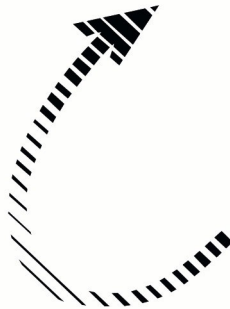


Instruments 1. Strumenti 1.



**SOCIETA' ITALIANA
DI EPIDEMIOLOGIA
PSICHIATRICA
S.I.E.P.**

PROGETTO SIEP-DIRECT'S*
**INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELLE DISCREPANZE
FRA PRATICHE DI ROUTINE ED EVIDENZE
NELL'ASSISTENZA FORNITA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE
AI PAZIENTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA
Versione luglio 2008**

A cura di:

ANTONIO LORA, DOMENICO SEMISA, PIERLUIGI MOROSINI, MIRELLA RUGGERI

Il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) è stato consultato durante la messa a punto del presente documento e conferma che il set di indicatori clinici messi a punto dalla SIEP si basa sulle raccomandazioni contenute nelle linee guida NICE per la schizofrenia. NICE ha approvato l'utilizzo del materiale relativo a tali linee guida ed ogni riferimento ad esse qui effettuato (*NICE Committee, July 2008*)

NICE has been consulted during the production of this document and can confirm that the set of the SIEP clinical indicators used have been based on the recommendations detailed in the NICE clinical guideline on schizophrenia. NICE has approved the use of those materials relating to its guidelines and the links made with them (NICE Committee, July 2008)

* **Il Progetto SIEP-DIRECT'S (Discrepanze fra pratiche di Routine ed Evidenze nella psichiatria di Comunità per il Trattamento della Schizofrenia)** è stato ideato e promosso da Mirella Ruggeri durante il proprio mandato alla Presidenza della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (Ottobre 2003-Ottobre 2007), e la conduzione del Progetto è stata coordinata da Domenico Semisa e Mirella Ruggeri.

Il set di indicatori, una volta messo a punto, è dato dapprima discusso con un *Gruppo di Esperti Italiani* costituito da (in ordine alfabetico): Fabrizio Asioli; Andrea Balbi; Giacinto Buscaglia; Giuseppe Carrà; Massimo Casacchia; Giuseppe Corlito; Walter Di Munzio; Arcadio Erlicher; Antonio Lasalvia; Antonio Lora; Alessandra Marinoni; Maurizio Miceli; Carla Morganti; Pierluigi Morosini; Mirella Ruggeri; Domenico Semisa.

In una fase successiva, il set di indicatori ed il disegno generale del Progetto sono stati rivisti e commentati da un *International Advisory Board* costituito da: (in ordine alfabetico): Gillian Leng (London), Itzhack Levav (Gerusalem), Tommaso Losavio (Roma), Mario Maj (Napoli), Alessandra Marinoni (Pavia), Pierluigi Morosini (Roma), Steve Pilling (London), Shekhar Saxena (Geneva), Michele Tansella (Verona).

GLI INDICATORI

1. Nel Progetto SIEP-DIRECT'S l'analisi riguarda tutti i pazienti in contatto con il DSM che hanno ricevuto una diagnosi di schizofrenia secondo i sistemi diagnosi:
 - a. ICD 10 : gruppo F2 (schizofrenia, sindrome schizotipica e disturbi deliranti)
 - b. ICD 9 CM : 295.0-9 – 297 - 298.3 – 298 - 299
2. Il periodo di valutazione per tutti gli indicatori è l'anno solare precedente a quello in corso (esempio: se la rilevazione inizia nell'estate del 2005, il periodo di rilevazione è l'anno 2004); in caso di diverso periodo di osservazione questo è specificato nell'indicatore.
3. Per le definizioni delle tipologie di strutture e dei tipi di interventi si rimanda al seguente documento: Ministero della Salute (2001). *Il Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale – Modello per la rilevazione di strutture, personale, attività e prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale* – Testo approvato dalla Conferenza fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome – Seduta 11 ottobre 2001. Scaricabile dal sito <http://www.nsis.ministerosalute.it/>. Le raccomandazioni su cui si basano gli indicatori sono state tratte dalla versione italiana ufficiale (National Institute for Clinical Excellence, 2003, Carrà *et al.*, 2004)
4. I dati contrassegnati da (#) sono presenti più volte nella lista degli indicatori (come numeratore o denominatore): è necessario mantenere lo stesso valore del dato nei diversi indicatori (ad esempio: se il numero di in carico al DSM è 825, questo valore deve rimanere inalterato tutte le volte che viene richiesto come numeratore o denominatore il numero di pazienti del DSM).
5. Lo schema generale per ciascun indicatore è il seguente:

	Numero dell'indicatore
INDICATORE	Nome dell'indicatore
<i>RACCOMANDAZIONE</i>	<i>Raccomandazione NICE da cui è derivato con livello di evidenza</i>
MISURA	Può essere quantitativa (es: percentuale) o qualitativa (es: SI-NO)
NUMERATORE	Nel caso di percentuale
DENOMINATORE	Nel caso di percentuale
FONTE	Descrive la fonte informativa
NOTE	Sono inserite in questa area definizioni operative e indicazioni per il calcolo dell'indicatore

Nel caso non fosse possibile dare un valore all'indicatore, utilizzare:

- **Non applicabile = NA** (da utilizzare nel caso che l'indicatore non fosse applicabile nel contesto di riferimento; la non applicabilità dell'indicatore va motivata nelle note di accompagnamento ai dati)
- **Non rilevato = NR** (nel caso non fosse possibile raccogliere le informazioni che sono alla base dell'indicatore)

LINEE GUIDA, PROCEDURE E PRATICHE

I documenti di orientamento scritti del tipo “**linee guida**” sono relativi alle pratiche o ai processi di tipo prevalentemente professionale. Si differenziano dalle procedure perché si basano, oltre che sull'esperienza, anche su studi scientifici di efficacia, e perché riguardano situazioni in cui le raccomandazioni non possono di solito essere assolute, ma solo di tipo probabilistico. In altri termini può essere lecito o anche doveroso che il professionista sanitario si discosti dalla linea guida, purché lo segnali e ne indichi il motivo. Come si è accennato, le linee guida dovrebbero in effetti essere il più possibile basate sulle evidenze scientifiche (ogni raccomandazione dovrebbe

essere accompagnata almeno dall'indicazione del "livello di evidenza", secondo la scala proposta dalla *Cochrane Collaboration* o scale analoghe). Inoltre, in gran parte in modo analogo alle procedure, dovrebbero essere facilmente rintracciabili, conosciute da tutto il personale interessato, aggiornate o confermate da non più di 5 anni; nella loro prima stesura e nel loro adattamento locale dovrebbero essere stati coinvolti almeno un rappresentante per ciascuna figura professionale e disciplina interessata, una persona esperta nella valutazione critica degli studi di efficacia e, se possibile, almeno un rappresentante dei pazienti e dei familiari.

Una "**procedura**" è un documento scritto che ha lo scopo di facilitare l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi, di rendere più difficili variazioni di comportamento non giustificate e quindi di prevenire gli errori (Morosini & Perraro, 1999). Inoltre, in gran parte in modo analogo alle linee guida, dovrebbero essere facilmente rintracciabili, conosciute da tutto il personale interessato, aggiornate o confermate da non più di 5 anni; nella loro stesura dovrebbero essere stati coinvolti almeno un rappresentante per ciascuna figura professionale e disciplina interessata e, se possibile, almeno un rappresentante dei pazienti e dei familiari.

Sia in presenza che in assenza di procedure dovrebbero comunque esserci "**buone pratiche**". In presenza di procedure o linee guida, le buone pratiche dovrebbero documentarne la loro buona applicazione. In assenza di procedure o linee guida le buone pratiche dovrebbero essere confermate da evidenze (derivabili da cartelle cliniche, da progetti MCQ, da corsi di formazione, da colloqui con il personale o da *focus group*) che le pratiche in esame sono svolte in modo omogeneo da operatori diversi nella maggior parte degli eventi o dei pazienti a cui si riferiscono. (Morosini *et al.*, 2000). Il *focus group* valuta la congruità delle pratiche attuate nel DSM rispetto alle raccomandazioni tratte dalla linee guida NICE.

Si precisa che nella raccolta dati inerente il progetto SIEP sulle linee guida, tutti i documenti scritti (linee guida e procedure) cui viene fatto riferimento debbono essere prodotti ed allegati. Per tutti gli item in cui viene richiesto un giudizio sulla qualità e/o l'effettivo recepimento e/o l'applicazione nella routine clinica della linea guida e/o della procedura, oltre a produrre il documento, occorre effettuare un processo di valutazione della stessa (ad esempio, tramite il *focus group* o tramite una ricerca specifica).

Nel testo più volte è utilizzato il termine "familiare": per "familiare" si intende non solo il familiare in senso stretto, ma anche la persona che, pur non essendo legata da vincoli di sangue al paziente, si occupa attivamente di lui.

