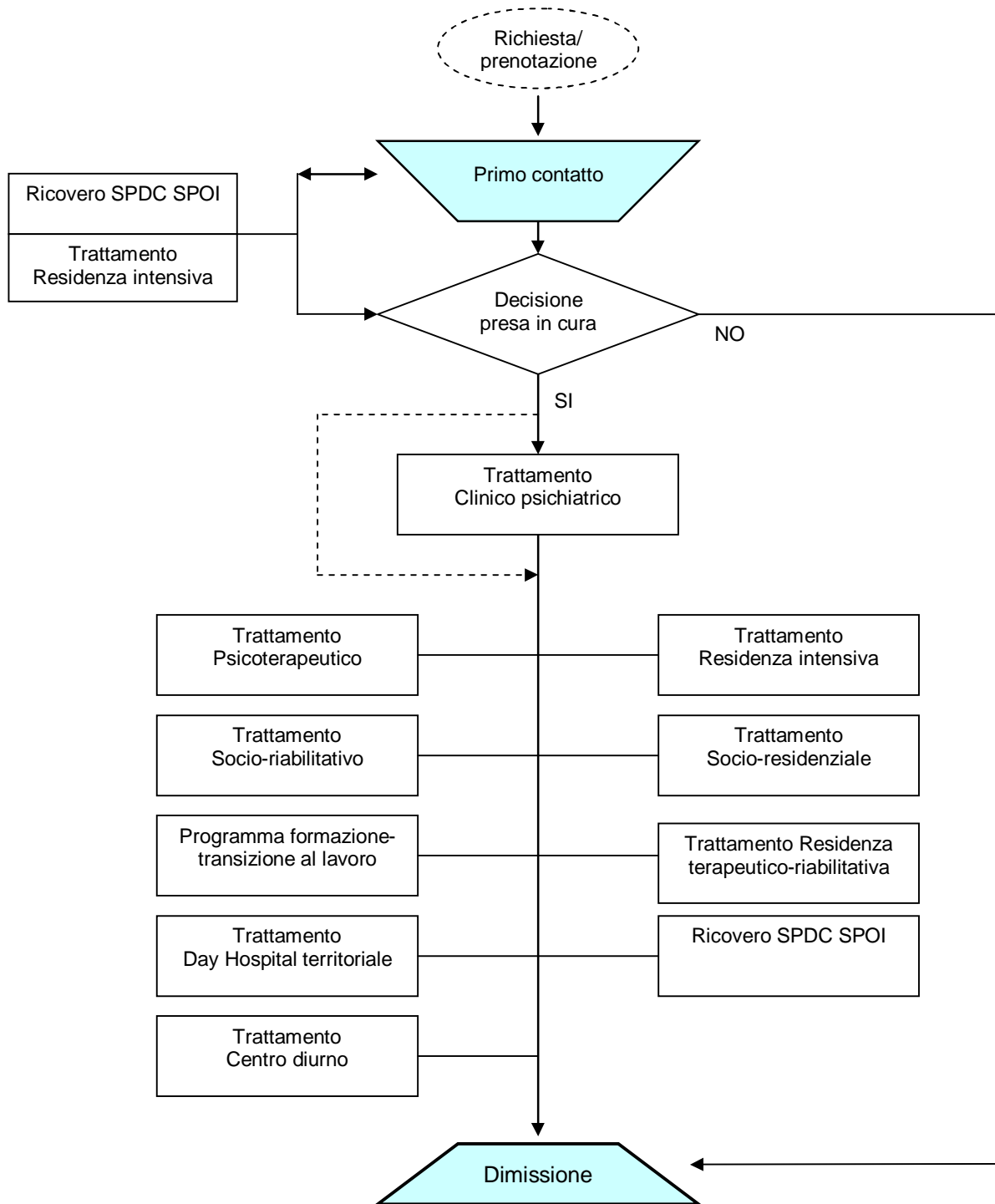


Allegato 2 GLOSSARIO

**Glossario e specifiche
del Sistema Informativo dei Servizi di salute mentale adulti
della Regione Emilia-Romagna
SISM**

PROCESSO CLINICO ASSISTENZIALE.....	2
PARTE PRIMA – DEFINIZIONI E CRITERI DI RILEVAZIONE	3
Gli utenti del flusso SISM	3
Il Processo Clinico-Assistenziale (PCA)	3
Apertura PCA.....	3
Inviante (ex “Modalità di invio” del PC).....	4
Tipologia di rapporto con i servizi.....	5
Chiusura PCA	5
Procedura di chiusura automatica di PC	5
Procedura di chiusura automatica per PCA	5
DIAGNOSI.....	8
PROGRAMMI E PERCORSI.....	8
PARTE SECONDA – PRODOTTI	10
1. PRIMO CONTATTO (PC)	10
2. TRATTAMENTO CLINICO-PSICHIATRICO (TCP).....	11
3. TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO (PT).....	12
4. TRATTAMENTO IN DAY HOSPITAL TERRITORIALE (DHT)	12
5. TRATTAMENTO IN CENTRO DIURNO (CD).....	13
6. PROGRAMMA DI FORMAZIONE-TRANSIZIONE AL LAVORO (FTL).....	13
7. TRATTAMENTO SOCIO-RIABILITATIVO (TSR)	13
8. TRATTAMENTO IN RESIDENZA INTENSIVA (RTI).....	14
9. TRATTAMENTO IN RESIDENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA (RTR).....	14
10. TRATTAMENTO SOCIO-RESIDENZIALE	14
11. RICOVERO IN SPDC O SPOI	15
SPECIFICHE PRESTAZIONI	17

PROCESSO CLINICO ASSISTENZIALE



PARTE PRIMA – DEFINIZIONI E CRITERI DI RILEVAZIONE

Gli utenti del flusso SISM

Ai fini del flusso informativo SISM sono considerati utenti dei servizi di salute mentale per adulti tutti i soggetti che hanno ricevuto:

- almeno una prestazione nell'anno presso uno o più CSM di riferimento, o presso altri servizi semi-residenziali/residenziali/ospedalieri collegati al CSM di riferimento.
- almeno una consulenza presso reparti Ospedalieri.

Per i pazienti che hanno ricevuto solo consulenze ospedaliere da parte di personale medico di SPDC, la struttura di riferimento è l'SPDC.

CSM e SPDC sono identificati rispettivamente nell'Anagrafe regionale delle strutture con codice STS11 - S05 e HSP11.

Regole generali

Se nell'anno un paziente:

- è entrato in contatto solo con strutture semiresidenziali o residenziali: si conteggia nel CSM di riferimento (nel tracciato identificato nel campo Codice struttura della Sez. II – PCA)
- cambia CSM di riferimento all'interno di un DSM-DP: la struttura di riferimento sarà l'ultimo CSM (vedi codice struttura precedente) ma dovranno essere valorizzati anche prodotti e prestazioni del/i CSM precedente/i, attribuiti all'ultimo CSM di riferimento
- è stato visto solo in consulenza ospedaliera da parte di personale SPDC (tra cui è da intendersi anche il personale medico CSM durante i turni di guardia presso SPDC): la struttura di riferimento è l'SPDC. Questo vale anche se il paziente a seguito della consulenza è stato ricoverato in SPDC/SPOI/RTI.

