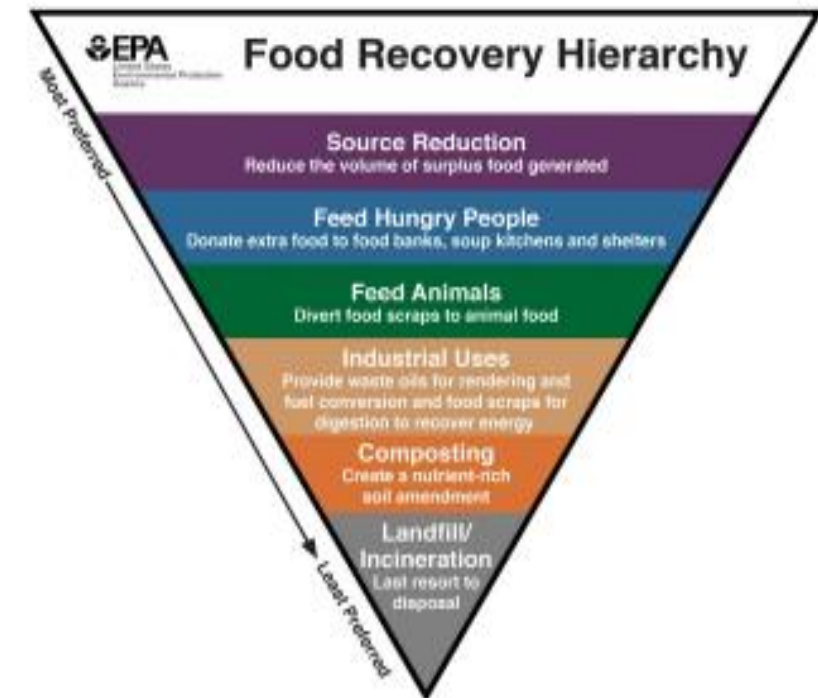
BE PLASTIC FREE

Ognuno di noi può adottare comportamenti consapevoli tutelando sé stesso e, soprattutto, i bambini e può dare un contributo a migliorare l'ambiente, salvaguardando l'aria che respiriamo, l'acqua che beviamo e gli alimenti che la terra ci fornisce.

GERARCHIA DI RECUPERO ALIMENTARE

Ogni livello di tale gerarchia si concentra sulle diverse strategie di gestione che possono essere intraprese. I livelli più alti rappresentano le modalità migliori per prevenire e

ridurre gli sprechi alimentari creando i maggiori vantaggi per l'ambiente, la società e l'economia





GINS FOOD PIÙ SALUTE MENO SPRECO

***Le insidie nascoste:
PANE MENO SALE
E GINS FOOD***

Dott.ssa Linda Pettoruti

Dott. Nicola Bolsi

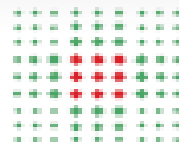
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Dipartimento di Sanità Pubblica - AUSL di Parma



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

**Progetto di promozione della salute
della Regione Emilia Romagna per
facilitare le scelte di vita salutari.**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



**Linee guida per gli operatori
della ristorazione**

alimenti & salute

HOME

AREE TEMATICHE

NOTIZIE

VIDEO

INFOMATERIALE

FORMAZIONE

INFO&CONTATTI

AREA
RISERVATA

Sicurezza alimentare

ALIMENTI

Benessere e salute degli animali

ANIMALI

Mangiare in modo sano

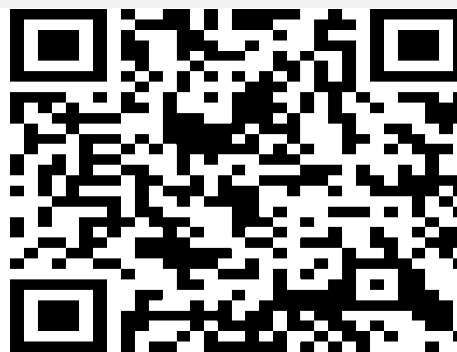
ALIMENTAZIONE

Fitosanitari

AMBIENTE

Sito tematico della Regione Emilia-Romagna

Divulgazione scientifica, aggiornamenti normativi per cittadini e professionisti, a tutela della salute pubblica.



CAMPAGNE PER PROMUOVERE IL CONSUMO DI ALIMENTI SALUTARI IN EMILIA-ROMAGNA

Accedi alle campagne

GinS Food: Gusto in Salute

Campagna regionale "Pane Meno Sale"

Mangiar sano dà più slancio alla vita!



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



guadagnare
salute

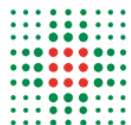
rendere facili le scelte salutari

ALLENATI CON NOI!!!

CORSI DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA

Nell'ambito del Progetto Regionale "Guadagnare Salute", l'ambulatorio Infermieristico del DAISMDP dell'AUSL di Parma in collaborazione con UISP propone 75 lezioni bisettimanali di attività fisica adattata condotti da un tecnico educatore.

QUANTA ATTIVITA' FISICA BISOGNA FARE?