I DATI DI CORNICE

Questi dati devono essere disponibili al momento in cui inizia la raccolta degli indicatori sono dati che ricorrono più volte negli indicatori (caratterizzati nel testo da #) o sono utili a inquadrare le caratteristiche del DSM o dei pazienti

1. Numero di operatori presenti nel servizio per qualifica professionale (in servizio al 31/12 dell'anno a cui fa riferimento la raccolta dati)
2. Numero di pazienti che hanno avuto almeno un contatto o un ricovero nelle strutture del/dei DSM (equivale alla prevalenza trattata 1 anno relativa ai disturbi schizofrenici) coinvolti nell'indagine
3. Numero di pazienti in carico al DSM che vivono con familiari (con il partner e/o con genitori e/o con figli maggiorenni)
4. Numero di pazienti in carico al DSM in età lavorativa e numero di quelli in condizione non lavorativa per sesso e fascia di età
5. Numero di pazienti all'esordio in carico al DSM (è dato dalla somma dei pazienti inviati per la prima volta in SPDC e CSM per un esordio schizofrenico)
6. Numero di pazienti in carico al CSM (tutti i pazienti che hanno avuto almeno un contatto con i CSM e gli Ambulatori del DSM)

7. Numero di pazienti dimessi dal SPDC nel periodo.

LE FONTI DEI DATI

Le fonti informative utilizzate nella raccolta degli indicatori sono:

- **Sistema informativo del DSM**, che viene utilizzato per raccogliere dati relativamente ai pazienti in trattamento e alle tipologie di interventi loro rivolti. Esempi di dati raccolti attraverso il sistema informativo sono il numero di pazienti con ricoveri ripetuti, che ricevono trattamenti psicoeducativi, che ricevono almeno un contatto ogni 3 mesi, ecc.
- **Ricerche specifiche**, che pur essendo onerose dal punto di vista informativo, sono necessarie per rilevare alcune tematiche, non analizzabili in altro modo. E' possibile utilizzare dati ricavati da ricerche già effettuate nel DSM negli ultimi cinque anni, ma, nel caso probabile che non siano state effettuate ricerche su questi argomenti negli anni precedenti, è necessario effettuare nuove ricerche. Esistono due tipologie di ricerche:

.1. **su campioni di pazienti a partire da questionari** (un esempio è dato dall'indicatore che valuta il grado di chiarezza dei contenuti informativi sulla schizofrenia per pazienti e familiari)

.2. **su cartelle cliniche del CSM e/o del SPDC**

La numerosità del campione non può essere definita facilmente in quanto è legata alla disponibilità delle risorse umane per la raccolta dei dati e alla qualità del sistema informativo. In linea di massima per analisi relative a fenomeni di dimensioni limitate (ad esempio, i casi all'esordio o i pazienti in trattamento con farmaci *dépot*), è indicato analizzare tutti i casi; per analisi su campioni di dimensioni maggiori (ad esempio, dosaggi dei farmaci dei pazienti ricoverati in SPDC) è possibile limitare la raccolta dei dati ad un campione (ad esempio, i pazienti ricoverati in SPDC nei mesi di gennaio-aprile 2005 con dosaggio medio di farmaco antipsicotico superiore al *range*). Nelle note di accompagnamento al dato va specificato se questo si riferisce alla totalità delle informazioni o ad un campione e, nel caso di un campione, va indicata la sua numerosità rispetto al totale.

- **Direzione del DSM** è la principale fonte di informazioni sull'esistenza di procedure e linee guida
- **Focus group** è la principale fonte informativa sul grado di adeguatezza delle pratiche rispetto alle raccomandazioni NICE. Esistono due tipologie di *focus group*:
 1. **Focus group multidisciplinare**, caratterizzato dalla partecipazione di tutte le figure professionali insieme con i rappresentanti dei pazienti e dei familiari.
 2. **Focus group specialistico**, caratterizzato dalla presenza di una sola figura professionale: esempio di *focus group* specialistico sono i *focus group* relativi a indicatori incentrati sui trattamenti farmacologici, che dovrebbero essere composti da psichiatri

BIBLIOGRAFIA

Carrà G., Barale F. & Marinoni A. (Eds.) (2004). *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche Complete per gli Interventi Fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Morosini P. & Perraro F. (1999). *Enciclopedia della Gestione della Qualità in Sanità* Centro Scientifico Editore: Torino.

Morosini P., Casacchia M. & Rita Roncone R. (2000). *Qualità dei Servizi di Salute Mentale. Manuale-Questionario per la Formazione Organizzativa, l'Autovalutazione e l'Accreditamento Professionale tra Pari*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

National Institute for Clinical Excellence (2003). *Schizophrenia. Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care*. Gaskell, Royal College of Psychiatrist and the British Psychological Society: London.

INDICE

1. GLI ELEMENTI COMUNI A TUTTE LE FASI ASSISTENZA

1. Diffusione di un atteggiamento ottimistico negli operatori
2. Valutazione dei bisogni di assistenza sociale
3. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente
4. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari
5. Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo sulla schizofrenia per i pazienti
6. Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo sulla schizofrenia per i familiari
7. Procedure scritte relative alle informazione da fornire e al consenso informato sulle cure
8. Pratiche rispetto al consenso informato sulle cure
9. Soddisfazione dei pazienti sulle informazioni ricevute
10. Soddisfazione dei familiari sulle informazioni ricevute
11. Partecipazione dei familiari a interventi non di tipo psicoeducativo diretti di sostegno alla famiglia
12. Soddisfazione dei pazienti per la chiarezza del linguaggio usato dagli operatori
13. Soddisfazione dei familiari per la chiarezza del linguaggio usato dagli operatori
14. Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo in lingue differenti dall'italiano

2. IL TRATTAMENTO DEL PRIMO EPISODIO

1. Tempi di attesa per la prima visita psichiatrica in CSM
2. Servizi o iniziative del DSM per il trattamento precoce degli esordi
3. Procedure per l'accoglienza e linee guida per il trattamento di pazienti all'esordio
4. Attività differenziate per il trattamento di pazienti all'esordio
5. Frequenza di contatti in CSM con i pazienti all'esordio
6. Frequenza di contatti in CSM con i familiari di pazienti all'esordio
7. Altre Strutture utilizzate per il trattamento della crisi nei casi all'esordio
8. Linee guida per il trattamento farmacologico dei pazienti all'esordio
9. Trattamento iniziale con antipsicotici atipici
10. Dosaggio degli antipsicotici atipici prescritti negli esordi
11. Agevolazione della seconda opinione sulla diagnosi

3. IL TRATTAMENTO DELLA CRISI

3.A L'EPISODIO ACUTO

1. Risposta del DSM alla crisi
2. Pratiche del DSM nella gestione della crisi
3. Attività di filtro del CSM rispetto alla crisi
4. Gestione domiciliare della crisi
5. Frequenza dei contatti domiciliari dopo dimissione da SPDC
6. Frequenza di ricorso al *Day Hospital* in fase di acuzie
7. Attività di risocializzazione, espressive, pratico manuale e motorie
8. Linee guida per il trattamento farmacologico degli episodi acuti
9. Pratiche nel trattamento farmacologico degli episodi acuti
10. Informazioni sui farmaci antipsicotici fornite al paziente
11. Monitoraggio del trattamento farmacologico
12. Dosaggio dei farmaci antipsicotici inferiore al *range*
13. Dosaggio dei farmaci antipsicotici superiore al *range*
14. Passaggio da un farmaco antipsicotico tipico ad un atipico
15. Antipsicotici atipici come farmaci di prima scelta
16. Prescrizione di un solo farmaco antipsicotico
17. Monitoraggio del peso nei pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici atipici
18. Operatori formati nell'ascolto attivo e in un approccio empatico coi pazienti

19. Pazienti in trattamento con altre forme di forme di psicoterapia

3.B IL PRIMO PERIODO DOPO L'EPISODIO ACUTO

20. Linee guida per il trattamento farmacologico di mantenimento
21. Pratiche nel trattamento farmacologico di mantenimento
22. Durata del trattamento antipsicotico dopo l'episodio acuto
23. Sospensione graduale della terapia antipsicotica
24. Monitoraggio delle sintomatologia dopo sospensione della terapia antipsicotica

4. PROMUOVERE IL RECUPERO

4.A IL RAPPORTO CON LA MEDICINA DI BASE E IL MONITORAGGIO DELLA SALUTE FISICA DEL PAZIENTE

1. Sistema informativo nella Medicina Generale
2. Rapporto tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM per la valutazione periodica della salute fisica e il trattamento dei disturbi fisici dei pazienti
3. Visite di controllo presso il Medico di Medicina Generale
4. Monitoraggio della salute fisica nell'assistenza prestata dal CSM
5. Valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria
6. Protocolli tra Medicina Generale e DSM
7. Colloqui rivolti ai bisogni dei familiari

4.B I SERVIZI PER PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI

8. Pazienti multiproblematici
9. Procedure per pazienti multiproblematici
10. Intensità dell'assistenza rivolta ai pazienti multiproblematici
11. Coordinazione ed integrazione dell'assistenza rivolta ai casi multiproblematici

4.C GLI INTERVENTI PSICOLOGICI INDIVIDUALI

12. Linee guida sulla psicoterapia cognitivo comportamentale nelle psicosi
13. Utilizzo della terapia cognitivo comportamentale per pazienti con scarsa adesione al trattamento, con scarso *insight* o con i sintomi psicotici persistenti;
14. Competenze del DSM nella psicoterapia cognitivo comportamentale delle psicosi
15. Pazienti in trattamento con terapia cognitivo comportamentale
16. Pazienti in trattamento a lungo termine con terapia cognitivo comportamentale

4.D L'ATTIVITA' RIVOLTA ALLA FAMIGLIA

17. Linee guida per gli interventi familiari di tipo psicoeducativo
18. Pratiche nell'utilizzo degli interventi familiari di tipo psicoeducativo per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti
19. Competenze nel DSM per interventi familiari di tipo psicoeducativo
20. Interventi psicoeducativi per pazienti dimessi da SPDC
21. Intensità degli interventi psicoeducativi familiari
22. Presenza del paziente negli interventi psicoeducativi familiari
23. Interventi psicoeducativi unifamiliari e multifamiliari

4.E GLI INTERVENTI FARMACOLOGICI NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

24. Linee guida per il trattamento farmacologico nella prevenzione delle ricadute
25. Opinione rispetto a dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici
26. Pratiche nel trattamento con farmaci antipsicotici
27. Pazienti in trattamento presso il CSM con farmaci antipsicotici
28. Motivazioni della terapia
29. Frequenza di dosaggi ed intervalli di somministrazione dei farmaci secondo raccomandazioni
30. Monitoraggio della terapia

4.F LA SCHIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATTAMENTO

31. Pazienti con più ricoveri
32. Revisione dei casi con più di una crisi nell'anno
33. Definizione condivisa tra gli psichiatri di schizofrenia resistente al trattamento
34. Linee guida per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
35. Trattamenti farmacologici per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
36. Passaggio ad un antipsicotico atipico per i pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale
37. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento
38. Opinione degli psichiatri relativamente all'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina, nei casi in cui la sola clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace

4.G IL LAVORO

39. Valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative
40. Attività correlate al lavoro promosse dal DSM
41. Pazienti del DSM inseriti in attività correlate al lavoro promosse dal DSM

5. L'URGENZA : LA GESTIONE DEI COMPORAMENTI VIOLENTI E LA SEDAZIONE RAPIDA

1. Fattori ambientali che favoriscono la comparsa di aggressività
2. Formazione per la sedazione rapida
3. Formazione degli operatori per la prevenzione e la gestione comportamenti violenti
4. Procedure per la prevenzione e la gestione dei comportamenti violenti
5. Pratiche per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti in SPDC
6. Conoscenza dei rischi della sedazione rapida da parte degli operatori del SPDC
7. Formazione sulla cause di agitazione psicomotoria
8. Linee guida farmacologiche per la sedazione rapida
9. Pratiche relative alla sedazione rapida
10. Procedure per l'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida
11. Pratiche nell'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida
12. Presenza in SPDC di equipaggiamento rianimatorio e di flumazenil
13. Discussione dell'esperienza della sedazione rapida con il paziente