Nel flusso NON vengono considerati:

- i pazienti con solo ricoveri o trattamenti residenziali presso le strutture dell'Ospedalità Privata Accreditata (AIOP), non in contatto con i CSM;
- i soggetti esaminati da psichiatri nelle commissioni medico-legali (esempio, per ottenimento invalidità).

Il Processo Clinico-Assistenziale (PCA)

Il processo clinico-assistenziale (PCA) corrisponde al percorso clinico del paziente identificato dall'erogazione della prima fino all'ultima prestazione dello specifico periodo di cura, attraverso i prodotti di valutazione/trattamento e la rete dei servizi di salute mentale del DSM-DP. Nei diversi gestionali del CSM corrisponde alla data inizio/fine della cartella (Efeso), primo contatto/dimissione (SIT), identificato con l'apertura del primo contatto (Infoclin), LOG 80.

Il PCA inizia sempre con il Primo Contatto (PC) e può essere successivamente alimentato da altri prodotti (v. diagramma sopra riportato). Le uniche eccezioni riguardano i casi pazienti non conosciuti con ricovero in SPDC/SPOI o in RTI. Il PCA non richiede necessariamente l'apertura del Trattamento Clinico-Psichiatrico (TCP), ma può essere costituito anche solo da altri prodotti (es. Trattamento Psicoterapeutico o Trattamento Socio-Residenziale).

Regole generali

Se nell'anno un paziente:

- è entrato in contatto con più CSM o SPDC in uno stesso DSM-DP Aziendale all'interno di un unico PCA, si conteggia una sola volta
- è entrato in contatto con più CSM o SPDC appartenenti a più DSM-DP di diverse AUSL: si conteggia tante volte quanti sono i DSM-DP con cui è entrato in contatto nell'anno.

Apertura PCA

Il PCA è aperto automaticamente con la data della prima prestazione del Primo contatto, a prescindere dalla figura professionale che l'ha svolta (medico, infermiere, educatore, psicologo). I sistemi gestionali devono pertanto registrare e valorizzare anche le prestazioni che precedono la visita specialistica dello psichiatra o dello psicologo, così come nella cartella clinica vanno registrate tutte le prestazioni erogate al paziente.

Le prenotazioni della prima visita e le prime valutazioni telefoniche non sono sufficienti per aprire il PCA, ma sono richieste prestazioni cliniche (es. colloquio individuale, colloquio familiare) e necessario il consenso al trattamento dei dati.

Le necessità di programmazione locale e regionale, richiedono la rilevazione delle seguenti informazioni nella fase di accoglienza:

Tab. 1

T0	Data prenotazione (richiesta) prima visita (T0) Sez. PCA nuovo campo SISM	Corrisponde alla data di prenotazione della prima visita. E' da rilevare per i casi nuovi in assoluto o per i reingressi in fase di primo contatto. L'informazione non va valorizzata come prestazione. La cartella utente non va inviata/aperta nel caso in cui il paziente abbia prenotato la visita e non si sia presentato.
T1	Data apertura PCA (T1) Sez. PCA nuovo campo SISM	Segnala la data della prima prestazione anche non specialistica (non effettuata da medico o psicologo) che dà luogo all'apertura del PCA, a prescindere dalla figura professionale che la eroga.
T2	Data di prima visita Sez. Prestazioni	Segnala la data della prima prestazione specialistica, effettuata da uno psichiatra o da uno psicologo.

Inviante (ex "Modalità di invio" del PC)

Nel flusso SISM sono previste diverse tipologie di invianti. Ai fini della uniformità delle informazioni è necessario osservare le seguenti regole nella codifica:

Tab. 2

Codice	DEFINIZIONE	DESCRIZIONE
01	Spontaneo	Paziente che si presenta al CSM senza alcuna richiesta scritta o verbale del MMG o di altri specialisti
02	Medici di Medicina Generale	Paziente che si presenta al CSM con la richiesta del SSN ("ricetta rossa") del MMG Oppure quando il MMG ha formulato una richiesta verbale allo specialista CSM
03	SPOI/RTI AIOP	Paziente sconosciuto dal CSM e ricoverato in SPOI/RTI per il quale è richiesta una consulenza/presa in cura dal reparto
04	Ospedali Pubblici (Pronto Soccorso e altri reparti)	Consulenza al Pronto soccorso o altri reparti
05	Strutture sanitarie e sociosanitarie (RSA, case riposo e altro)	Paziente di cui è stata richiesta la valutazione da parte di strutture sanitarie e sociosanitarie (RSA, case riposo e altro). E' esclusa la consulenza richiesta dal MMG
06	Altri servizi AUSL	Paziente di cui è stata richiesta la valutazione da altri servizi AUSL (diversi da quelli già specificati)
07	DSM-DP di altre AUSL	Paziente inviato da CSM, SPDC, SerT, NPIA di altre AUSL
08	Servizi Sociali di Enti Locali	Paziente di cui è stata richiesta la valutazione da parte dei Servizi Sociali di Enti Locali
09	Organi giudiziari e Forze dell'ordine	Paziente per il quale Organi giudiziari o le Forze dell'ordine chiedono un intervento
10	Carcere	Pazienti detenuti di cui è stata richiesta la valutazione psichiatrica da parte del Presidio sanitario carcere (sono esclusi gli ex detenuti o i pazienti agli arresti domiciliari o con altre misure di restrizione della libertà)
11	OPG o Struttura di superamento OPG	Paziente ricoverato in OPG o in Struttura di superamento
98	Altro	Situazione che non rientra nelle tipologie sopra indicate
99	Non conosciuto/non rilevato	Informazione non disponibile o non rilevata

Tipologia di rapporto con i servizi

In base alla continuità dei rapporti precedenti con i Servizi, sono state individuate cinque categorie di utenti. Ogni paziente con almeno un accesso nell'anno deve essere collocato in una di queste categorie, in funzione delle caratteristiche della storia assistenziale.

Tab. 3

Codice e RER	Definizione sintetica RER	Fase del PCA nell'anno	Tipi di rapporto anno/i precedenti	Sintesi
01	Nuovo caso assoluto	PCA avviato durante l'anno	Nessuno	Nuovo
02	Reingresso, con PC precedenti	PCA avviato durante l'anno	Dimesso con almeno un primo contatto precedente e mai preso in cura	Rientro
03	Reingresso, con presa in cura in precedenti PCA	PCA avviato durante l'anno	Dimesso con almeno un PCA precedente con presa in cura	Rientro
04	PC iniziato alla fine di anno precedente	PCA iniziato nell'anno precedente	Primo contatto iniziato negli ultimi 60 giorni di anno precedente (con o senza altri pregressi PCA)	Già in contatto
05	Presa in cura iniziata in anno/anni precedenti	PCA con almeno un prodotto di trattamento (diverso dal Primo Contatto) iniziato nell'anno precedente	Presa in cura iniziata in anno/anni precedenti (con o senza altri pregressi PCA)	Già in contatto

Chiusura PCA

Il PCA si chiude con l'ultima prestazione erogata al paziente. Sono previste due diverse modalità di chiusura, i cui codici sono di seguito meglio specificati:

- chiusura effettuata dal referente clinico quando decide di dimettere il paziente
- effettuata dal sistema automaticamente in quanto non sono state valorizzate delle prestazioni in un determinato periodo di tempo.