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Dott.^{ssa} Anna Sofia Delussu LA PREVENZIONE DEI DISMETABOLISMI E DELLA SINDROME METABOLICA:
SANI STILI DI VITA E MAPPA DELLA SALUTE 07/10/2025

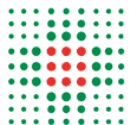
QUANTA ATTIVITA' FISICA BISOGNA FARE?

Ma 10.000 funzionano
davvero ?

QUALI EFFETTI AL DI SOTTO
DEI 10.000 PASSI?



- 1 Wattanapisit, Apichai, and Sanhapan Thanamee. "Evidence behind 10,000 steps walking." *Journal of Health Research* 31.3 (2017): 241-248.
- 2 Choi, Bernard CK, Anita WP Pak, and Jerome CL Choi. "Daily step goal of 10,000 steps: a literature review." *Clinical and Investigative Medicine* (2007): E146-E151.
- 3 Le-Masurier, Guy C., Cara L. Sidman, and Charles B. Corbin. "Accumulating 10,000 steps: does this meet current physical activity guidelines?." *Research quarterly for exercise and sport* 74.4 (2003): 389-394.
- 4 Schneider, Patrick L., et al. "Effects of a 10,000 steps per day goal in overweight adults." *American Journal of Health Promotion* 21.2 (2006): 85-89.
- 5 Lee, I-Min, et al. "Association of step volume and intensity with all-cause mortality in older women." *JAMA internal medicine* 179.8 (2019): 1105-1112.
- 6 De Cocker, Katrien A., et al. "Four-year follow-up of the community intervention '10 000 steps Ghent'." *Health Education Research* 26.2 (2011): 372-380.
- 7 Saint-Maurice, Pedro F., et al. "Association of daily step count and step intensity with mortality among US adults." *Jama* 323.12 (2020): 1151-1160.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Dott.^{ssa} Anna Sofia Delussu LA PREVENZIONE DEI DISMETABOLISMI E DELLA SINDROME METABOLICA:
SANI STILI DI VITA E MAPPA DELLA SALUTE 07/10/2025

SECONDO L'OMS OGNI MOVIMENTO CONTA

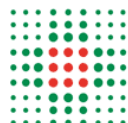
EVERY MOVE COUNTS

Being active has significant health benefits for hearts, bodies and minds, whether you're walking, wheeling or cycling, dancing, doing sport or playing with your kids.



WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020).

For more information, visit: www.who.int/health-topics/physical-activity



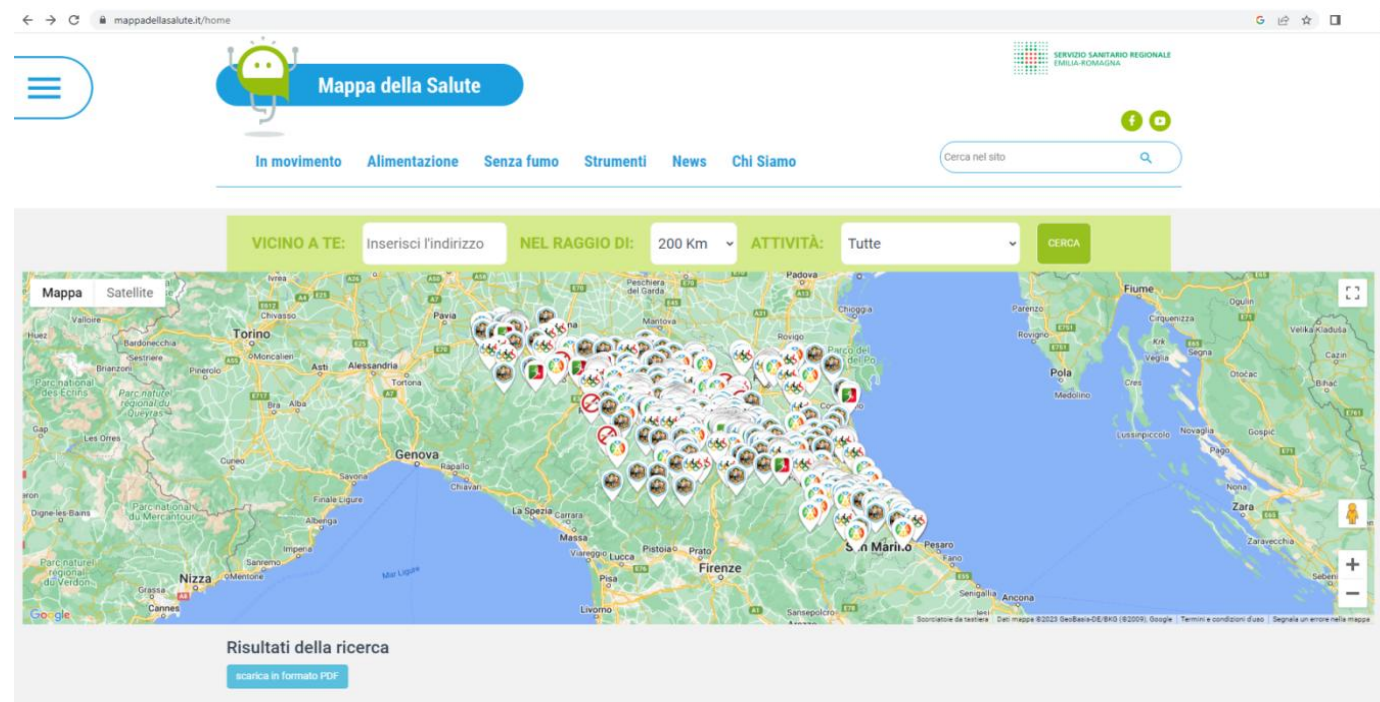
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Dott.^{ssa} Anna Sofia Delussu LA PREVENZIONE DEI DISMETABOLISMI E DELLA SINDROME METABOLICA:
SANI STILI DI VITA E MAPPA DELLA SALUTE 07/10/2025