PROGETTO SIEP-DIRECT'S
INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELLE DISCREPANZE
FRA PRATICHE DI ROUTINE ED EVIDENZE
NELL'ASSISTENZA FORNITA NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE
AI PAZIENTI AFFETTI DA SCHIZOFRENIA
VERSIONE LUGLIO 2008

1. GLI ELEMENTI COMUNI A TUTTE LE FASI ASSISTENZA

1. Diffusione di un atteggiamento ottimistico negli operatori
2. Valutazione dei bisogni di assistenza sociale
3. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente
4. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari
5. Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo sulla schizofrenia per i pazienti
6. Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo sulla schizofrenia per i familiari
7. Procedure scritte relative alle informazioni da fornire e al consenso informato sulle cure
8. Pratiche rispetto al consenso informato sulle cure
9. Soddisfazione dei pazienti sulle informazioni ricevute
10. Soddisfazione dei familiari sulle informazioni ricevute
11. Partecipazione dei familiari a interventi non di tipo psicoeducativo diretti di sostegno alla famiglia
12. Soddisfazione dei pazienti per la chiarezza del linguaggio usato dagli operatori
13. Soddisfazione dei familiari per la chiarezza del linguaggio usato dagli operatori
14. Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo in lingue differenti dall'italiano

Nota. Questa sezione contiene gli indicatori per tutte le raccomandazioni contenute nelle "linee-Guida per la Schizofrenia NICE" ad eccezione delle raccomandazioni 4.1.8.1 e 4.1.8.2 concernenti le direttive anticipate che non sono state ritenute applicabili nel contesto italiano

RACCOMANDAZIONE	<i>4.1.1.1 Gli operatori sanitari devono lavorare in collaborazione con i pazienti e i familiari offrendo aiuto, trattamenti ed assistenza in un'atmosfera di speranza e ottimismo</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.1 Diffusione di un atteggiamento ottimistico negli operatori
MISURA	Punteggio: 0 = meno del 10% degli operatori si dimostrano ottimisti sulla terapia della schizofrenia e sulla capacità della maggioranza (indicativamente più dell'80%) dei pazienti di collaborare attivamente 1 = dal 10% al 25% degli operatori si dimostrano ottimisti sulla terapia della schizofrenia e sulla capacità della maggioranza (indicativamente più dell'80%) dei pazienti di collaborare attivamente 2 = dal 26% al 50% degli operatori si dimostrano ottimisti sulla terapia della schizofrenia e sulla capacità dei pazienti di collaborare attivamente 3 = dal 51 al 75% degli operatori si dimostrano ottimisti sulla terapia della schizofrenia e sulla capacità dei pazienti di collaborare attivamente 4 = più del 75% degli operatori si dimostrano ottimisti sulla terapia della schizofrenia e sulla capacità dei pazienti di collaborare attivamente
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group multidisciplinare

RACCOMANDAZIONE	<i>4.1.2.1 I pazienti dei servizi e i loro parenti che chiedono aiuto devono essere valutati e poter ricevere un trattamento non appena possibile</i>

RACCOMANDAZIONE	<i>4.1.3.1 La valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale delle persone affette da schizofrenia deve essere completa e riguardare gli aspetti medici, sociali, psicologici, lavorativi, economici, fisici e culturali</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.2 Valutazione dei bisogni di assistenza sociale
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di cartelle di CSM, attive nell'anno precedente, che includono almeno un accenno alle condizioni abitative e/o familiari e/o lavorative o nelle quali risulti che le condizioni sociali sono state discusse in una riunione di équipe
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle CSM
NOTE	Le riunioni rappresentano attività di coordinamento e di verifica interne al DSM (riunioni - incontri sul singolo caso interni al DSM): sono incentrate sulla discussione sul singolo caso e sui bisogni di assistenza del paziente

RACCOMANDAZIONE	<i>4.1.4.1 Gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento e nella gestione di routine della schizofrenia dovrebbero garantire il tempo necessario a costruire una relazione supportiva ed empatica con i pazienti dei servizi e i familiari, ciò dovrebbe essere considerato come un elemento essenziale dell'assistenza normalmente offerta</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.3 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente
MISURA	Percentuale di pazienti a seconda del numero di contatti nell'anno precedente (6 classi: 0;1-2; 3-5; 6-10; 11-20; >20)
NUMERATORE	Numero di pazienti a seconda del numero di contatti nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo del DSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sono esclusi dal computo i contatti con i familiari, rilevati nell'indicatore 1.4 • Sono inclusi sia gli interventi individuali e di gruppo erogati in CSM, che i giorni di presenza presso il Centro Diurno
INDICATORE	1.4 Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari
MISURA	Percentuale di pazienti per numero di contatti dei familiari in CSM nell'anno precedente (6 classi: 0;1-2; 3-5; 6-10; 11-20; >20)
NUMERATORE	Numero di pazienti per numero di contatti dei familiari in CSM nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto nell'anno precedente in CSM che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo del DSM

RACCOMANDAZIONE	<i>4.1.4.2 Devono essere disponibili per i pazienti dei servizi e i loro familiari informazioni chiare ed intelligibili sulla schizofrenia, sulle sue possibili cause e sul potenziale ruolo che le stesse famiglie possono avere nel favorire il recupero e ridurre le ricadute</i>
------------------------	--

	LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.5 Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo sulla schizofrenia per i pazienti
MISURA	Punteggio 0 = non esiste materiale informativo per i pazienti 1 = il materiale informativo esiste, ma è raramente utilizzato dagli operatori (nel 25% dei casi o meno) 2 = il materiale informativo esiste, ed è utilizzato dagli operatori nel 26%-50% dei casi 3 = il materiale informativo esiste ed è utilizzato nel 51%-75% dei casi 4 = il materiale informativo esiste ed è utilizzato in più del 75% dei casi
FONTE	<i>focus group</i> multidisciplinare
INDICATORE	1.6 Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo sulla schizofrenia per i familiari
MISURA	Punteggio 0 = non esiste materiale informativo per i familiari 1 = il materiale informativo esiste, ma è raramente utilizzato dagli operatori (nel 25% dei casi o meno) 2 = il materiale informativo esiste, ed è utilizzato dagli operatori nel 26%-50% dei casi 3 = il materiale informativo esiste ed è utilizzato nel 51%-75% dei casi 4 = il materiale informativo esiste ed utilizzato in più del 75% dei casi
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare

RACCOMANDAZIONE	4.1.5.1 <i>Gli operatori sanitari devono compiere tutti gli sforzi necessari al fine di assicurare che il paziente possa fornire un consenso significativo e basato su informazioni adeguate prima dell'inizio del trattamento, dedicando un tempo appropriato alla discussione e mettendo a disposizione informazioni per iscritto.</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.7 Procedure scritte relative alle informazione da fornire e al consenso informato sulle cure
MISURA	Punteggio 0 = non esistono nel DSM procedure scritte sulle informazioni da fornire a pazienti e familiari, sulle modalità con cui fornirle e sulle modalità di acquisire il consenso informato al trattamento da parte del paziente 1 = esistono nel DSM procedure scritte, ma sono generiche e/o rispecchiano solo meno della metà dei contenuti elencati (informazioni da fornire a pazienti e familiari, modalità con cui fornirle e modalità di acquisire il consenso informato al trattamento da parte del paziente) 2 = esistono nel DSM procedure scritte, sono dettagliate e rispecchiano la maggioranza dei contenuti elencati (informazioni da fornire a pazienti e familiari, modalità con cui fornirle e modalità di acquisire il consenso informato al trattamento da parte del paziente) 3 = esistono nel DSM procedure scritte, sono dettagliate e rispecchiano tutti i contenuti elencati (informazioni da fornire a pazienti e familiari, modalità con cui fornirle e modalità di acquisire il consenso informato al trattamento da parte del paziente); non sono chiaramente definiti i ruoli e le responsabilità 4 = esistono nel DSM procedure scritte, sono dettagliate, rispecchiano tutti i contenuti elencati (informazioni da fornire a pazienti e familiari, modalità con cui fornirle e modalità di acquisire il consenso informato al trattamento da parte del paziente) e definiscono chiaramente i ruoli e le responsabilità
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	1.8 Pratiche rispetto al consenso informato sulle cure
MISURA	Punteggio relativo alla frequenza di acquisizione, da parte degli operatori del DSM, del consenso informato del paziente al trattamento

	0 = in nessun caso 1 = nel 25% dei casi o meno 2 = nel 26-50% dei casi 3 = nel 51-75% dei casi 4 = in più del 75% dei casi
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> Focus group multidisciplinare

RACCOMANDAZIONE	4.1.6.1 <i>Gli operatori sanitari devono fornire informazioni comprensibili sulla schizofrenia e sui suoi trattamenti ai pazienti del servizio e ai loro familiari , questa deve essere considerata una parte essenziale del trattamento e della gestione della routine della schizofrenia</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.9 Soddisfazione dei pazienti sulle informazioni ricevute
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano di avere ricevuto informazioni sufficienti per almeno tre dei temi elencati nelle Note secondo un questionario specifico loro somministrato (si vedano gli item 1-6 del Questionario Pazienti, riportato nella Sezione “Strumenti 3.”, con punteggi 4 e 5)
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> Ricerca specifica su un campione rappresentativo di pazienti
NOTE	Il questionario dovrebbe trattare i seguenti argomenti: 1. cause del disturbo 2. descrizione dei sintomi 3. decorso 4. trattamenti farmacologici ed effetti collaterali 5. trattamenti psicosociali 6. servizi erogati dal DSM Per ciascuno di questi item dovrebbe essere richiesto se l’informazione è stata fornita in modo soddisfacente al paziente.
INDICATORE	1.10 Soddisfazione dei familiari sulle informazioni ricevute
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di familiari che ritengono di avere ricevuto informazioni sufficienti sul disturbo dei loro congiunti per almeno tre dei temi elencati nelle Note secondo un questionario specifico loro somministrato (si vedano gli item 1-6 del Questionario Familiari riportato nella Sezione “Strumenti 3.”, punteggi 4 e 5)
DENOMINATORE	Numero di familiari intervistati
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> Ricerca specifica su un campione rappresentativo di familiari, uno per nucleo familiare e selezionando il familiare più a contatto con il paziente
NOTE	Il questionario dovrebbe trattare i seguenti argomenti: 1. cause del disturbo 2. descrizione dei sintomi 3. decorso 4. trattamenti farmacologici ed effetti collaterali 5. trattamenti psicosociali 6. servizi erogati dal DSM Per ciascuno di questi item dovrebbe essere richiesto se l’informazione è stata fornita in modo soddisfacente al familiare.