Al fine di non lasciare il PC e il PCA aperti senza prestazioni a tempo indeterminato, i sistemi gestionali locali dovranno essere dotati delle seguenti procedure¹:

Procedura di chiusura automatica di PC

Il PC deve essere chiuso entro 60 giorni dalla prima prestazione.

Nel caso in cui non sia stato chiuso da un operatore entro questo termine, occorre implementare una procedura automatica per la chiusura da sistema al 60° giorno dalla prima prestazione. In quest'ultimo caso il PCA rimane aperto o fino alla decisione di chiusura da parte dell'operatore o fino al 180° giorno senza prestazioni (vedi procedura sotto riportata).

Uniche eccezioni a queste due procedure sono i casi di pazienti con degenza ospedaliera o residenziale ancora in corso. In questi casi il PC deve essere chiuso alla dimissione, mentre il PCA entro 180 giorni dalla dimissione.

Procedura di chiusura automatica per PCA

La chiusura automatica da programma avviene dopo 180 giorni dall'ultima prestazione erogata con denominazione "PCA chiuso automaticamente dal sistema". È opportuno che i sistemi gestionali locali attivino una segnalazione dopo 120 giorni dall'ultima prestazione dei PCA ancora aperti. La segnalazione dopo 120 giorni senza prestazioni deve essere fatta ai referenti clinici (i criteri per la definizione dei referenti clinici devono essere stabiliti localmente nei vari DSM-DP).

La funzione di chiusura automatica non deve essere attivata nel caso in cui sia presente un prodotto residenziale e di ricovero. È essenziale sottolineare che il PCA deve essere chiuso alla data dell'ultima prestazione.

Note:

- Se non vi sono prestazioni negli ultimi 180 gg ma vi sono prodotti aperti (esclusi residenziali e ricoveri), l'applicativo chiuderà automaticamente anche i prodotti di trattamento aperti, con la stessa motivazione
- Se non vi sono prestazioni negli ultimi 180 gg ma vi sono prodotti residenziali/ricoveri aperti, la cartella non verrà chiusa, ma l'applicativo continuerà a segnalare la mancanza di prestazioni negli ultimi 180 gg. e il trattamento residenziale/ricovero in atto
- Se non vi sono prestazioni negli ultimi 180 giorni successivi alla chiusura di un prodotto residenziale/ricovero, la cartella verrà chiusa automaticamente dal sistema.

¹ Riunione Direttori DSM-DP il 13/03/2012

Motivazione chiusura del PCA e dei prodotti di trattamento

E' prevista una codifica delle diverse motivazioni della chiusura di ogni PCA e di ogni singolo prodotto. I codici per le modalità di chiusura e le relative definizioni sono riportate nelle due tabelle sottostanti.

Per la chiusura si applicano le seguenti regole:

- il PC deve essere chiuso entro 60 giorni dalla prima visita con la formulazione di una diagnosi
- per i ricoveri/trattamenti residenziali in corso al 60° giorno dalla prima prestazione non si applica la regola dei 60 giorni/180 giorni ma si attende la dimissione.

Tab. 4 Corrispondenza "Motivazione chiusura PCA" e "Motivazione di chiusura prodotto"

PCA			Prodotto		
Cod	PCA	Definizione	Cod	Prodotto	Definizione
01	PCA ancora in corso al 30/06 o 31/12	PCA aperto, con almeno un prodotto che risulta ancora aperto al 31/12 dell'anno di riferimento. (è il vecchio "formalmente interrotto al 31/12)	01	Prodotto ancora in corso al 30/06 o 31/12	Prodotto che risulta ancora aperto al 31/12 dell'anno di riferimento. (è il vecchio "Prodotto formalmente interrotto al 31/12)
01	PCA ancora in corso al 30/06 o 31/12	PCA aperto, con almeno un prodotto che risulta ancora aperto al 31/12 dell'anno di riferimento. (è il vecchio "formalmente interrotto al 31/12)	07	Prodotto chiuso automaticamente dal sistema	Chiusura del PC per decorrenza del periodo di 60 giorni oppure prodotto chiuso in quanto il PCA è sprovvisto di prestazioni da 180 giorni.
01	PCA ancora in corso al 30/06 o 31/12	PCA aperto, con almeno un prodotto che risulta ancora aperto al 31/12 dell'anno di riferimento. (è il vecchio "formalmente interrotto al 31/12)	08	Presenza in cura condivisa con MMG	Presenza in cura condivisa con MMG per primo contatto
01	PCA ancora in corso al 30/06 o 31/12	PCA aperto, con almeno un prodotto che risulta ancora aperto al 31/12 dell'anno di riferimento. (è il vecchio "formalmente interrotto al 31/12)	09	Presenza in cura specialistica	Presenza in cura specialistica CSM per primo contatto
02	Conclusione	Raggiungimento degli obiettivi prefissati dal processo di cura, senza assegnazione di obiettivi terapeutici specifici a MMG o altri Servizi	02	Conclusione	Raggiungimento degli obiettivi prefissati (escluso primo contatto)
03	Conclusione con rinvio a MMG per prosecuzione cure	Chiusura con invio al MMG per obiettivi specifici	02	Conclusione	Raggiungimento degli obiettivi prefissati (escluso primo contatto)
04	Conclusione con invio ad altro servizio AUSL	Invio a un altro servizio AUSL per risposte più appropriate (es. SerT, Servizio sociale, ...)	02	Conclusione	Raggiungimento degli obiettivi prefissati (escluso primo contatto)
05	Trasferimento a DSM-DP di altra AUSL	Invio a altri CSM per competenze territoriali o per richiesta del paziente	03	Trasferimento	Raggiungimento degli obiettivi prefissati (escluso primo contatto)
06	Abbandono / Drop-out da parte del paziente	Chiusura per abbandono da parte del paziente prima del termine programmato, previsto. Può essere o meno comunicato da parte del paziente all'operatore.	04	Abbandono	Chiusura per abbandono da parte del paziente prima del termine programmato/previsto comunicato da parte del paziente all'operatore.
07	Suicidio	Chiusura per suicidio	05	Suicidio	Chiusura per suicidio
08	Decesso	Chiusura per decesso per qualsiasi causa (ad esclusione del suicidio)	06	Decesso	Chiusura per decesso per qualsiasi causa (ad esclusione del suicidio)
09	PCA chiuso automaticamente dal sistema (180 gg senza prestazioni)	Chiusura automatica del PCA realizzata dal sistema gestionale dopo 180 giorni dall'ultima prestazione	07	Prodotto chiuso automaticamente dal sistema	Chiusura del PC per decorrenza del periodo di 60 giorni oppure prodotto chiuso in quanto il PCA è sprovvisto di prestazioni da 180 giorni.
10	Caso di non pertinenza psichiatrica	Dimesso perché non si riscontrano disturbi inerenti la salute mentale. È limitato al Primo contatto	02	Conclusione	Raggiungimento degli obiettivi prefissati
99	Altro	Tutte le situazioni non codificabili nelle voci precedenti.	99	Altro	Tutte le situazioni non codificabili nelle voci precedenti

Chiusura PCA con solo primo contatto

Qualora il PCA sia costituito solo da un Primo contatto (senza altri prodotti), al fine di evitare la doppia registrazione della motivazione della chiusura da parte del referente clinico, si raccomanda di implementare il sistema gestionale locale di una funzione di transcodifica dei dati, dalla motivazione chiusura del PC alla motivazione della chiusura del PCA

DIAGNOSI

I sistemi informativi locali devono essere modificati in modo che all'inserimento di una nuova diagnosi venga sempre chiesto all'operatore di confermare o chiudere la/le diagnosi precedentemente formulata/e. E' opportuno che i sistemi prevedano una apposita sezione del sistema gestionale dedicata alla registrazione della diagnosi. E' importante che non vi sia una associazione tra diagnosi e prodotto.