Opportunità per stare in movimento e mantenersi in salute

Le mappe della salute mirano a "Rendere facili le scelte salutari" favorendo la costruzione di reti e alleanze per la salute, così come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna.

Nel sito sono geolocalizzati Gruppi di Cammino, Palestre che Promuovono Salute e Attività Motoria Adattata, opportunità sportive per persone con disabilità, Centri antifumo e corsi per smettere di fumare della Regione Emilia-Romagna.

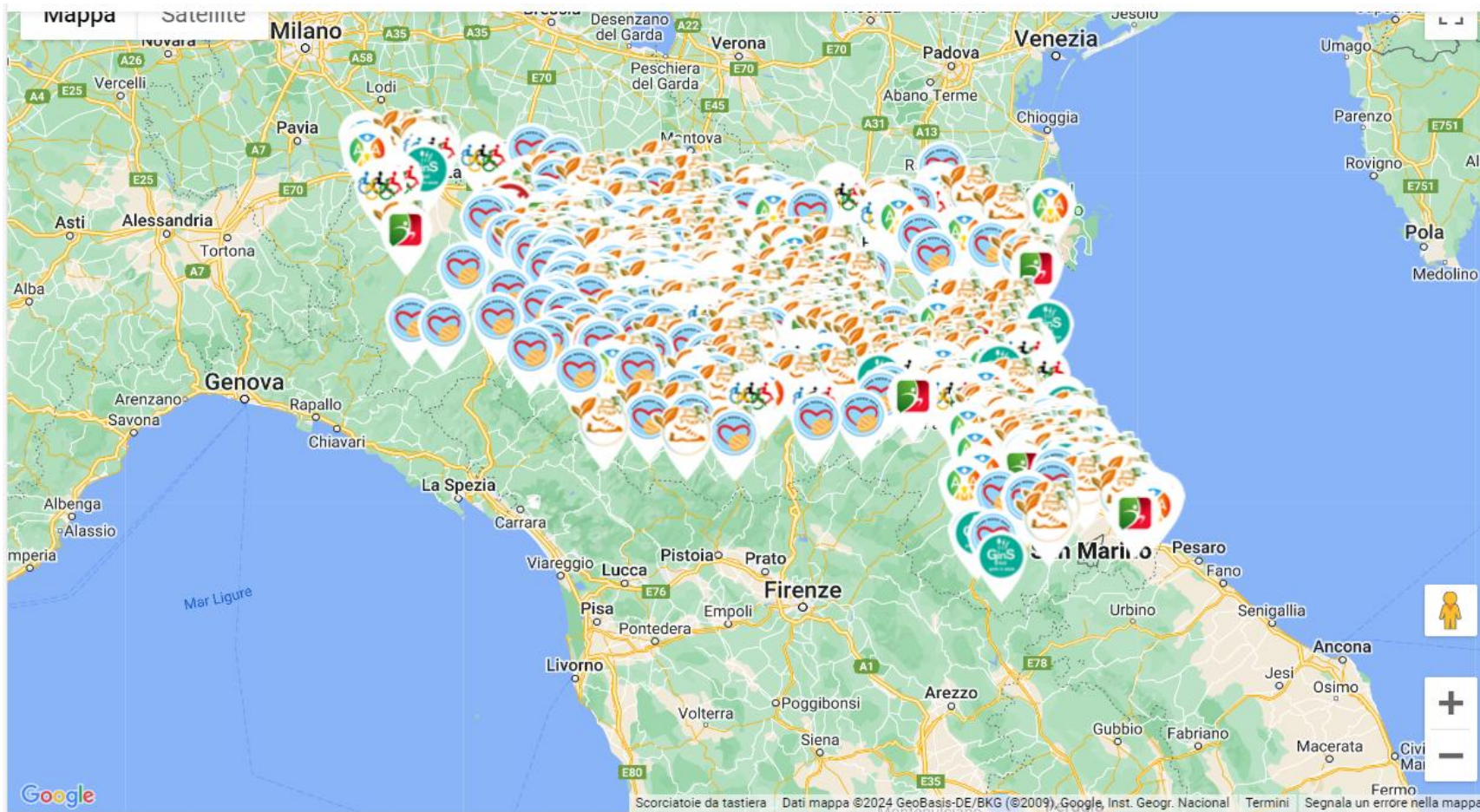


www.mappadellasalute.it



Mapa della Salute

www.mappadellasalute.it



Inserisci l'indirizzo completo

Nel raggio di:

5 km

Cerca

Mostra/Nascondi Attività



Centri antifumo



Disabilità e sport



Palestre che promuovono salute



Gruppi di cammino



Forni Pane Meno Sale



GINs Food



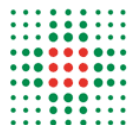
**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

**Dott.^{ssa} Anna Sofia Delussu LA PREVENZIONE DEI DISMETABOLISMI E DELLA SINDROME METABOLICA:
SANI STILI DI VITA E MAPPA DELLA SALUTE 07/10/2025**

Tra gli strumenti a disposizione del cittadino e dei sanitari per il contrasto dell'inattività c'è la MAPPA DELLA SALUTE



www.mappadellasalute.it



RACCOMANDAZIONI

corretti stili di vita per la prevenzione delle malattie metaboliche

- MANTENERSI SNELLI TUTTA LA VITA
- MANTENERSI FISICAMENTE ATTIVI TUTTI I GIORNI
- LIMITARE IL CONSUMO DI ALIMENTI AD ALTA DENSITA' CALORICA ED EVITARE IL CONSUMO DI BEVANDE ZUCCHERATE
- LIMITARE IL CONSUMO DI CARNI ROSSE ED EVITARE IL CONSUMO DI CARNI CONSERVATE
- LIMITARE IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE
- LIMITARE IL CONSUMO DI SALE E DI CIBI CONSERVATI SOTTO SALE
- NON FUMARE
- POTENZIARE L'ACQUISIZIONE DI STRATEGIE EFFICACI E POSITIVE PER CONTRASTARE LO STRESS
- PARTECIPARE ALLE CAMPAGNE DI SCREENING PREVISTE PER LA PROPRIA FASCIA DI ETA'

CONCLUSIONI

- Attualmente una pagina dedicata agli stili di vita è presente nella **Cartella Unica Regionale (CURE)**
- L'utilizzo della nostra **Scheda di rilevazione** permette di integrare alcuni dati al fine di avere una visione più completa del percorso della persona e monitorare la sua salute.
- La scheda contiene: anamnesi farmacologica, **parametri antropometrici e della salute cardiometabolica** per il monitoraggio della sindrome metabolica (BMI, circonferenza vita, PA, colesterolo, trigliceridi), valutazione di alcuni fattori di rischio (**fumo, consumo di alcol, sedentarietà, abitudini alimentari**) ai fini della promozione di stili di vita salutari.

L'attenzione agli stili di vita si pone come approccio ecologico alla **PREVENZIONE** (un equilibrio dei determinanti della salute in una data comunità) attraverso :

- reti **informali** (famiglie, gruppi sociali di appartenenza)
- reti **formali** (servizi e istituzioni)
- reti **semi-formali** intermedia tra le due precedenti (ESP, volontariato, gruppi AMA...)
- **COMUNITA' CHE PROMUOVONO BENESSERE**



SALUTE MENTALE

Comportamenti salutar

Per mangiar sano parti dalla spesa:

scrivi una lista e acquista prodotti freschi, di stagione e non elaborati
eviterai di mettere nel carrello alimenti scorretti



Ricorda di lavarti bene le mani

sia prima di cucinare che prima di mangiare



Non riempire troppo il piatto

mangiare tanto non vuol dire mangiare bene



I momento del pasto è importante: rilassati, mastica bene e lentamente. **Evita di mangiare davanti alla tv e preferisci la compagnia delle persone**



La **prima colazione** è fondamentale: **non digiunare se fai degli spuntini tra un pasto e l'altro scegli un frutto**



L'esperienza del P-Group

P Group (P sta per peso ma anche per partecipazione, protagonismo, possibilità, positività) mira a migliorare gli stili di vita e la salute mediante un lavoro di gruppo orientato a sostenere la motivazione, la fiducia e la speranza nel cambiamento possibile. In questo modo cerca di affrontare le resistenze, le routine ripetitive e le inerzie che tendono a mantenere i comportamenti appresi

Si tratta di Gruppi di 8 utenti massimo che si riuniscono settimanalmente per 12 volte al fine di promuovere mediante l'automutuoaiuto supportato da 1-2 operatori e 1 utente esperto (in totale 10-11 persone), stili di vita salutari, in particolare dieta e attività motoria e quindi anche il controllo del peso e la prevenzione della sindrome metabolica