RACCOMANDAZIONE	4.1.6.2 <i>Alle famiglie e ai familiari oltre ad informazioni di buona qualità deve essere fornita l’opportunità di partecipare a programmi di sostegno alla famiglia o ai familiari ove questi esistano</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	1.11 Partecipazione dei familiari a interventi non di tipo psicoeducativo

	diretti di sostegno alla famiglia
MISURA	Percentuali
NUMERATORE	Numero di nuclei familiari che hanno ricevuto in CSM interventi di sostegno alla famiglia nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto nell'anno di riferimento con il CSM che vivevano con familiari (genitori, fratelli, partner o figli) nell'anno precedente
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle cliniche del CSM • Sistema informativo del DSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Il numeratore per quanto riguarda gli interventi alla famiglia è dato dal numero di nuclei familiari interessati da tale attività; se all'attività partecipano più appartenenti alla stessa famiglia questi vengono considerati una sola unità • Per interventi di sostegno alla famiglia intendiamo trattamenti familiari differenti dai trattamenti psicoeducativi strutturati, quali, ad esempio, gruppi di familiari finalizzati alla discussione e al sostegno con la presenza di un operatore, gruppi di auto-aiuto dei familiari (questi ultimi attuati senza intervento professionale degli operatori)

RACCOMANDAZIONE	<p>4.1.7.1 <i>Gli operatori sanitari quando si rivolgono ai pazienti dei servizi e ai familiari devono evitare di impiegare un linguaggio clinico o per lo meno ridurlo al minimo. Nel caso in cui si usi un linguaggio clinico i pazienti dei servizi ed i familiari devono potere avere accesso a spiegazioni scritte.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	1.12 Soddisfazione dei pazienti per la chiarezza del linguaggio usato dagli operatori
MISURA	Numero di pazienti che dichiarano di avere ricevuto informazioni sul loro disturbo in linguaggio chiaro, non gergale e accessibile secondo un questionario specifico loro somministrato (si veda l'item n. 7 del Questionario Pazienti riportato nella Sezione "Strumenti 3.")
NUMERATORE	Numero di pazienti che ritengono di avere ricevuto informazioni soddisfacenti (punteggi 4 e 5 riportati nell'item 7 del questionario riportato nella Sezione "Strumenti 3.")
DENOMINATORE	Numero di pazienti intervistati
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca specifica su un campione rappresentativo di pazienti
INDICATORE	1.13 Soddisfazione dei familiari per la chiarezza del linguaggio usato dagli operatori
MISURA	Numero di familiari che dichiarano di avere ricevuto informazioni sul disturbo del paziente in linguaggio chiaro, non gergale e accessibile (si veda l'item n. 7 del Questionario Familiari riportato nella Sezione "Strumenti 3.")
NUMERATORE	Numero di familiari che ritengono di avere ricevuto informazioni accessibili e soddisfacenti (punteggi 4 e 5 riportati nell'item 7 del questionario riportato nella Sezione "Strumenti 3.")
DENOMINATORE	Numero di pazienti e familiari intervistati
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca specifica su un campione rappresentativo di familiari

RACCOMANDAZIONE	<p>4.1.7.2 <i>Tutti i servizi devono fornire materiale scritto nella lingua del paziente e devono essere ricercati degli interpreti per le persone che hanno difficoltà a parlare l'italiano</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	1.14 Disponibilità ed utilizzo di materiale informativo in lingue differenti dall'italiano
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = non esiste materiale informativo in lingue diverse dall'italiano</p>

	<p>1 = il materiale informativo esiste, ma è raramente utilizzato dagli operatori (nel 25% dei casi o meno)</p> <p>2 = il materiale informativo esiste, ed è utilizzato dagli operatori nel 26%-50% dei casi</p> <p>3 = il materiale informativo esiste ed è utilizzato nel 51%-75% dei casi</p> <p>4 = il materiale informativo esiste ed utilizzato in più del 75% dei casi</p> <p>NA = NON APPLICABILE</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
NOTE	Questo indicatore è applicabile solo nei DSM nel cui territorio di competenza più del 10% della popolazione parla lingue diverse dall'italiano.

2. IL TRATTAMENTO DEL PRIMO EPISODIO

1. Tempi di attesa per la prima visita psichiatrica in CSM
2. Servizi o iniziative del DSM per il trattamento precoce degli esordi
3. Procedure per l'accoglienza e linee guida per il trattamento di pazienti all'esordio
4. Attività differenziate per il trattamento di pazienti all'esordio
5. Frequenza di contatti in CSM con i pazienti all'esordio
6. Frequenza di contatti in CSM con i familiari di pazienti all'esordio
7. Altre Strutture utilizzate per il trattamento della crisi nei casi all'esordio
8. Linee guida per il trattamento farmacologico dei pazienti all'esordio
9. Trattamento iniziale con antipsicotici atipici
10. Dosaggio degli antipsicotici atipici prescritti negli esordi
11. Agevolazione della seconda opinione sulla diagnosi

Nota. Questa sezione include gli indicatori per tutte le raccomandazioni contenute nelle "linee-Guida per la Schizofrenia NICE" ad eccezione delle raccomandazione 4.2.3.1 concernente il trattamento precoce dell'esordio psicotico attuato dal medico di base, non ritenuto applicabile nel contesto italiano

RACCOMANDAZIONE	<i>4.2.1.1 tutte le persone con una diagnosi sospetta o appena posta di schizofrenia nella medicina di base devono essere inviate con urgenza ai servizi specialistici di salute mentale per la valutazione e messa a punto di un piano assistenziale. LIVELLO DI EVIDENZA GPP</i>
INDICATORE	2.1 Tempi di attesa per la prima visita psichiatrica in CSM
MISURA	Distribuzione percentuale degli pazienti al primo contatto in CSM a seconda dei tempi di attesa tra la prima richiesta e la prima visita da parte di uno psichiatra (i tempi di attesa sono divisi in 4 classi : 1-2 giorni; 3-7 giorni; 7-14 giorni; > 14 giorni)
NUMERATORE	Numero di pazienti al primo contatto in CSM nell'anno precedente in ciascuna classe dei tempi di attesa
DENOMINATORE	Numero di pazienti al primo contatto in CSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Informativo DSM • Sistema Informativo Aziendale
NOTE	Nel computo sono compresi i giorni festivi

RACCOMANDAZIONE	<i>4.2.2.1 Poiché molte persone con diagnosi di schizofrenia effettiva o possibile hanno difficoltà nel ricevere aiuto trattamenti ed assistenza nelle prime fasi della malattia, è raccomandato che siano sviluppati dei servizi di intervento precoce per offrire non appena possibile la corretta proporzione relativa di interventi specialistici psicofarmacologici, psicologici, sociali, occupazionali ed educativi LIVELLO DI EVIDENZA GPP</i>
INDICATORE	2.2 Servizi o iniziative del DSM per il trattamento precoce degli esordi
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = nessuna attività per l'individuazione e l'effettuazione di un trattamento precoce specifico degli esordi schizofrenici</p> <p>1 = nessuna attività, ma inserimento di tali iniziative nella programmazione per il prossimo anno</p> <p>2 = alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nella routine clinica</p> <p>3 = attività rivolte a pazienti nell'ultimo anno, inserite nella routine clinica e programmate dal DSM, con presenza di personale dedicato; assenza di strutture specifiche</p> <p>4 = presenza di strutture specifiche per il trattamento precoce degli esordi schizofrenici</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
NOTE	La presenza all'interno del DSM di strutture specifiche per il trattamento precoce degli esordi schizofrenici è provata dalla esistenza di una sede fisica destinata a tale attività e

	di personale dedicato per un numero definito di tempo-lavoro al trattamento di pazienti giovani all'esordio schizofrenico
INDICATORE	2.3 Procedure per l'accoglienza e linee guida per il trattamento di pazienti all'esordio
MISURA	<p>Punteggio :</p> <p>0 = non vi sono nel DSM né procedure scritte per l'accoglienza né linee guida per il trattamento di pazienti all'esordio</p> <p>1 = il DSM dispone di procedure scritte per l'accoglienza e/o di linee guida per il trattamento di pazienti all'esordio, ma sono generiche</p> <p>2 = vi sono nel DSM procedure scritte dettagliate per l'accoglienza ma mancano le linee guida per il trattamento di pazienti all'esordio o queste sono generiche</p> <p>3 = vi sono nel DSM procedure scritte dettagliate per l'accoglienza e linee guida dettagliate per il trattamento di pazienti all'esordio; non sono ben definiti ruoli e responsabilità (non vi è un percorso assistenziale scritto)</p> <p>4 = lo stesso di 3, ma in più sono definiti chiaramente ruoli e responsabilità (vi è un percorso assistenziale scritto)</p>
FONTE	Direzione DSM
INDICATORE	2.4 Attività differenziate per il trattamento di pazienti all'esordio
MISURA	<p>Punteggio relativo allo svolgimento di attività differenziate da parte degli operatori del DSM, specifiche per il trattamento di pazienti all'esordio nel DSM</p> <p>0 = in nessun caso</p> <p>1 = nel 25% dei casi o meno</p> <p>2 = nel 26-50% dei casi</p> <p>3 = nel 51-75% dei casi</p> <p>4 = in più del 75% dei casi</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group multidisciplinare
INDICATORE	2.5 Frequenza di contatti in CSM con i pazienti all'esordio
MISURA	Percentuale di pazienti all'esordio a seconda del numero medio di contatti/mese avvenuti in CSM (5 classi: 0; 1-2; 3-5; 6-10;>10). Considerare come riferimento l'anno precedente.
NUMERATORE	Numero di pazienti all'esordio a seconda del numero medio di contatti in CSM per mese di presa in carico del paziente
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'esordio in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo del DSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • I pazienti all'esordio possono essere stati presi in carico al DSM nell'anno precedente per periodi inferiori ai 12 mesi, quindi le classi di frequenza vanno costruite sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente • sono esclusi dal computo i contatti con i familiari, rilevati nell'indicatore 2.7; sono esclusi anche i ricoveri in strutture ospedaliere e residenziali • sono inclusi gli interventi territoriali, sia individuali che di gruppo, che i giorni di presenza presso il Centro Diurno
INDICATORE	2.6 Frequenza di contatti in CSM coi familiari di pazienti all'esordio
MISURA	Percentuale di pazienti all'esordio a seconda del numero medio di contatti/mese dei familiari avvenuti in CSM (5 classi: 0; 1-2; 3-5; 6-10;>10). Considerare come riferimento l'anno precedente
NUMERATORE	Numero di pazienti all'esordio a seconda del numero medio di contatti dei familiari in CSM per mese di presa in carico del paziente nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'esordio in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo del DSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • I pazienti all'esordio possono essere stati presi in carico al DSM nell'anno precedente per periodi inferiori ai 12 mesi, quindi le classi di frequenza vanno