Per le diagnosi confermate rimane comunque la data originaria della prima formulazione; in questo modo si avrà la possibilità di analizzare quante nuove diagnosi sono state formulate per una determinata patologia per ogni anno.

In alternativa, i Servizi devono comunque garantire un sistema per:

- non far pervenire nel flusso SISM le diagnosi non più attive;
- non modificare la data della formulazione della diagnosi specifica.

Per ogni utente è possibile codificare più diagnosi. Devono essere diverse tra di loro (non si accetta lo stesso codice ripetuto più volte all'interno dello stesso PCA. E' necessario specificare la diagnosi principale, ad eccezione della fase di prima visita.

Per gestire progressivamente la fase di passaggio dal vecchio flusso SISM al nuovo, si accettano anche i codici con la sola categoria pur avendo il dettaglio della sottocategoria e/o sottoclassificazione. Mentre a partire dalle diagnosi formulate dopo il 1/1/2014 è obbligatorio dare il maggior dettaglio possibile.

La diagnosi è obbligatoria:

- entro i 60 giorni dopo la prima visita/inizio PC. In linea con l'applicazione del progetto SOLE si ritiene necessario che la formulazione della prima diagnosi avvenga contestualmente alla prima visita specialistica. In questo caso si tratta di un orientamento diagnostico modificabile nel corso del processo terapeutico.
- per tutti gli utenti in carico (con prodotto aperto diverso dal prodotto 1. Primo contatto).

PROGRAMMI E PERCORSI

Nel flusso SISM è previsto l'aggiunta di un apposito tracciato per monitorare e tracciare Programmi e percorsi speciali. L'obiettivo è di strutturare una sessione informativa per:

- identificare gli utenti inseriti in appositi progetti di rilevanza regionale, anche sperimentali, al fine di facilitare l'attività di monitoraggio e valutazione
- evitare il proliferare di raccolta dati su specifici progetti regionali
- facilitare il ritorno informativo alla Regione da servizi Aziendali.

Il tracciato è stato strutturato in modo da individuare ogni programma- percorso-progetto esclusivamente attraverso l'assegnazione di un codice unico regionale (vedi tabella). Pertanto ogni sistema gestionale locale dovrà prevedere una apposita sessione informativa per identificare l'assegnazione di ogni utente a uno o più progetti sotto elencati.

Tab. 5. Per la fase di avvio dei flussi informativi sono stati identificati i seguenti progetti:

01	Percorso DCA – disturbo del comportamento alimentare	
02	Percorso Esordi psicotici	
03	Percorso Individual Placement Support (IPS)	
04	Paziente Ex OP	Tutti gli utenti Ex Ospedale Psichiatrico vanno individuati con questo codice.
05	Paziente ex OPG o ex Struttura di superamento OPG	Vanno tracciati tutti gli utenti che nel corso della loro vita hanno avuto un ricovero presso un OPG o, in futuro, Struttura di superamento OPG.
06	Paziente sottoposto a misure di sicurezza	Sono: - misura di sicurezza provvisoria o definitive. Deve essere non detentiva (sul territorio o in residenza). - libertà vigilata. E' una misura di sicurezza che si svolge sul territorio (abitazione, residenza, struttura, ..)

07	Paziente sottoposto ad altra misura giudiziaria	- misura alternativa alla detenzione (detenzione domiciliare, affidamento in prova ai Servizi sociali, semilibertà) arresti domiciliari (pazienti che non sono in carcere e non hanno una sentenza definitiva). ricovero in luogo esterno di cura,
08	Budget di salute	

PARTE SECONDA – PRODOTTI

I prodotti sono il risultato di attività organizzate (cioè di processi) messe in opera per rispondere alle esigenze di cura degli utenti. SISM prevede, oltre al PC, altri 10 prodotti, corrispondenti ai macro-processi terapeutico-riabilitativi.

Ogni prodotto, esclusi i prodotti residenziali e i ricoveri, deve essere valorizzato con almeno una prestazione nel corso dell'anno di analisi. Tutte le prestazioni incluse nei prodotti devono essere registrate solo dal personale CSM (o SPDC per le consulenze ospedaliere) a prescindere dal tipo di rapporto di lavoro con l'AUSL.

Tutte le figure professionali sanitarie o socio-sanitarie dei servizi devono registrare le prestazioni svolte, in base alle proprie competenze professionali.

La coerenza tra prodotti deve essere garantita da apposite procedure degli applicativi locali.

Ad es.: il PC non può coesistere con altri prodotti, tranne ricovero o RTI. Se i pazienti sono ricoverati in SPDC non possono esserlo contemporaneamente in RTI. Se i pazienti sono in RTR, non possono essere contemporaneamente in RSA.

Tab. 6. La Tabella seguente riporta le compatibilità tra prodotti.

	PC	TCP	PSICO	DH	CD	FTL	TSR	RTI	RTR*	RSR	Ricovero SPDC-SPOI
PC								X			X
TCP			X	X	X	X	X	X	X	X	X
PSICO		X		X	X	X	X	X	X	X	X
DH		X	X		X	X	X	X	X	X	X
CD		X	X	X		X	X	X	X	X	X
FTL		X	X	X	X		X	X	X	X	X
TSR.		X	X	X	X	X		X	X	X	X
RTI	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
RTR*		X	X	X	X	X	X	X			X
RSR		X	X	X	X	X	X	X			X
Ricovero SPDC-SPOI	X	X	X	X	X	X	X		X	X	

1. PRIMO CONTATTO (PC)

Il Primo Contatto è il prodotto che avvia il rapporto dell'utente con i servizi per prima visita, accoglienza, consulenza. Costituisce la prima risposta alla richiesta di intervento psichiatrico, sia programmata che urgente. Sono incluse le consulenze effettuate da medici CSM o SPDC durante i turni in SPDC.

Nelle rare situazioni in cui il processo clinico assistenziale (PCA) inizia per:

- trasferimenti in SPDC/RTI senza valutazione psichiatrica prima del ricovero nel reparto ricevente
- ingressi in TSO effettuati da personale esterno al DSM-DP
- invii in SPDC/RTI dal carcere.

il Primo contatto è sostituito con i suddetti prodotti.

Può essere il primo accesso assoluto del paziente ai Servizi o avvenire dopo la conclusione di un precedente Primo Contatto. Si apre con la prima prestazione rivolta all'utente e si conclude con la decisione sulla presa in cura.

Corrisponde alla fase valutativa del processo assistenziale. Non può essere erogato in concomitanza con altri prodotti: finché non è concluso, è impossibile attivarne altri. L'unica eccezione è per il prodotto "Ricovero in SPDC o SPOI" e "Trattamento Residenziale Intensivo".

I dati socio-demografici e la diagnosi (anche solo un orientamento diagnostico non definitivo) devono essere registrati possibilmente durante la prima visita specialistica e comunque entro la data di conclusione del prodotto.