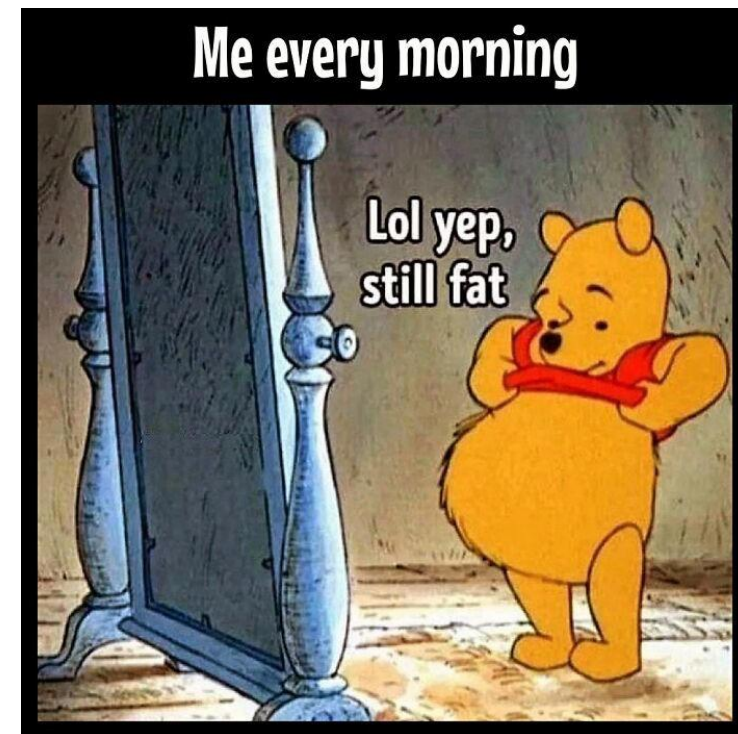
5 utenti (tra cui Alberto)

1 ESP

3 operatori del gruppo benessere

T0 settembre 2025: 724 kg

T1 dicembre 2025 - prima delle feste =) : ????



L'importanza dell'equipe multiprofessionale

Le valutazioni in fase di ricovero

Ho-NOS: T0 (ingresso) ; T 1 (1 mese); T2 (dimissione da RTI, prosecuzione nel percorso Mc)

7 C: T0 (ingresso); T1 (dimissione da RTI, prosecuzione nel percorso Mc)

Psicoeducazione individuale e familiare

Psicoeducazione di gruppo

Corretti stili di vita:

- mappa della salute: palestre che promuovono benessere

- formazione « Comunità che promuovono benessere»

https://form.jotform.com/ltadonio/nuovo_screening-sindrome-metabolica

Infermiere Daniele Landini

Infermiera Elisa Franceschi

La Terapia Gruppale non è mica male!

Il gruppo psico-educativo in contesti residenziali

Infermiere Daniele Landini
Infermiera Elisa Franceschi
RTI "F. Santi"



Obiettivi degli interventi di psico-educazione per i pazienti

- Riflessione su di sé e rilettura dell'evento-ricovero, con ricerca delle motivazioni che lo hanno determinato e del suo significato
- Condivisione in gruppo di esperienze, anche negative e traumatiche, di malattia e di cura
- Acquisizione di maggiore critica e consapevolezza di malattia e significato della cura
- Promozione di *empowerment* e senso di auto-efficacia

Obiettivi degli interventi di psico-educazione per i pazienti

Nello specifico:

- Informare i pazienti sulla malattia non in senso categoriale (netta separazione tra malattia e salute) ma in senso dimensionale (problemi e fenomeni condivisi da molte persone) allo scopo di “normalizzare” le esperienze di malattia
- Favorire l'adesione consapevole dei pazienti alla terapia farmacologica ed al programma terapeutico
- Fornire strumenti ai pazienti per il riconoscimento dei segni precoci di crisi, per gestire meglio le crisi incipienti ed evitare future ricadute
- Fornire un senso all'esperienza del ricovero, rendendolo meno noioso, vuoto e senza scopo

Obiettivi ed indicatori di efficacia

- Diminuzione di frequenti riammissioni
- Miglioramento del “clima” residenziale (più rilassato e collaborativo)
- Miglioramento dei livelli di soddisfazione dei pazienti e dei familiari
- Miglioramento della soddisfazione degli operatori per il clima di lavoro, basato su una maggiore condivisione e vicinanza ai pazienti

Obiettivi per la Residenza e i percorsi mC

- **Obiettivo generale:** conseguimento di partecipazione attiva ed informata dei pazienti rispetto al proprio percorso di vita e di cura
- Coinvolgimento delle figure professionali operanti fra i vari servizi, aumentandone motivazione, gratificazione professionale e impegno
- Introduzione di un modello di terapia gruppale cognitivo-comportamentale → formazione di base affinché tutti gli operatori possano effettuare conduzione e co-conduzione
- Rilevazione di informazioni sullo stato mentale dei pazienti ricoverati ed osservazione dei loro comportamenti durante gli incontri
- Promozione di uno spirito di collaborazione tra i professionisti sanitari ed i pazienti, in un'ottica di gestione congiunta della malattia anche in fase di acuzie o sub-acuzie

Modalità Operative: Aspetti organizzativi

Luogo, orari e frequenza:

- Il gruppo si svolge nella sala riunioni della RTI F.Santi
- Durata approssimativamente 45-60 min
- A cadenza settimanale, il mercoledì pomeriggio
- Dalle 14:30 alle 15:30 circa
- Presenza di un Conduttore (operatore sanitario)e Co-conduttore (operatore sanitario/ESP)