	<p>costruite sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> Le attività rivolte alla famiglia mirano ad acquisire informazioni, a migliorare le relazioni all'interno del nucleo familiare, a dare un sostegno emotivo ai familiari, ad informarli sul disturbo psichiatrico e ad aumentare la loro capacità di fare fronte al comportamento e alle disabilità del paziente. Includono i colloqui con i familiari e gli interventi psicoeducativi e informativi con i familiari <p>COLLOQUIO CON I FAMILIARI</p> <p>Intervento finalizzato a verificare i problemi presenti nell'ambito familiare e/o coinvolgere la disponibilità delle risorse familiari nel programma terapeutico-riabilitativo. All'interno del colloquio possono essere presenti contenuti informativi non strutturati. Sono svolti con i familiari o altri conviventi, informatori chiave, senza la presenza del paziente, e non si avvalgono di tecniche specifiche.</p> <p>Include: colloquio con i familiari senza la presenza del paziente, anche successivo a visita o colloquio con il paziente (purché i due interventi siano distinti e avvengano in tempi diversi)</p> <p>Esclude: colloqui in cui siano presenti contemporaneamente il paziente ed i familiari (→ colloqui, colloqui clinici psicologici, visite psichiatriche); interventi strutturati a carattere psicoeducativo (→ interventi informativi e psicoeducativi con i familiari); terapia della famiglia (→ psicoterapia familiare); comunicazioni telefoniche.</p> <p>INTERVENTO INFORMATIVO E PSICOEDUCATIVO CON I FAMILIARI (INDIVIDUALE E DI GRUPPO), per la singola famiglia o per più famiglie.</p> <p>Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori; hanno generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i familiari sulla natura, il decorso ed 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.</p> <p>Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti.</p> <p>I gruppi di familiari si riuniscono, secondo modalità e periodicità prestabilite, per discutere i problemi che la convivenza con un paziente psichiatrico comporta e le modalità migliori per affrontarli. Le modalità di conduzione di questi gruppi possono ispirarsi a tecniche differenti da quella psicoeducativa.</p> <p>Include: interventi informativi e psicoeducativi sia sulla singola famiglia, che con gruppi di familiari; gruppi di familiari non a carattere psicoeducativo.</p> <p>Esclude: interventi non strutturati con i familiari (→ colloquio con i familiari), psicoterapie familiari (psicoterapia familiare), psicoterapia di gruppo, gruppi di auto-aiuto dei familiari.</p> <ul style="list-style-type: none"> Il numeratore per quanto riguarda gli interventi alla famiglia è dato dal numero di nuclei familiari interessati da tale attività; se a un gruppo partecipano più appartenenti alla stessa famiglia questi vengono contati una sola volta. Il denominatore è formato dal numero di pazienti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il CSM
--	---

RACCOMANDAZIONE	<p>4.2.2.2 <i>quando la necessità del paziente del servizio o del familiare vanno oltre le possibilità dei servizi di intervento precoce (o tali servizi non sono disponibili) deve essere preso in considerazione l'invio a team di gestione della crisi e trattamento domiciliare, a Day Hospital per acuti e a servizi ospedalieri</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	<p>2.7 Altre strutture utilizzate per il trattamento della crisi nei casi all'esordio</p>

MISURA	Percentuale di casi trattati in ciascuna struttura: 1. Attività domiciliare 2. Centro Diurno 3. SPDC 4. <i>Day Hospital</i> per acuti 5. Centro crisi 6. Struttura riabilitativa residenziale NA = non applicabile, nel caso che la struttura non sia presente nel DSM
NUMERATORE	numero di pazienti all'esordio nell'anno precedente a seconda della struttura utilizzata per il trattamento della crisi psicotica acuta di esordio
DENOMINATORE	numero di pazienti all'esordio psicotico nell'anno precedente
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle cliniche CSM, SPDC, DH e altre strutture implicate nel trattamento di casi all'esordio
NOTE	L'indicatore si riferisce unicamente al trattamento della crisi psicotica acuta di esordio. Nel caso che il paziente avesse più di una crisi nell'anno riferirsi solo alla prima.

RACCOMANDAZIONE	4.2.4.1 <i>E' raccomandato che gli antipsicotici atipici orali siano considerati nell'ambito dei trattamenti di prima scelta per le persone a cui è stata posta per la prima volta la diagnosi di schizofrenia</i> LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000 4.2.4.2 <i>Gli antipsicotici atipici a dosaggi ai limiti inferiori del range standard sono il trattamento più indicato per una persona la primo episodio schizofrenico</i> LIVELLO DI EVIDENZA C
INDICATORE	2.8 Linee guida per il trattamento farmacologico dei pazienti all'esordio
MISURA	Punteggio di linee guida scritte a seconda che contengano o meno i seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo degli antipsicotici atipici orali come trattamento di prima scelta per le persone a cui è stata posta per la prima volta la diagnosi di schizofrenia • Utilizzo di dosaggi di antipsicotici atipici ai limiti inferiori del <i>range</i> standard 0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono solo una delle due raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono tutte e due le raccomandazioni
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	2.9 Trattamento iniziale con antipsicotici atipici
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che, inviati per la prima volta in SPDC o CSM nell'anno precedente per un esordio schizofrenico, sono trattati all'inizio con un antipsicotico atipico per via orale
DENOMINATORE	Numero di pazienti inviati per la prima volta in SPDC o CSM nell'anno precedente per un esordio schizofrenico (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle cliniche CSM e SPDC
INDICATORE	2.10 Dosaggio degli antipsicotici atipici prescritti negli esordi
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che, inviati per la prima volta in SPDC o CSM nell'anno precedente per un esordio schizofrenico, sono trattati all'inizio con un antipsicotico atipico per via orale ai dosaggi inferiori del <i>range</i> standard
DENOMINATORE	Numero di pazienti inviati per la prima volta in SPDC o CSM nell'anno precedente per un esordio schizofrenico (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM

	<ul style="list-style-type: none"> • cartelle cliniche CSM e SPDC
NOTE	Il dosaggio standard è definito dal Prontuario Nazionale

RACCOMANDAZIONE	<p>4.2.5.1 <i>Una decisione del paziente del servizio e dove appropriato del familiare di ricevere una seconda opinione riguardo la diagnosi deve essere supportata in modo particolare nell'ottica delle considerevoli conseguenze personali e sociali che comporta ricevere una diagnosi di schizofrenia.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	2.11 Agevolazione della seconda opinione sulla diagnosi
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = gli operatori del DSM generalmente ostacolano la decisione del paziente del servizio o del familiare di ricevere una seconda opinione sulla diagnosi</p> <p>1 = gli operatori del DSM di solito non ostacolano, ma non prospettano la possibilità e non favoriscono con il paziente e con il familiare o la decisione di ricevere una seconda opinione sulla diagnosi</p> <p>2 = gli operatori del DSM prospettano di solito la possibilità di una seconda opinione con il paziente e con il familiare ma solo raramente la favoriscono</p> <p>3 = gli operatori del DSM di solito sia prospettano la possibilità di una seconda opinione, sia favoriscono la decisione del paziente e del familiare, ma solo all'interno del DSM</p> <p>4 = lo stesso di 3, ma anche all'esterno del DSM</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare

3. IL TRATTAMENTO DELLA CRISI

3.A L'EPISODIO ACUTO

1. Risposta del DSM alla crisi
2. Pratiche del DSM nella gestione della crisi
3. Attività di filtro del CSM rispetto alla crisi
4. Gestione domiciliare della crisi
5. Frequenza dei contatti domiciliari dopo dimissione da SPDC
6. Frequenza di ricorso al *Day Hospital* in fase di acuzie
7. Attività di risocializzazione, espressive, pratico manuale e motorie
8. Linee guida per il trattamento farmacologico degli episodi acuti
9. Pratiche nel trattamento farmacologico degli episodi acuti
10. Informazioni sui farmaci antipsicotici fornite al paziente
11. Monitoraggio del trattamento farmacologico
12. Dosaggio dei farmaci antipsicotici inferiore al *range*
13. Dosaggio dei farmaci antipsicotici superiore al *range*
14. Passaggio da un farmaco antipsicotico tipico ad un atipico
15. Antipsicotici atipici come farmaci di prima scelta
16. Prescrizione di un solo farmaco antipsicotico
17. Monitoraggio del peso nei pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici atipici
18. Operatori formati nell'ascolto attivo e in un approccio empatico coi pazienti
19. Pazienti in trattamento con altre forme di forme di psicoterapia

Nota. Questa sezione contiene gli indicatori per tutte le raccomandazioni contenute nelle "linee-Guida per la Schizofrenia NICE" ad eccezione delle SEGUENTI raccomandazioni 4.3.1.1 relativa ai team territoriali per la salute mentale, perché ritenuta generica, e 4.3.3.1 relativa all'incoraggiamento dato ai pazienti a scrivere in cartella clinica il resoconto della propria malattia, perché ritenuta non applicabile nei servizi italiani

RACCOMANDAZIONE	<p>4.3.1.2 I team di gestione della crisi e trattamento domiciliare devono essere impiegati come mezzo per gestire le situazioni di crisi dei pazienti dei servizi e come mezzo di offerta di assistenza di alta qualità in acuto. In tale contesto i team devono prestare particolare attenzione a monitorare le situazioni a rischio come attività abituale di alta priorità</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA B</p> <p>4.3.1.3 I team di gestione della crisi e trattamento domiciliare devono essere presi in considerazione per le persone affette da schizofrenia che si trovano in una situazione di crisi ed essere associati ai servizi di intervento precoce e ai team di assertive outreach</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.3.1.4 il trattamento domiciliare e la gestione della crisi dovrebbero essere presi in considerazione per le persone affette da schizofrenia che potrebbero trarre beneficio da una rapida dimissione dall'ospedale dopo il periodo di ricovero</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.3.1.5 i <i>Day Hospital</i> per acuti devono essere considerati un'opzione efficace in termini clinici ed economici per l'offerta di assistenza durante l'acuzie, sia perché rappresentano un'alternativa al ricovero ospedaliero in acuto, sia perché consentono dimissioni più rapide dall'ospedale</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA A</p>
INDICATORE	3.1 Risposta del DSM alla crisi
MISURA	<p>Punteggio:</p> <p>0 = la risposta del DSM alla crisi è inadeguata (i posti letto in SPDC sono pochi, non esistono altre strutture che svolgono funzioni di ricovero per acuti, le equipe del CSM non svolgono alcuna attività alternativa per la gestione della crisi)</p>