Il prodotto deve presentare le seguenti caratteristiche:

- durata inferiore o uguale a 60 giorni (intercorrenti tra la data di prima visita/inizio PCA e data di chiusura del prodotto)
- almeno una prestazione specialistica erogata da psichiatra o psicologo prima della conclusione del prodotto
- prima della conclusione del prodotto è necessario inserire almeno la diagnosi principale.

Esclude:

- le prenotazioni;
- le segnalazioni

Prestazioni previste

01. Colloquio / Visita individuale
02. Colloquio familiare
04. Accertamento medico legale
05. Valutazione standardizzata
06. Consulenza a MMG
07. Consulenza a Presidio ospedaliero
08. Consulenza a SERT
09. Consulenza a NPEE
10. Consulenza ad altri Servizi AUSL (comprende RSA - Case di riposo)
11. Somministrazione farmaci
13. Fleboclisi
12. Erogazione farmaci
14. ASO
15. TSO extraospedaliero
16. TSO ospedaliero
17. Predisposizione di Trattamento Residenziale Intensivo/Ricovero
36. Intervento di rete
40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)
45. Assistenza sanitaria internistica
46. Invio referto al MMG tramite SOLE

2. TRATTAMENTO CLINICO-PSICHIATRICO (TCP)

Trattamento effettuato di norma da medici psichiatri e/o da infermieri e/o da psicologi. Rappresenta abitualmente l'intervento di base del CSM dopo la fase valutativa (PC) e comprende le prestazioni, generalmente ambulatoriali o domiciliari, finalizzate al miglioramento clinico del paziente, prive di setting/finalità psicoterapeutiche, o di day hospital o riabilitative. Date queste caratteristiche, non richiede necessariamente l'integrazione tra obiettivi, tecniche e operatori diversi. Durante il Trattamento Clinico Psichiatrico possono tuttavia essere attivati altri prodotti (psicoterapeutici, di day hospital o riabilitativi); in questo caso il coordinamento e l'integrazione (tra obiettivi, tecniche e operatori specifici) diventa indispensabile.

Prestazioni previste

01. Colloquio / Visita individuale
02. Colloquio familiare
04. Accertamento medico legale
05. Valutazione standardizzata
06. Consulenza a MMG
07. Consulenza a Presidio ospedaliero
08. Consulenza a SERT
09. Consulenza a NPEE
10. Consulenza ad altri Servizi AUSL (comprende RSA, Case Riposo)
11. Somministrazione farmaci
13. Fleboclisi
12. Erogazione farmaci
14. ASO
15. TSO extraospedaliero
16. TSO ospedaliero
17. Predisposizione di Tratt. residenziale/Ricovero
- Intervento informativo/psicoeducativo rivolto ai pazienti (specificare se 20. individuale o 21. di gruppo)
- Intervento informativo/psicoeducativo rivolto alle famiglie (specificare se 18. individuale o 19. di gruppo)
36. Intervento di rete
40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP

- 42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
- 43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
- 44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)
- 45. Assistenza sanitaria internistica
- 46. Invio referto al MMG tramite SOLE

3. TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO (PT)

Intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata (le sedute di psicoterapia hanno cadenza regolare e durano almeno 40 minuti) e modalità degli incontri fisse e predefinite. Prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Se svolto da psichiatri è richiesto un setting di "doppio assetto terapeutico" (non può essere registrato nel prodotto "Trattamento PSICOTERAPEUTICO" un ciclo di colloqui effettuato dallo psichiatra simultaneamente titolare del Trattamento Clinico-Psichiatrico per lo stesso paziente).

Esclude:

tutti i colloqui non strutturati come sopra descritto (come le prestazioni psicologiche erogate all'interno del Trattamento clinico-psichiatrico).

Prestazioni previste

- 1. Colloquio / Visita individuale
- 2. Colloquio familiare
- 5. Valutazione standardizzata
- 22. Seduta di psicoterapia individuale
- 23. Seduta di psicoterapia di coppia
- 24. Seduta di psicoterapia familiare
- 25. Seduta di psicoterapia di gruppo
- 40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
- 41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
- 42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
- 43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
- 44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)
- 46. Invio referto al MMG tramite SOLE

4. TRATTAMENTO IN DAY HOSPITAL TERRITORIALE (DHT)

Attività sanitaria (ad es., somministrazione di fleboclisi o di farmaci per via parenterale od orale) rivolta a pazienti in stato di crisi, in alternativa al ricovero ospedaliero, svolta nella struttura di Day Hospital non ospedaliero o presso il CSM.

Prestazioni previste

- 01. Colloquio / Visita individuale
- 02. Colloquio familiare
- 03. Colloquio di gruppo
- 11. Somministrazione farmaci
- 12. Erogazione farmaci
- 13. Fleboclisi
- 38. Accoglimento informale inferiore a 4 ore
- 39. Accoglimento informale uguale o superiore a 4 ore
- 40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
- 41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
- 42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
- 43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
- 44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)
- 45. Assistenza sanitaria internistica
- 46. Invio referto al MMG tramite SOLE

Codifica struttura

Vedi circolare.

5. TRATTAMENTO IN CENTRO DIURNO (CD)

Attività terapeutico riabilitativa diurna, prevalentemente di gruppo, rivolta a pazienti gravi in carico al CSM, svolta presso le strutture di Centro Diurno².

Prestazioni previste

01. Colloquio / Visita individuale
02. Colloquio familiare
03. Colloquio di gruppo
- Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale (specificare se 27. individuale o 28. di gruppo)
- Intervento di risocializzazione (specificare se 29. individuale o 30. di gruppo)
36. Intervento di rete
- Soggiorno o Vacanza (specificare se 31. individuale o 32. di gruppo)
- Intervento riabilitativo sulle abilità di base (specificare se 33. individuale o 34. di gruppo)
38. Accoglimento informale inferiore a 4 ore
39. Accoglimento informale uguale o superiore a 4 ore
40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)
45. Assistenza sanitaria internistica
46. Invio referto al MMG tramite SOLE

Codifica struttura

Vedi circolare.

6. PROGRAMMA DI FORMAZIONE-TRANSIZIONE AL LAVORO (FTL)

Inserimenti lavorativi e partecipazione a corsi di formazione lavorativa, svolti in collaborazione con enti, cooperative esterne/convenzionate e privati, con contratti part-time temporanei, volti alla (ri)acquisizione di abilità professionali per i pazienti in età lavorativa in carico al CSM.

Prestazioni previste

01. Colloquio / Visita individuale
02. Colloquio familiare
03. Colloquio di gruppo
36. Intervento di rete
35. Intervento di addestramento e formazione al lavoro
37. Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali
40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)

7. TRATTAMENTO SOCIO-RIABILITATIVO (TSR)

Attività diurne, individuali o di gruppo, personalizzate in base alle esigenze assistenziali o riabilitative, rivolte a pazienti con elevato grado di disabilità/cronicità, finalizzate al supporto sociale e/o economico, o alla (ri)acquisizione di abilità di autonomia quotidiana e di funzionamento interpersonale in ambito extralavorativo.

Sono svolte al di fuori di strutture semiresidenziali (Centri Diurni o Day Hospital).

Prestazioni previste

01. Colloquio / Visita individuale
02. Colloquio familiare
03. Colloquio di gruppo

² DGR 327/2004 "Applicazione della Legge regionale 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti. Revoca dei precedenti provvedimenti".