Schema a generale degli incontri



L'importanza dell'equipe multiprofessionale

Corretti stili di vita:

modulo jotform screening sindrome metabolica:

- mappa della salute: palestre che promuovono benessere
- formazione « Comunità che promuovono benessere

Ho-NOS

Chechlist 7 C

Infermiera Elisa Franceschi

Protocolli diagnostici

Protocolli Diagnostici Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense									
Protocollo A	Protocollo B	Protocollo C	Protocollo D	Protocollo E	Protocollo F	Protocollo G	Protocollo H	Protocollo I	Protocollo L
Pazienti nuovi Pazienti con terapie in atto da tempo, e non visti da oltre 1 anno	Pazienti che rientrano dopo 3 mesi (in assenza di sintomi di organo)	Pazienti oltre i 60 anni, alcolisti, DCA e defedati	Pazienti trasferiti da altri Reparti /Servizi (farsi inviare gli esami) Pazienti che rientrano entro 3 mesi dalla precedente dimissione	Delirium	Demenza	Depressione	Mania Disturbi Psicotici	Disturbi di Ansia	Disturbi da sostanze
- Emocromo - PR1 - foresi - VES - Es urine comp - Dosaggio farmaci (Litio, CBZ, VPA ecc.) se in terapia all'ingresso ECG	- Emocromo - PR1 - Es. urine comp - Dosaggio farmaci in atto In assenza sintomi clinici ECG almeno 1 volta anno	Ai protocolli A o B aggiungere - Att prot - sideremia	Esami solo sulla base del sospetto diagnostico/ o necessità della terapia	Al Protocollo A Aggiungere - VDRL - Anti HIV - Epatite B e C - Dosaggio B12 e folati - EEG - TAC <i>approfondimento</i>	Al protocollo A Aggiungere - T3 T4 TSH - Dosaggio B12 - folati - TPHA - TAC o RMN - Visita neurologica e Visita presso il Centro per i disturbi cognitivi	Ai Protocolli A o B Aggiungere - T3 T4 TSH - Dosaggio B12 - folati <i>approfondimento</i> - EEG - TAC o RMN	Ai Protocolli A o B Aggiungere - es. tossicologici	Ai Protocolli A o B Aggiungere - T3,T4, TSH <i>approfondimento</i> - Anticorpi antitireoglobulina - Dosaggio ormonali (cortisolo, prolattina, ecc.)	Ai protocolli A o B aggiungere - Es. tossicologici - Marker Epatite B e C - Anti HIV - TP

<i>approfondimento</i>	<i>approfondimento</i>	<i>approfondimento</i>					
- Sideremia - Dosaggio ormonali (PRL, TSH, T3,T4) - Marker epatite B e C - TPHA, Anti HIV - es tossicologici - Test di gravidanza	- Sideremia - Dosaggio ormonali (PRL, TSH, T3,T4) - Marker epatite B e C - TPHA, Anti HIV - es tossicologici - Test di gravidanza	- Vit B12 - Folati - Marker tumorali (alfa FP, CEA, Ca 19.9 maschi PSA, femmine PAP test, Ca 15.3, Ca 125) <i>Per DCA</i> Prealbumina Proteina legante il retinolo <i>Per Alcolisti cronici</i> Amilasi Transferrina carboidrato carente					
Protocolli per il Monitoraggio delle Terapie – Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense							
Protocollo M	Protocollo N	Protocollo O	Protocollo P	Protocollo Q	Protocollo R	Protocollo S	Protocollo T
LITIO	CARBAMAZEPINA	ACIDO VALPROICO	ANTIPSICOTICI	CLOZAPINA	ANTIDEPRESSIVI	DISULFIRAM	EFFETTI COLLATERALI ANTIPSICOTICI ATIPICI
<u>Prima dell'inizio</u> Emocromo PR1 T3,T4, TSH Test di gravidanza ECG <u>Esame urine completo</u>	<u>Prima dell'inizio</u> Emocromo PR1 Test di gravidanza ECG Dopo l'inizio Carbamazepinemia e Emocromo	<u>Prima dell'inizio</u> Emocromo con formula, PR1 Ammoniemia, amilasi pancreatica, lipasi pancreatica Test di gravidanza Dopo l'inizio	<u>Prima dell'inizio</u> Protocollo A ECG Ogni mese: controllo del peso Ogni 6 mesi: Emocromo PR1	Emocromo settimanale per 18 settimane Poi ogni 15 giorni per il primo anno Poi mensile In caso di interruzione se la durata	Esami secondo protocollo A ECG per triciclici Controllo esami 1 volta anno	<u>Prima dell'inizio</u> Protocollo A EEG ECG Test di gravidanza <u>Dopo l'inizio</u> Emcromo con formula	<u>Prima di iniziare</u> Raccolta Anamnesi familiare e personale per obesità, diabete mellito; dislipidemie, malattie cardiovascolari; Peso, altezza

PR1: glicemia, colesterolemia tot e HDL, azotemia e creatininemia, GOT, GPT, gGT, bilirubina tot e indiretta

21/11/25, 15:28 Screening terapia con antipsicotico depot



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

NEW Screening terapia con antipsicotico

Sindrome metabolica e stili di vita

*
☒ PRIMO MONITORAGGIO
 ☐ FOLLOW UP

NUMERO Dossier CURE *
 Es: 23

ATTENZIONE! ASSICURARSI CHE IL NUMERO DOSSIER DI CURE SIA CORRETTO!