	<p>1 = la risposta del DSM alla crisi è sufficiente, anche se è incentrata solo sul SPDC (il numero di letti copre il bisogno, i pazienti in crisi sono ricoverati nella totalità dei casi in SPDC)</p> <p>2 = la risposta del DSM alla crisi è adeguata ed è incentrata su più strutture di ricovero (sono disponibili posti letto non solo in SPDC, ma anche in DH o in struttura residenziale; i pazienti in crisi possono essere inviati a ciascuna di queste strutture a seconda dei loro bisogni)</p> <p>3 = la risposta del DSM alla crisi è più che adeguata ed è incentrata non solo sul ricovero, ma anche parzialmente sulla gestione domiciliare della crisi (sono disponibili posti letto non solo in SPDC, ma anche in DH o in struttura residenziale; le equipe del CSM svolgono attività domiciliare intensiva almeno in un terzo dei casi; i pazienti in crisi possono essere trattati da ciascuna di queste strutture a seconda dei loro bisogni)</p> <p>4 = la risposta del DSM alla crisi è eccellente ed è incentrata in ugual modo sul ricovero e sulla gestione domiciliare della crisi (sono disponibili posti letto non solo in SPDC, ma anche in DH o in struttura residenziale; le equipe del CSM svolgono attività domiciliare intensiva in almeno la metà dei casi; possono essere presenti nel CSM equipe per la presa in carico intensiva sul territorio; i pazienti in crisi possono essere trattati da ciascuna di queste strutture a seconda dei loro bisogni)</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • il <i>Day Hospital</i> è una struttura che offre valutazione e trattamento durante le ore diurne, per pazienti con patologia acuta, che altrimenti sarebbero ricoverati in SPDC • ai fini del punteggio, i posti in letto in CSM sono equiparati a quelli in strutture residenziali • le equipe per la presa in carico intensiva sul territorio sono caratterizzate da alcuni elementi chiave: <ul style="list-style-type: none"> ○ l'assistenza viene fornita da una microequipe multidisciplinare (che di solito comprende uno psichiatra) che opera all'interno del CSM ○ l'assistenza è fornita esclusivamente ad un gruppo definito di pazienti che soffrono di disturbi mentali gravi ○ i membri della equipe condividono la responsabilità per i pazienti, in modo che diversi operatori possono lavorare con lo stesso paziente e gli operatori non abbiano un carico assistenziale individuale ○ l'equipe cerca di fornire tutta l'assistenza psichiatrica e sociale per ciascun paziente, piuttosto che effettuare invii ad altre strutture ○ l'assistenza viene fornita al domicilio o sul luogo di lavoro ○ i trattamenti sono forniti con modalità assertiva ai pazienti non collaboranti ○ è enfatizzata la necessità di raggiungere un accordo sul trattamento farmacologico
INDICATORE	3.2 Pratiche del DSM nella gestione della crisi
MISURA	<p>Punteggio: considerare la frequenza dei casi di crisi che vengono gestiti senza essere ricoverati in SPDC</p> <p>a) a domicilio o comunque nella sede abituale di vita, 0 = nessuno 1 = meno del 10% 2 = 11-24% 3 = 25-49% 4 = 50% e più</p> <p>b) in strutture quali centro crisi, <i>Day Hospital</i> o centri diurni 0 = nessuno 1 = meno del 10% 2 = 11-24% 3 = 25-49% 4 = 50% e più</p>

	<p>c) in posti letto nei CSM o in strutture residenziali</p> <p>0 = nessuno</p> <p>1 = meno del 10%</p> <p>2 = 11-24%</p> <p>3 = 25-49%</p> <p>4 = 50% e più</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
NOTE	Includere anche i casi che sono passati prima dal Pronto Soccorso senza arrivare ad un ricovero in SPDC
INDICATORE	3.3 Attività di filtro del CSM rispetto alla crisi
MISURA	<p>Punteggio: considerare la frequenza dei casi di crisi che arrivano al Pronto Soccorso o al SPDC senza essere stati visti prima sul territorio da un operatore del CSM</p> <p>0 = tutti, salvo eccezioni</p> <p>1 = più del 75%</p> <p>2 = 75-51%</p> <p>3 = 50-26%</p> <p>4 = 25% o meno</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
INDICATORE	3.4 Gestione domiciliare della crisi
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti del CSM che nell'anno precedente hanno ricevuto almeno sei contatti settimanali a domicilio nelle due settimane successive all'inizio della crisi
DENOMINATORE	Numero di pazienti del CSM che nell'anno precedente hanno presentato una fase di crisi e non sono stati ricoverati in SPDC
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • cartelle cliniche del CSM • sistema informativo DSM
NOTE	Un servizio per il trattamento domiciliare e di gestione della crisi è un servizio che offre trattamenti domiciliari intensivi orientati alla gestione della crisi di un episodio psichiatrico acuto da parte di personale con il compito peculiare di affrontare tale situazione durante e possibilmente oltre l'orario di lavoro. L'obiettivo è quello di gestire gli episodi acuti a livello territoriale piuttosto che in ospedale.
INDICATORE	3.5 Frequenza dei contatti domiciliari dopo dimissione da SPDC
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che nell'anno precedente hanno ricevuto almeno una visita al domicilio nella settimana seguente la dimissione dal SPDC
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM
INDICATORE	3.6 Frequenza di ricorso al <i>Day Hospital</i> in fase di acuzie
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti ammessi in DH ospedaliero nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con il DSM (#)nell'anno precedente
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM
NOTE	Il <i>Day Hospital</i> ospedaliero è una struttura che offre valutazione e trattamento durante le ore diurne, per pazienti con patologia acuta, che altrimenti sarebbero ricoverati in SPDC

RACCOMANDAZIONE	4.3.1.6 <i>Le attività sociali, di gruppo e fisiche sono un aspetto importante dell'offerta complessiva di un servizio alle persone affette da schizofrenia nel momento in cui la fase acuta si risolve e in seguito. Tutti i programmi terapeutici devono prevedere la</i>
------------------------	---

	<i>formalizzazione delle soluzioni individuate per le attività sociali, di gruppo e fisiche</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	3.7 Attività di risocializzazione, espressive, pratico manuale e motorie
MISURA	Percentuale per numero di interventi nell'anno, divisi in classi
NUMERATORE	Numero di pazienti che hanno ricevuto interventi di risocializzazione, espressiva, pratico manuale e motoria nell'anno precedente, suddivisi nelle seguenti classi: 0; 1-4; 5 -9; 10 o più
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con il DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM
NOTE	<p>INTERVENTO DI RISOCIALIZZAZIONE (INDIVIDUALE E DI GRUPPO) Ha 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 svolto sia all'interno della struttura, sia all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio. Possono essere coinvolti i familiari del paziente o altre figure significative a lui vicine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Include:</u> per <u>l'intervento individuale</u>: attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, uscite (cinema, ristorante, mostre, ecc.). Per <u>l'intervento di gruppo</u>: attività ricreative e di incontro che soddisfino le caratteristiche del gruppo, come gruppi di risocializzazione, discussione e lettura, gruppi di incontro su argomenti specifici, gruppi finalizzati all'ascolto di musica o alla visione di film , gruppi cucina, ecc. • <u>Esclude:</u> per <u>l'intervento di gruppo</u>: gruppi a carattere specificamente riabilitativo (come nel caso di un gruppo che si riunisce per mangiare insieme, ma in cui l'accento è posto sull'insegnamento relativo all'abilità di preparare i pasti - intervento sulle abilità di base); gruppi di familiari (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari). <p>SOGGIORNO - VACANZA Intervento con finalità ricreative e di risocializzazione, rivolto a gruppi di pazienti al di fuori dell'ambito familiare o sanitario, limitato nel tempo, con la presenza di operatori nell'arco delle 24 ore. Sono comprese sotto questa voce anche gite, escursioni e viaggi della durata di almeno una giornata con la presenza degli operatori. Questi interventi sono rilevati secondo il numero di giorni di durata.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Include:</u> soggiorni e vacanze; gite, escursioni e viaggi <p>INTERVENTI DI TIPO ESPRESSIVO, PRATICO MANUALE E MOTORIO (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)</p> <p>a. INTERVENTI DI TIPO ESPRESSIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Include:</u> attività quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione, ecc. <p>b. INTERVENTI DI TIPO PRATICO MANUALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Include:</u> la lavorazione del legno, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio, ecc. • <u>Esclude:</u> attività specificamente finalizzate all'inserimento lavorativo, quali ad esempio la lavorazione del legno finalizzata a rendere il paziente in grado di inserirsi in tirocini o attività lavorative di natura artigianale (intervento di addestramento e formazione al lavoro). <p>c. INTERVENTI DI TIPO MOTORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Include:</u> attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza, ecc.