- 26. Intervento di supporto socio-assistenziale
- 36. Intervento di rete
- Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale (specificare se 27. individuale o 28. di gruppo)
- Intervento di risocializzazione (specificare se 29. individuale o 30. di gruppo)
- Soggiorno o Vacanza (specificare se 31. individuale o 32. di gruppo)
- 37. Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali
- Intervento riabilitativo sulle abilità di base (specificare se 33. individuale o 34. di gruppo)
- 38. Accoglimento informale inferiore a 4 ore
- 39. Accoglimento informale uguale o superiore a 4 ore
- 40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
- 41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
- 42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
- 43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
- 44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)

8. TRATTAMENTO IN RESIDENZA INTENSIVA (RTI)

Inserimento residenziale in strutture pubbliche o private accreditate a Trattamento Intensivo (RTI) anche specialistiche (DGR 2000/2009 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero").

Sono comprese in questa categoria le residenze che aderiscono all'accordo RER-AIOP.

Esclude:

I trattamenti residenziali a retta NON intrapresi su invio/progetto del CSM/SPDC di riferimento.

Prestazioni previste

Non sono previste prestazioni associate a questo prodotto. Le prestazioni erogate da personale CSM a pazienti inseriti in strutture residenziali vanno inserite nei prodotti da 02 a 07.

Codifica struttura

Vedi circolare.

9. TRATTAMENTO IN RESIDENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA (RTR)

Inserimento residenziale in strutture pubbliche o private accreditate a Trattamento Riabilitativo (RTR). Questo tipo di strutture in precedenza sono state accreditate come RTP – Residenza a trattamento protratto e RSR – Residenza sanitarie riabilitative (DGR 327/2004).

Confluiscono in questa tipologia anche le RTP con autorizzazione al funzionamento ospedaliero (DGR 2000/2009).

Esclude:

I trattamenti residenziali a retta intrapresi su invio/progetto/partecipazione economica NON del CSM di riferimento.

Prestazioni previste

Non sono previste prestazioni associate a questo prodotto. Le prestazioni erogate da personale CSM a pazienti inseriti in strutture residenziali vanno inserite nei prodotti da 02 a 07.

Codifica struttura

Vedi circolare.

10. TRATTAMENTO SOCIO-RESIDENZIALE

Inserimento in altre residenze autorizzate (anche con Dichiarazione di Inizio Attività - DIA nei casi previsti) ai sensi delle delibere:

- DGR 564/2000 "Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di Aids"
- DGR 327/2004 "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti"

- DGR 26/2005 "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di Accredimento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso- Ulteriori precisazioni".

Esclude:

Esclude i trattamenti residenziali che:

- non comportano oneri finanziari a carico del DSM-DP
- non sono intrapresi su progetto del DSM-DP
- le strutture sanitarie accreditate per la psichiatria

Prestazioni previste

Non sono previste prestazioni associate a questo prodotto. Le prestazioni erogate da personale CSM a pazienti inseriti in strutture residenziali vanno inserite nei prodotti da 02 a 07.

Codifica struttura

Vedi circolare.

Specifica per Gruppi appartamento e Appartamenti

E' necessario valorizzare le informazioni sugli inserimenti in "Gruppi appartamento" o in "Appartamenti", anche privi di personale dedicato, se l'appartamento è gestito dal DSM-DP o da soggetto privato su mandato del DSM-DP.

11. RICOVERO IN SPDC O SPOI

Ammissione in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, sia programmata che urgente, sia volontaria che obbligatoria, effettuata per pazienti in contatto con il CSM, anche quando richiesta da medici esterni al CSM (ad es., Pronto Soccorso, altri SPDC per trasferimento, ecc.). Sono altresì comprese le ammissioni in regime di ricovero volontario effettuate presso la Clinica Universitaria Psichiatrica di Parma, presso lo SPOD di Ferrara e presso i reparti SPOI delle case di cura.

Occorre rilevare se il trattamento riguarda paziente con misura di sicurezza.

Sono inclusi anche i ricoveri con codice 056 degli ospedali privati per la salute mentale.

Prestazioni previste

Non sono previste prestazioni associate a questo prodotto. Le prestazioni erogate da personale CSM a pazienti ricoverati in SPDC-SPOI vanno inserite nei prodotti da 02 a 07.

Codifica struttura

Vedi circolare.

PARTE III - PRESTAZIONI

La valorizzazione della singola prestazione prescinde dalla durata della stessa e dal numero di operatori che la svolgono. Ad esempio, una prestazione che dura sette ore con due operatori distinti, non va suddivisa in 14 diverse prestazioni, ma valorizzata una sola volta con i campi operatore 1 e 2 valorizzati.

Tab. 7. Elenco prestazioni e distribuzione per prodotto

Cod.	PRESTAZIONI	Prodotti						
		PC	TCP	PT	DH	CD	FTL	TSR
01	Colloquio/Visita individuale	•	•	•	•	•	•	•
02	Colloquio familiare	•	•	•	•	•	•	•
03	Colloquio di gruppo				•	•	•	•
04	Accertamento medico legale (o Certificazione)	•	•					
05	Valutazione standardizzata (o Effettuazione di test psicodiagnostico)	•	•	•				
06	Consulenza a MMG	•	•					
07	Consulenza a Presidio ospedaliero	•	•					
08	Consulenza a SerT	•	•					
09	Consulenza a NPIA	•	•					
10	Consulenza ad altri Servizi AUSL diversi da specificati	•	•					
11	Somministrazione (orale o parenterale) farmaci	•	•		•			
12	Erogazione farmaci	•	•		•			
13	Fleboclisi	•	•		•			
14	Accertamento Sanitario Obbligatorio	•	•					
15	Predisposizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio extraospedaliero	•	•					
16	Predisposizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio ospedaliero	•	•					
17	Predisposizione / Facilitazione / Invio a trattamento residenziale e/o ricovero	•	•					
18	Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia INDIVIDUALE		•					
19	Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia di gruppo		•					
20	Intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti individuale		•					
21	Intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti di gruppo		•					
22	Seduta di psicoterapia individuale			•				
23	Seduta di psicoterapia di coppia			•				
24	Seduta di psicoterapia familiare			•				
25	Seduta di psicoterapia di gruppo			•				
26	Intervento di supporto socio-assistenziale							•
27	Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale individuale					•		•
28	Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale di gruppo					•		•
29	Intervento di risocializzazione individuale					•		•
30	Intervento di risocializzazione di gruppo					•		•
31	Soggiorno o Vacanza individuale					•		•
32	Soggiorno o Vacanza di gruppo					•		•
33	Intervento riabilitativo sulle abilità di base individuale					•		•
34	Intervento riabilitativo sulle abilità di base di gruppo					•		•

04. Accertamento medico legale (o Certificazione)

Valutazione psichiatrica del paziente a fini medico-legali, anche se inserita in un rapporto stabilizzato di consulenza con altri servizi, attestante la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, cui fa seguito una relazione o certificazione.

Esclude:

- Valutazioni e certificazioni mediche effettuate nel corso di un procedimento di Accertamento o Trattamento Sanitario Obbligatorio (-->Accertamenti e trattamenti obbligatori).

05. Valutazione standardizzata (o Effettuazione di test psicodiagnostico)

La valutazione può avvenire o mediante test psicodiagnostici o mediante rating scales, questionari e interviste semistrutturate.