Data di nascita (GG/MM/AAAA) * Età

Giorno Mese Anno

Genere *
☒ Maschio
 ☐ Femmina

1/8

https://form.jotform.com/Itadonio/nuovo_screening-sindrome-metabolica

21/11/25, 15:57 Screening terapia con antipsicotico depot



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

NEW Screening terapia con antipsicotico

Sindrome metabolica e stili di vita

*
☐ PRIMO MONITORAGGIO
 ☒ FOLLOW UP

NUMERO Dossier CURE *
 24

ATTENZIONE! ASSICURARSI CHE IL NUMERO DOSSIER DI CURE SIA CORRETTO!

Genere *
☒ Maschio
 ☐ Femmina

Operatore (compilatore)

Nome Cognome

VITA SEDENTARIA

4.75

DIETA NON SALUTARE

3.60

FUMO

3.67

ALCOL

2.70

Esito valutazione fattori di rischio (1= rischio presente)

	Fattori di rischio
Inattività fisica	1
Dieta non salutare	1
Fumo	1
Alcol	1

VITA SEDENTARIA

3.50

DIETA NON SALUTARE

2.80

FUMO

2.83

ALCOL

1.33

Esito valutazione fattori di rischio (1= rischio presente)

	Fattori di rischio
Inattività fisica	
Dieta non salutare	
Fumo	
Alcol	

HoNOS T0

Parte I - Valutazione attuale

1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	0	1	2	3	4	9
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi	0	1	2	3	4	9
3. Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe	0	1	2	3	4	9
4. Problemi cognitivi	0	1	2	3	4	9
5. Problemi di malattia somatica o disabilita' fisica	0	1	2	3		
6. Problemi legati ad allucinazioni e deliri	0	1	2	3		
7. Problemi legati all'umore depresso	0	1	2	3		

Mental Health Clustering Tool (HoNOS 18)

0=nessun problema
1=problema lieve, che non richiede interventi

2=problema di entita' modesta ma sicuramente presente
3=problema di media gravita'

4=problema da grave a gravissimo
9=non noto (punteggio non calcolabile)

Data di rilevazione*
04/08/2025

8. Altri problemi psichici e comportamentali (segnare sia il punteggio che il codice del problema)	0	1	2	3	4	9
---	---	---	---	---	---	---

Codice problema piu' grave
(AN=ansia e fobie, OC=ossessioni e compulsioni, DI=sintomi dissociativi, SS=sintomi somatoformi, AL=disturbi del comportamento alimentare, SO=disturbi del sonno, SE=problemi sessuali, MA=umore euforico, AP=altri problemi)

ANOCDISSALSOSEMAAP

9. Problemi relazionali	0	1	2	3	4	9
10. Problemi nelle attivita' della vita quotidiana	0	1	2	3	4	9
11. Problemi nelle condizioni di vita	0	1	2	3	4	9
12. Problemi nella disponibilita' di risorse per attivita' lavorative e ricreative	0	1	2	3	4	9
13. Credenze e convinzioni irragionevoli non di tipo psicotico	0	1	2	3	4	9

Punteggio totale (primi 12 item): 21

Mental Health Clustering Tool (HoNOS18)

0=nessun problema
1=problema lieve, che non richiede interventi
2=problema di entita' modesta ma sicuramente presente
3=problema di media gravita'
4=problema da grave a gravissimo
9=non noto (punteggio non calcolabile)

Data di rilevazione*
25/09/2025

HoNOS T1

1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	0	1	2	3	4	9
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi	0	1	2	3	4	9
3. Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe	0	1	2	3	4	9
4. Problemi cognitivi	0	1	2	3	4	9
5. Problemi di malattia somatica o disabilita' fisica	0	1	2			
6. Problemi legati ad allucinazioni e deliri	0	1	2			
7. Problemi legati all'umore depresso	0	1	2			

Mental Health Clustering Tool (HoNOS 18)

0=nessun problema
1=problema lieve, che non richiede interventi
2=problema di entita' modesta ma sicuramente presente
3=problema di media gravita'
4=problema da grave a gravissimo
9=non noto (punteggio non calcolabile)

Data di rilevazione*
25/09/2025

8. Altri problemi psichici e comportamentali (segnare sia il punteggio che il codice del problema)	0	1	2	3	4	9
---	---	---	---	---	---	---

Codice problema piu' grave
(AN=ansia e fobie, OC=ossessioni e compulsioni, DI=sintomi dissociativi, SS=sintomi somatoformi, AL=disturbi del comportamento alimentare, SO=disturbi del sonno, SE=problemi sessuali, MA=umore euforico, AP=altri problemi)