RACCOMANDAZIONE	<p>4.3.2.1 <i>la scelta del farmaco antipsicotico dovrebbe essere presa congiuntamente dalla persona e dal clinico responsabile del trattamento sulla base di una discussione durante la quale si sono fornite informazioni e si è discusso dei benefici legati all'assunzione del farmaco nonché del profilo degli effetti collaterali. Coloro che tutelano i diritti del paziente con funzione di advocacy o i familiari dovrebbero esser consultati ove opportuno.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.3.2.2 <i>la terapia antipsicotica dovrebbe essere avviata come parte di un pacchetto completo di assistenza che risponda ai bisogni clinici emozionali e sociali della persona. Il clinico responsabile del trattamento e l'operatore di riferimento devono monitorare in modo continuativo sia i progressi terapeutici che la tollerabilità del farmaco. Il monitoraggio è particolarmente importante quando i pazienti hanno appena effettuato un cambiamento da un antipsicotico ad un altro</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.3.2.3 <i>I dosaggi di un antipsicotico tradizionale per un episodio acuto dovrebbero essere compresi nel range di 300-1000 mg. di clorpromazina equivalenti al giorno per un periodo minimo di tre settimane. I motivi per utilizzare dosaggi al di fuori di questo range devono essere giustificati e documentati. Deve essere impiegata la dose minima efficace</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.3.2.4 <i>nel trattamento degli episodi acuti di schizofrenia non si dovrebbe far uso di massicce dosi da carico di farmaci antipsicotici, ciò che si suole definire "neurolettizzazione rapida"</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.3.2.5 <i>I farmaci antipsicotici atipici orali dovrebbero essere considerati quali opzioni terapeutiche per i soggetti già in trattamento con farmaci antipsicotici convenzionali, che nonostante un adeguato controllo della sintomatologia, stiano andando incontro ad inaccettabili effetti collaterali e, durante una ricaduta, per quei soggetti che hanno già avuto esperienza di una gestione non soddisfacente o di effetti collaterali inaccettabili con i farmaci antipsicotici tipici. La decisione di cosa costituisce un effetto collaterale inaccettabile dovrebbe essere presa dopo che il paziente e il clinico responsabile ne abbiano discusso</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.3.2.6 <i>Nel caso non sia possibile una discussione soddisfacente tra il clinico responsabile del trattamento e la persona interessata, nella gestione dell'episodio schizofrenico acuto i farmaci antipsicotici atipici orali devono essere considerati l'opzione di trattamento di prima scelta per il minore rischio potenziale di effetti EPS</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.3.2.7 <i>nella pratica clinica abituale non è indicato che i soggetti, se hanno raggiunto un buon controllo della loro condizione clinica senza patire danni collaterali inaccettabili, cambino la terapia a favore di un farmaco antipsicotico atipico orale</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.3.2.8 <i>I farmaci antipsicotici atipici o convenzionali non dovrebbero essere prescritti simultaneamente, ad eccezione di brevi periodi per coprire il periodo di passaggio da una molecola all'altra</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.3.2.9 <i>nel caso in cui si prescriva la clorpromazina le persone dovrebbero essere avvertite della potenziale risposta di fotosensibilizzazione cutanea perché questo effetto collaterale è facilmente evitabile</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA B</p> <p>4.3.2.10 <i>nel caso in cui sia stata identificata la possibilità che l'antipsicotico atipico prescritto causi aumento ponderale o diabete dovrebbe essere attivato un regolare monitoraggio dei rischi potenziali</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA B</p>
INDICATORE	3.8 Linee guida per il trattamento farmacologico degli episodi acuti

MISURA	<p>Punteggio delle linee guida scritte per i trattamenti antipsicotici a seconda che contengano meno le seguenti raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sconsigliano di usare dosi massicce di antipsicotici, • precisano il <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici, • trattano le indicazioni per il passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici e non consigliano tale passaggio in caso di efficacia soddisfacente e di effetti collaterali tollerabili, • raccomandano di usare un atipico durante un'acuzie se non è possibile discutere la scelta con il paziente; • raccomandano di usare un solo antipsicotico tranne che nei periodi di passaggio da una molecola all'altra, • nel caso di uso della clorpromazina raccomandano di informare il paziente del rischio di fotosensibilizzazione • raccomandano di tenere sotto controllo peso corporeo e diabete se si usano antipsicotici con questi effetti collaterali (ad esempio olanzapina) <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una parte delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono la maggioranza delle raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono la quasi totalità delle raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	3.9 Pratiche nel trattamento farmacologico degli episodi acuti
MISURA	<p>Punteggio a seconda della frequenza di applicazione delle raccomandazioni sul trattamento farmacologico degli episodi acuti</p> <p>a) Attenzione specifica al <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici:</p> <p>0= gli operatori del DSM hanno un' attenzione specifica al <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici in meno del 10% dei casi 1 = gli operatori del DSM hanno un' attenzione specifica al <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici nel 10%-25% dei casi 2 = gli operatori del DSM hanno un' attenzione specifica al <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici nel 26%-50% dei casi 3 = gli operatori del DSM hanno un' attenzione specifica al <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici nel 51%-75% dei casi 4 = gli operatori del DSM hanno un' attenzione specifica al <i>range</i> di dosaggio dei diversi antipsicotici in più del 75% dei casi</p> <p>b) Utilizzo di dosi massicce di antipsicotici:</p> <p>0= gli operatori del DSM utilizzano dosi massicce di antipsicotici in più del 75% dei casi 1 = gli operatori del DSM utilizzano dosi massicce di antipsicotici nel 51%-75% dei casi 2 = gli operatori del DSM utilizzano dosi massicce di antipsicotici nel 26%-50% dei casi 3 = gli operatori del DSM utilizzano dosi massicce di antipsicotici nel 10%-25% dei casi 4 = gli operatori del DSM utilizzano dosi massicce di antipsicotici in meno del 10% dei casi</p> <p>c) Utilizzo di un solo antipsicotico alla volta, tranne che nei periodi di passaggio da una molecola all'altra:</p> <p>0= gli operatori del DSM utilizzano un solo antipsicotico alla volta in meno del</p>

	<p>10% dei casi 1 = gli operatori del DSM utilizzano un solo antipsicotico alla volta nel 10%-25% dei casi 2 = gli operatori del DSM utilizzano un solo antipsicotico alla volta nel 26%-50% dei casi 3 = gli operatori del DSM utilizzano un solo antipsicotico alla volta nel 51%-75% dei casi 4 = gli operatori del DSM utilizzano un solo antipsicotico alla volta in più del 75% dei casi</p> <p>d) Passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici solo nel caso di scarsa efficacia o di effetti collaterali non tollerabili: 0= in meno del 10% dei casi il passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici è motivato dalla scarsa efficacia della precedente terapia o dalla presenza di effetti collaterali non tollerabili 1 = nel 10%-25% dei casi il passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici è motivato dalla scarsa efficacia della precedente terapia o dalla presenza di effetti collaterali non tollerabili 2 = nel 26%-50% dei casi il passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici è motivato dalla scarsa efficacia della precedente terapia o dalla presenza di effetti collaterali non tollerabili 3 = nel 51%-75% dei casi il passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici è motivato dalla scarsa efficacia della precedente terapia o dalla presenza di effetti collaterali non tollerabili 4 = in più del 75% dei casi il passaggio da antipsicotici convenzionali ad atipici è motivato dalla scarsa efficacia della precedente terapia o dalla presenza di effetti collaterali non tollerabili</p> <p>e) Attenzione al monitoraggio dei progressi terapeutici e al controllo degli effetti collaterali: 0= gli operatori del DSM prestano attenzione al monitoraggio e al controllo degli effetti collaterali in meno del 10% dei casi 1 = gli operatori del DSM prestano attenzione al monitoraggio e al controllo degli effetti collaterali nel 10%-25% dei casi 2 = gli operatori del DSM prestano attenzione al monitoraggio e al controllo degli effetti collaterali nel 26%-50% dei casi 3 = gli operatori del DSM prestano attenzione al monitoraggio e al controllo degli effetti collaterali nel 51%-75% dei casi 4 = gli operatori del DSM prestano attenzione al monitoraggio e al controllo degli effetti collaterali in più del 75% dei casi</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group specialistico
INDICATORE	3.10 Informazioni sui farmaci antipsicotici fornite al paziente
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che dichiarano di avere ricevuto informazioni soddisfacenti sui farmaci antipsicotici secondo un questionario specifico loro somministrato (si veda l'item 8 del Questionario Pazienti riportato nella Sezione "Strumenti 3.", punteggi 4 e 5)
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con il DSM (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca specifica su un campione rappresentativo di pazienti
INDICATORE	3.11 Monitoraggio del trattamento farmacologico *
MISURA	percentuale

NUMERATORE	Numero di pazienti in cura con antipsicotici nell'anno precedente con un intervallo tra una visita psichiatrica e l'altra superiore a tre mesi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con il DSM nell'anno precedente con prescrizione di antipsicotici (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM
NOTE	Vanno esclusi i periodi in cui i pazienti sono ricoverati stabilmente in Struttura Residenziale * <i>questo indicatore misura anche la raccomandazioni 4.4.5.4</i>
INDICATORE	3.12 Dosaggi di farmaci antipsicotici inferiori al range
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che durante un episodio di scompenso in SPDC nel periodo di osservazione hanno ricevuto un dosaggio medio di farmaco durante la degenza inferiore ai 300 mg. di clorpromazina equivalenti
DENOMINATORE	Numero di pazienti ricoverati in SPDC nel periodo di osservazione
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle del SPDC
NOTE	Specificare il periodo di osservazione. Si consiglia, analogamente agli altri indicatori, di utilizzare come periodo di osservazione l'anno precedente; nel caso che ciò non fosse possibile a causa della numerosità del campione (e quindi dell'eccessivo carico informativo) è consigliato utilizzare un campione tratto da un periodo di osservazione di almeno quattro mesi
INDICATORE	3.13 Dosaggio dei farmaci antipsicotici superiore al range
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che durante un episodio di scompenso in SPDC nel periodo di osservazione hanno ricevuto un dosaggio medio di farmaco durante la degenza superiore ai 1000 di clorpromazina equivalenti
DENOMINATORE	Numero di pazienti ricoverati in SPDC nel periodo di osservazione
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle del SPDC
NOTE	Specificare il periodo di osservazione. Si consiglia, analogamente agli altri indicatori, di utilizzare come periodo di osservazione l'anno precedente; nel caso che ciò non fosse possibile a causa della numerosità del campione (e quindi dell'eccessivo carico informativo) è consigliato utilizzare un campione tratto da un periodo di osservazione di almeno quattro mesi
INDICATORE	3.14 Passaggio da un farmaco antipsicotico tipico ad un atipico*
MISURA	Percentuale di pazienti in trattamento presso il CSM con antipsicotici convenzionali che nel periodo di osservazione sono passati a antipsicotici atipici a seconda della causa all'origine del cambiamento terapeutico: <ul style="list-style-type: none"> • presenza di effetti collaterali • inefficace gestione dei sintomi • altro (indicare nelle note) • nessun motivo rilevabile
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento presso il CSM con antipsicotici convenzionali che nel periodo di osservazione sono passati a antipsicotici atipici a seconda della causa all'origine del cambiamento terapeutico
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento presso il CSM con antipsicotici convenzionali che nel periodo di osservazione sono passati a antipsicotici atipici
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle cliniche CSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Specificare il periodo di osservazione. Si consiglia, analogamente agli altri indicatori, di utilizzare come periodo di osservazione l'anno precedente; nel caso che ciò non fosse possibile a causa della numerosità del campione (e quindi dell'eccessivo carico informativo), è consigliato utilizzare un campione tratto da