Esclude:

- Gli aggiornamenti successivi della valutazione con uno o più strumenti.

Esclude:

- Schede di valutazione dei problemi psicopatologici e psicosociali che non prevedono l'intervista del paziente o dei suoi familiari, ma solo la compilazione dello strumento da parte dell'operatore.

CONSULENZE

Valutazioni specialistiche psichiatriche o psicologico-cliniche svolte su richiesta di altri Servizi.

La prestazione include sia l'effettuazione del colloquio con il paziente che il referto redatto per il servizio richiedente.

Si distinguono:

06 . Consulenza a MMG

07. Consulenza a Presidio ospedaliero:

Sono comprese anche le consulenze effettuate da medici del SPDC. Qualora il medico del CSM svolga la consulenza durante il turno di guardia in SPDC, dovrà essere considerato medico SPDC.

08. Consulenza a SERT

09. Consulenza a NPEE

10. Consulenza ad altri Servizi AUSL diversi da specificati

11. Somministrazione (orale o parenterale) farmaci

Intervento diretto al paziente e svolto generalmente da personale infermieristico.

Esclude:

- Attività sanitarie non specialistiche (rilevazione della pressione o del polso, prelievo ematico per esami, ecc.) che non vengono rilevate come specifici interventi.

12. Erogazione farmaci

Consegna di farmaci al paziente per l'assunzione a domicilio.

Esclude:

- Consegna di una quantità imprecisata di farmaci (singole unità o blister o confezioni), necessari per il trattamento in periodi di tempo differenziati (da un'unica assunzione ad alcune settimane).

13. Fleboclisi

Seduta di somministrazione endovenosa di farmaci diluiti in soluzioni liquide, generalmente svolte nell'ambito delle attività di Day Hospital.

ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI OBBLIGATORI

Visite specialistiche per le certificazioni di proposta e/o convalida previste dalla legge 833, oltre ai contatti con il Sindaco e la Polizia Municipale del Comune per organizzare il provvedimento obbligatorio.

In caso di TSO ospedaliero comprende anche l'accompagnamento del paziente in SPDC.

Si distinguono:

14. Accertamento Sanitario Obbligatorio (solo se effettuato)

15. Predisposizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio extraospedaliero (anche se non effettuato)

16. Predisposizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio ospedaliero (anche se non effettuato)

17. Predisposizione / Facilitazione / Invio a Trattamento Residenziale o Ricovero (anche se non effettuato)

Attività necessaria per l'attuazione di un trattamento residenziale o ricovero, ovvero la ricerca del posto letto e le informazioni trasmesse verbalmente o per iscritto ai colleghi del reparto (sullo stato clinico, i problemi in atto, la terapia effettuata, gli obiettivi del trattamento), l'accompagnamento in struttura e gli accordi presi per l'ammissione e la degenza del paziente.

Include anche l'invio in Day Hospital ospedaliero.

Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia

Si distinguono:

18-INDIVIDUALE

19-DI GRUPPO

Intervento basato sull'utilizzo di una tecnica specifica con personale specificamente formato; ha generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i familiari sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico del paziente e, attraverso un addestramento secondo metodi strutturati, di migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e di aumentare la sua abilità nell'affrontare i problemi e fronteggiare lo stress. Gli interventi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza del paziente. Le modalità di conduzione dei gruppi di familiari possono ispirarsi a tecniche differenti da quella psicoeducativa.

Esclude:

- Intervento non strutturato con i familiari (-->Colloquio familiare)
- Colloquio strutturato familiare con setting stabile svolto da psicoterapeuti (-->Seduta di psicoterapia familiare)
- Gruppi di auto-aiuto dei familiari se attuati senza la presenza degli operatori (non possono essere compresi tra le prestazioni del DSM-DP).

Intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti

Si distinguono:

20-INDIVIDUALE

21-DI GRUPPO

Intervento basato sull'utilizzo di una tecnica specifica con personale specificamente formato; ha generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i pazienti sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico.

Gli interventi possono essere sia individuali che di gruppo.

Esclude:

- Intervento non strutturato (-->Colloquio / Visita individuale)
- Colloquio strutturato con setting stabile svolto da psicoterapeuti (-->Seduta di psicoterapia individuale)
- Colloquio strutturato di gruppo con setting stabile svolto da psicoterapeuti (-->Seduta di psicoterapia di gruppo)
- Gruppi di auto-aiuto di pazienti se attuati senza la presenza degli operatori (non possono essere compresi tra le prestazioni del DSM-DP).

22. Seduta di psicoterapia individuale

Nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente e svolto con tecnica e setting stabile (cfr. prodotto Psicoterapeutico) coinvolge in una relazione a due il singolo paziente e lo psicoterapeuta.

23. Seduta di psicoterapia di coppia

Nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente e svolto con tecnica e setting stabile (cfr. prodotto Psicoterapeutico) è rivolta a due soggetti legati da una relazione affettiva per la quale essi stessi si definiscono come coppia; lo scopo è quello di migliorare gli aspetti problematici della relazione stessa.

24. Seduta di psicoterapia familiare

Nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente e svolto con tecnica e setting stabile (cfr. prodotto Psicoterapeutico), è rivolta al trattamento nella stessa seduta di più di un membro della stessa famiglia o dell'intero nucleo familiare.

25. Seduta di psicoterapia di gruppo

Nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente e svolto con tecnica e setting stabile (cfr. prodotto "Ciclo Psicoterapeutico"), applicazione di tecniche psicoterapiche in un gruppo di pazienti, abitualmente composto da 3-12 persone che si incontrano regolarmente e con setting stabile con lo/i psicoterapeuta/i.

26. Intervento di supporto socio-assistenziale

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

Esclude:

- Tutte le prestazioni, erogate al di fuori delle strutture residenziali, in cui l'operatore aiuta il paziente a lavarsi e vestirsi oppure interviene direttamente per pulire, cucinare, fare la spesa, spostarsi e così via;
- La singola erogazione di un pasto, se non è all'interno di una presenza semiresidenziale;
- L'accompagnamento da parte degli operatori (anche in auto del Servizio) di pazienti.

Esclude:

- Prestazioni in cui vi è un insegnamento strutturato delle abilità in questione, al fine di rendere i pazienti in grado di gestire le attività quotidiane in modo autonomo (-->Intervento riabilitativo sulle abilità di base);
- Interventi all'interno dei quali i pazienti si riuniscono, ad esempio, per consumare il pasto insieme, ma in cui l'accento è posto sulla possibilità di socializzare piuttosto che sull'erogazione di pasti (-->Intervento di risocializzazione).

Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale

Si distinguono:

27-INDIVIDUALE

28-DI GRUPPO

Intervento individuale o di gruppo in cui vengono svolte attività quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività di drammatizzazione, di espressione corporea, di integrazione psicomotoria, la ginnastica, la danza, le tecniche di rilassamento, il giardinaggio, il lavoro a maglia, la lavorazione del legno, ecc.

Esclude:

- Attività specificamente finalizzate alla formazione e/o all'inserimento lavorativo (-->Intervento di addestramento e formazione al lavoro);
- Attività ricreative e di incontro svolte in gruppo, come ad es., gruppi cucina, gruppi discussione e lettura, gruppi di ascolto musica o di visione di film (-->Intervento di risocializzazione).