AN	OC	DI	SS	AL	SO	SE	MA	AP
----	----	----	----	----	----	----	----	----

9. Problemi relazionali	0	1	2	3	4	9
10. Problemi nelle attivita' della vita quotidiana	0	1	2	3	4	9
11. Problemi nelle condizioni di vita	0	1	2	3	4	9
12. Problemi nella disponibilita' di risorse per attivita' lavorative e ricreative	0	1	2	3	4	9
13. Credenze e convinzioni irragionevoli non di tipo psicotico	0	1	2	3	4	9

Punteggio totale (primi 12 item): 12

0=nessun problema
1=problema lieve, che non richiede interventi
2=problema di entita' modesta ma sicuramente presente
3=problema di media gravita'
4=problema da grave a gravissimo
9=non noto (punteggio non calcolabile)

Data di rilevazione*
30/10/2025

HoNOS T2

Parte I - Valutazione attuale

1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	0	1	2	3	4	9
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi	0	1	2	3	4	9
3. Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe	0	1	2	3	4	9
4. Problemi cognitivi	0	1	2	3	4	9
5. Problemi di malattia somatica o disabilita' fisica	0	1	2	3		
6. Problemi legati ad allucinazioni e deliri	0	1	2	3		
7. Problemi legati all'umore depresso	0	1	2	3		

Mental Health Clustering Tool (HoNOS 18)

0=nessun problema
1=problema lieve, che non richiede interventi
2=problema di entita' modesta ma sicuramente presente
3=problema di media gravita'
4=problema da grave a gravissimo
9=non noto (punteggio non calcolabile)

Data di rilevazione*
30/10/2025

8. Altri problemi psichici e comportamentali (segnare sia il punteggio che il codice del problema)	0	1	2	3	4	9
---	---	---	---	---	---	---

Codice problema piu' grave

(AN=ansia e fobie, OC=ossessioni e compulsioni, DI=sintomi dissociativi, SS=sintomi somatoformi, AL=disturbi del comportamento alimentare, SO=disturbi del sonno, SE=problemi sessuali, MA=umore euforico, AP=altri problemi)

AN	OC	DI	SS	AL	SO	SE	MA	AP
----	----	----	----	----	----	----	----	----

9. Problemi relazionali	0	1	2	3	4	9
10. Problemi nelle attivita' della vita quotidiana	0	1	2	3	4	9
11. Problemi nelle condizioni di vita	0	1	2	3	4	9
12. Problemi nella disponibilita' di risorse per attivita' lavorative e ricreative	0	1	2	3	4	9
13. Credenze e convinzioni irragionevoli non di tipo psicotico	0	1	2	3	4	9

Punteggio totale (primi 12 item): 11

Check-list multiComplessità: "Check-list mC"

Analisi Requisiti di assistenza per ospiti con DMG	
Cure (Cura)	- Trattamento basato sulla EBM, focalizzato sulla cura e la stabilizzazione secondo le linee guida multidisciplinari che sono nate nei vari paesi - Trattamento da parte di medici o infermieri - Trattamento psicologico (terapia cognitivo-comportamentale, terapia metacognitiva, EMDR4, ecc.) - Trattamento delle dipendenze; IDDT5 - Screening/trattamento delle patologie organiche (screening metabolico)
Care (Assistenza)	- Supporto quotidiano per bisogni primari - Assistenza infermieristica, assistenza nella vita quotidiana, prevenzione della trascuratezza della propria persona, attenzione all'igiene - Riabilitazione - Assistenza orientata alla recovery - Continuità dell'assistenza; prevenzione dell'abbandono del servizio (drop-out)
Crisis (Crisi)	- Monitoraggio intensivo e assistenza al domicilio del paziente con una presa in carico condivisa - Accessibilità 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - Interventi in caso di crisi, valutazione del rischio - Ricovero di emergenza, a breve termine, "fetto su richiesta" - Coinvolgimento dei familiari/della rete di supporto
Client expertise (Competenze)	- Utilizzare la competenza esperienziale del paziente - Processo decisionale condiviso (Shared Decision-Making - SDM [N.d.T]) - Assistenza orientata alla recovery - Empowerment (Modello dei punti di forza - Strengths Model [N.d.T]) - Interventi dell'utente esperto in supporto tra pari
Community Support (Supporto territoriale)	- Contatti familiari - Sistema/rete di supporto territoriale - Supporto per l'abitazione, il lavoro e il benessere - IPS: supporto individuale per trovare e mantenere un lavoro - Promozione dell'inclusione del paziente e prevenzione del disturbo della quiete pubblica
Control (Controllo)	- Valutazione del rischio e gestione della sicurezza per il paziente e per l'ambiente circostante - Prescrizione e implementazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) nei casi prescritti - In alcuni casi assistenza forense (su richiesta del tribunale)
Check (Verifica)	- Valutazione degli effetti del trattamento "Monitoraggio costante degli esiti" (Routine Outcome Monitoring - ROM) - Valutazione della strategia di assistenza e trattamento - Certificazione

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