Intervento di risocializzazione

Si distinguono:

29-INDIVIDUALE

30-DI GRUPPO

Intervento svolto con lo scopo di consentire ai pazienti di frequentare ambienti e persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le loro capacità di socializzazione, mediante attività ricreative o finalizzate. Può essere individuale o di gruppo, svolto sia all'interno del CSM sia all'esterno.

Esclude:

- Attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, uscite (cinema, ristorante, mostre) e gite o vacanze di durata inferiore a una giornata;
- Attività ricreative e di incontro svolte in gruppo (gruppi cucina, gruppi discussione e lettura, gruppi di ascolto musica o di visione di film, gruppi di risocializzazione, ecc.).

Esclude:

- Gite o vacanze di durata superiore a una giornata (-->Soggiorno o vacanza);
- Gruppi a carattere specificamente riabilitativo, in cui l'accento è posto sulla riacquisizione di un'abilità, per es., gruppo che si riunisce per apprendere a cucinare i pasti (-->Intervento riabilitativo sulle abilità di base).

Soggiorno o Vacanza

Si distinguono:

31-INDIVIDUALE

32-DI GRUPPO

Intervento con finalità ricreative e di risocializzazione, della durata superiore a una giornata, rivolto a singoli utenti o, più abitualmente, a gruppi di utenti.

Esclude:

- Uscite (cinema, ristorante, mostre) e gite di durata inferiore a una giornata (-->Intervento di risocializzazione)

Intervento riabilitativo sulle abilità di base

Si distinguono:

33-INDIVIDUALE

34-DI GRUPPO

Intervento che prioritariamente ha la finalità di incrementare il livello di autonomia dei pazienti e di migliorare la loro capacità di far fronte a disabilità e svantaggio sociale. E' finalizzato a rendere il paziente il più possibile autonomo nelle principali abilità di base (cura di sé e cosiddette abilità strumentali, come usare il telefono, prendere l'autobus, ecc.), sociali e interpersonali.

Esclude:

- Prestazioni, sia singole che di gruppo, basate su programmi molto strutturati sul modello del social skills training;
- Prestazioni meno strutturate ma in cui è comunque presente l'attenzione all'insegnamento delle diverse abilità.
- Attività di gestione appartamento per pazienti inseriti in strutture residenziali protette gestite dal CSM

Esclude:

- Tutte le prestazioni in cui l'operatore aiuta direttamente il paziente o si sostituisce ad esso nelle attività quotidiane, come lavarsi, vestirsi, pulire, cucinare, fare la spesa (-->Intervento di supporto socio-assistenziale);
- Attività in cui è prevalente l'aspetto di risocializzazione rispetto all'insegnamento di abilità, come incontri per pranzare insieme, in cui l'accento è posto sullo scambio relazionale piuttosto che sull'insegnamento relativo alla preparazione dei pasti (-->Intervento di risocializzazione)

35. Intervento di addestramento e formazione al lavoro

(o Inserimento formativo/lavorativo)

Prestazione finalizzata alla formazione professionale dei pazienti e/o all'inserimento /reinserimento di questi sia nel libero mercato del lavoro che in impieghi protetti.

Esclude:

- Le prestazioni in cui vengono svolte attività non finalizzate ad un inserimento lavorativo (-->Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale)
- Contatti con datori di lavoro, strutture sindacali ed aziendali. Contatti con privati, cooperative, agenzie del privato-sociale, enti pubblici, per attivare inserimenti lavorativi protetti (cosiddette "borse-lavoro"); verifiche iniziali, periodiche e finali con i referenti dell'ambiente lavorativo durante la realizzazione del lavoro protetto (-->Intervento di rete)
- Ricerca del lavoro (-->Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali)

36. Intervento di rete

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

Esclude:

- Riunioni-incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento della comunità, ecc., che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente;
- Contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali.
- Contatti con privati, cooperative, agenzie del privato-sociale, enti pubblici, per attivare inserimenti lavorativi protetti (cosiddette "borse-lavoro"); verifiche iniziali, periodiche e finali con i referenti dell'ambiente lavorativo durante la realizzazione del lavoro protetto

Esclude:

- Riunioni-incontri con familiari e conviventi (-->Colloquio familiare);
- Ricerca del lavoro (-->Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali);
- Interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività formative e lavorative (-->Intervento di addestramento e formazione al lavoro).

37. Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali

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

Esclude:

- Prestazioni di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative (invalidità, pensione, pagamento di bollette, ecc.);
- Interventi di tutela e curatela del paziente;
- Ricerca del lavoro;
- Interventi per l'erogazione di sussidi economici;
- Interventi di supporto socioeconomico finalizzati alla soluzione di problemi abitativi.

Esclude:

- Riunioni-incontri con singole persone o gruppi non istituzionali, con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali. Contatti con privati, cooperative, agenzie del privato-sociale, enti pubblici, per attivare inserimenti lavorativi protetti (cosiddette "borse-lavoro"); verifiche iniziali, periodiche e finali con i referenti dell'ambiente lavorativo durante la realizzazione del lavoro protetto(-->Intervento di rete).

38. Accoglimento informale inferiore a 4 ore

Consiste in attività di incontro e intrattenimento non strutturate e informali (ad es., lettura dei giornali, gioco a carte, conversazioni e discussioni estemporanee), che danno continuità temporale alla presenza del paziente e si alternano allo svolgimento di altre prestazioni.

L' Accoglimento (o Accoglienza) si svolge prevalentemente nelle strutture semiresidenziali (come prestazione dei prodotti Trattamento semiresidenziale in Day Hospital e Trattamento in Centro Diurno) ma può svolgersi anche nei CSM, come prestazione del prodotto Trattamento socio-riabilitativo.

Esclude:

- Ogni prestazione strutturata (che sia possibile identificare nelle prestazioni proposte in questo glossario), che deve essere registrata separatamente dall'Accoglimento.

39. Accoglimento informale uguale o superiore a 4 ore

Vedi sopra.

La diponibilità di pasti caldi e mensa, nel caso sia legata alla presenza del paziente nella struttura semiresidenziale o nel CSM, non deve essere rilevata come intervento autonomo, ma è compresa nell'Accoglimento uguale o superiore a 4 ore.

Esclude:

- Ogni prestazione strutturata (che sia possibile identificare nelle prestazioni proposte in questo glossario), che deve essere registrata separatamente dall'Accoglimento.
- Accoglimento informale inferiore a 4 ore con erogazione del pasto (-->Accoglimento informale uguale o superiore a 4 ore)

40. Discussione caso all'interno dell'équipe/UO

Incontri tra due o più operatori (anche dell'intera équipe) svolti in assenza del paziente ed effettuati per discutere/verificare/valutare programmi di trattamento o altri interventi.

41. Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP

42. Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL

Interventi di discussione/verifica/valutazione di programmi di trattamento o altri interventi.

43. Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative

Colloquio telefonico svolto con paziente, familiari o altre persone significative. Esclude le comunicazioni brevi o a scarsa rilevanza clinica.

44. Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG)

Interventi di discussione/verifica/valutazione di programmi di trattamento o altri interventi.

45. Assistenza sanitaria internistica

Include tutte le rilevazioni dei parametri vitali.

46. Invio referto al MMG tramite SOLE

Invio di un qualsiasi referto al MMG tramite la rete SOLE. La prestazione dovrà essere registrata direttamente dal sistema gestionale locale ad ogni invio di referto.