	<p>un periodo di osservazione di almeno quattro mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per inefficace gestione intendiamo una gestione della terapia che non ha impedito almeno un ricovero in SPDC nell'anno o una equivalente situazione di crisi <p><i>* questo indicatore misura anche le raccomandazioni 4.4.5.2 e 4.4.5.3</i></p>
INDICATORE	3.15 Antipsicotici atipici come farmaci di prima scelta
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti al primo ricovero in SPDC, non trattati precedentemente con farmaci antipsicotici, che ricevono come farmaco di prima scelta un antipsicotico atipico.
DENOMINATORE	Numero di pazienti al primo ricovero in SPDC non in trattamento precedentemente con farmaci antipsicotici
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle SPDC
INDICATORE	3.16 Prescrizione di un solo farmaco antipsicotico*
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti trattati con due farmaci antipsicotici contemporaneamente nel periodo di osservazione
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM nel periodo di osservazione
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle CSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • con l'eccezione di brevi periodi per coprire il periodo di passaggio da una molecola all'altra • Specificare il periodo di osservazione. Si consiglia, analogamente agli altri indicatori, di utilizzare come periodo di osservazione l'anno precedente; nel caso che ciò non fosse possibile a causa della numerosità del campione (e quindi dell'eccessivo carico informativo), è consigliato utilizzare un campione tratto da un periodo di osservazione di almeno quattro mesi <p><i>* questo indicatore misura anche la raccomandazione 4.4.5.16</i></p>
INDICATORE	3.17 Monitoraggio del peso nei pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici atipici
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti a cui è stato prescritto un farmaco antipsicotico atipico di cui è registrato il peso sulla cartella clinica del CSM almeno ogni sei mesi
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM con farmaci antipsicotici atipici
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle CSM

RACCOMANDAZIONE	<p>4.3.3.2 <i>I principi psicoanalitici e psicodinamici possono essere presi in considerazione per aiutare gli operatori sanitari a comprendere le esperienze dei singoli pazienti dei servizi e le loro relazioni interpersonali</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	3.18 Operatori formati nell'ascolto attivo e in un approccio empatico con i pazienti
MISURA	Percentuale per figura professionale
NUMERATORE	Numero di operatori per figura professionale formati nell'ascolto attivo e in un approccio empatico coi pazienti
DENOMINATORE	Numero di operatori in servizio al 31/12 per figura professionale
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
NOTE	La formazione nell'ascolto attivo e ad un approccio empatico comprende la partecipazione ad attività strutturate di formazione psicoterapica e a gruppi di supervisione incentrati sull'aspetto relazionale.

RACCOMANDAZIONE	<p>4.3.3.3 <i>La valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale delle persone affette da schizofrenia deve essere completa e riguardare gli aspetti medici, sociale, psicologici, lavorativi, economici, fisici e culturali</i></p>
------------------------	--

	LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	Tale raccomandazione viene misurata mediante l' indicatore 4.5 Valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria della Sezione su Promuovere il Recupero

RACCOMANDAZIONE	<i>4.3.3.4 La terapia cognitivo comportamentale dovrebbe essere disponibile come opzione terapeutica per le persone affette da schizofrenia nell'assistenza di routine alle persone affette da schizofrenia, il counselling e la terapia di sostegno non sono raccomandati come interventi distinti, laddove altri interventi di provata efficacia sono indicati e disponibili. Dovrebbero essere perse in considerazioni le preferenze del paziente , specialmente nel caso che a livello locale non fossero disponibili trattamenti psicologici più efficaci</i> LIVELLO DI EVIDENZA A
INDICATORE	Tale raccomandazione viene misurata mediante l' indicatore 4.15 Pazienti in trattamento con terapia cognitivo comportamentale della Sezione su Promuovere il Recupero

RACCOMANDAZIONE	<i>4.3.3.5 Gli interventi familiari debbono essere disponibili per le famiglie delle persone affette da schizofrenia che vivono, o che sono a stretto contatto, con l'utente del servizio</i> LIVELLO DI EVIDENZA A
INDICATORE	Tale raccomandazione riguarda un intervento analogo alla raccomandazione 4.4.4.6 e la sua applicazione viene misurata mediante i seguenti indicatori della Sezione su Promuovere il Recupero: 4.17 Linee guida per gli interventi familiari di tipo psicoeducativo, 4.18 Pratiche nell'utilizzo degli interventi familiari di tipo psicoeducativo per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti, 4.19 Competenze nel DSM per interventi familiari di tipo psicoeducativo, 4.20 Interventi psicoeducativi per pazienti dimessi da SPDC

RACCOMANDAZIONE	<i>4.3.3.6 nell'assistenza di routine alle persone affette da schizofrenia, il counselling e la terapia di sostegno non sono raccomandati come interventi distinti, laddove altri interventi di provata efficacia sono indicati e disponibili. Dovrebbero essere perse in considerazioni le preferenze del paziente , specialmente nel caso che a livello locale non fossero disponibili trattamenti psicologici più efficaci</i> LIVELLO DI EVIDENZA C
INDICATORE	3.19 Pazienti in trattamento con altre forme di forme di psicoterapia
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento nell'anno precedente solo con psicoterapia di sostegno o con tipi di psicoterapia diversa da quella cognitivo comportamentale
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle CSM

3.B IL PRIMO PERIODO DOPO L'EPISODIO ACUTO

20. Linee guida per il trattamento farmacologico di mantenimento
21. Pratiche nel trattamento farmacologico di mantenimento
22. Durata del trattamento antipsicotico dopo l'episodio acuto
23. Sospensione graduale della terapia antipsicotica
24. Monitoraggio della sintomatologia dopo sospensione della terapia antipsicotica

RACCOMANDAZIONE	<p>4.3.3.7 A causa dell'elevato rischio di ricaduta dopo un episodio acuto , dovrebbe essere discussa con il paziente del servizio e ove appropriato con i familiari la prosecuzione del trattamento antipsicotico per 1-2 anni dopo una ricaduta LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p> <p>4.3.3.8 La sospensione del trattamento antipsicotica deve essere intrapresa in modo graduale con un monitoraggio costante dei segni e dei sintomi che possono indicare una potenziale ricaduta LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p> <p>4.3.3.9 Dopo sospensione di una medicazione antipsicotica il monitoraggio dei segni e dei sintomi di una potenziale ricaduta deve essere continuato per almeno 2 anni dopo l'ultimo episodio acuto LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	3.20 Linee guida per il trattamento farmacologico di mantenimento
MISURA	<p>Punteggio di linee guida scritte sul trattamento di mantenimento con farmaci antipsicotici a seconda che contengano o meno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raccomandano di non sospendere il trattamento prima che sia passato un anno da un episodio acuto; • raccomandano di procedere all'eventuale sospensione con gradualità ed attenzione a segni e sintomi di ricaduta; • raccomandano di seguire per almeno due anni dopo l'ultimo episodio acuto i pazienti in cui siano stati sospesi gli antipsicotici: <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono almeno due raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono tutte e tre le raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	3.21 Pratiche nel trattamento farmacologico di mantenimento
MISURA	<p>Punteggio a seconda della frequenza di applicazione delle raccomandazioni sul trattamento farmacologico di mantenimento</p> <p>a) Durata per 1-2 anni del trattamento di mantenimento con antipsicotici dopo la crisi 0 = in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%) la durata della terapia di mantenimento è pari ad 1-2 anni 1 = nel 10%-25% dei casi la durata della terapia di mantenimento è pari ad 1-2 anni 2 = nel 26%-50% dei casi la durata della terapia di mantenimento è pari ad 1-2 anni 3.= nel 51% -75% dei casi la durata della terapia di mantenimento è pari ad 1-2 anni 4 = in più del 75% dei casi. la durata della terapia di mantenimento è pari ad 1-2 anni</p> <p>b) Nel caso che si decida la sospensione del farmaco, questa avviene in modo graduale 0 = in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%) la sospensione del farmaco avviene in modo graduale 1 = nel 10%-25% dei casi la sospensione del farmaco avviene in modo graduale 2 = nel 26%-50% dei casi la sospensione del farmaco avviene in modo graduale 3.= nel 51%-75% dei casi la sospensione del farmaco avviene in modo graduale 4 = in più del 75% dei casi. la sospensione del farmaco avviene in modo graduale</p> <p>c) Monitoraggio delle sintomatologia dopo la sospensione del farmaco</p>

	<p>0 = in nessuno o pochissimi casi (meno del 10%) è messo in atto un monitoraggio della terapia dopo la sospensione del farmaco</p> <p>1 = nel 10%-25% dei casi è messo in atto un monitoraggio della terapia dopo la sospensione del farmaco</p> <p>2 = nel 26%-50% dei casi è messo in atto un monitoraggio della terapia dopo la sospensione del farmaco</p> <p>3.= nel 51% -75% dei casi è messo in atto un monitoraggio della terapia dopo la sospensione del farmaco</p> <p>4 = in più del 75% dei casi. è messo in atto un monitoraggio della terapia dopo la sospensione del farmaco</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group specialistico
INDICATORE	3.22 Durata del trattamento antipsicotico dopo l'episodio acuto
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti ricoverati in SPDC nell'anno precedente che presentano una sospensione concordata dei farmaci antipsicotici entro dodici mesi dal primo ingresso in SPDC dell'anno
DENOMINATORE	Numero di pazienti del DSM ricoverati in SPDC nell'anno precedente(#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM • Cartelle cliniche CSM
NOTE	Tener conto per ciascun paziente dei 12 mesi successivi all'ingresso del primo ricovero in SPDC nell'anno; escludere i ricoveri se vi sono evidenze che il ricovero è avvenuto per motivi non clinici (ad esempio per crisi sociali, malattia somatica, ecc.)
INDICATORE	3.23 Sospensione graduale della terapia antipsicotica
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti in cui nella cartella clinica del CSM vi sono evidenze che la sospensione dei farmaci antipsicotici è avvenuta in modo graduale nel corso di almeno un mese
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM che hanno sospeso in modo concordato i farmaci antipsicotici
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle CSM
NOTE	Per sospensione graduale intendiamo una sospensione che avviene nello spazio di almeno un mese e che risulta da note scritte sulla cartella clinica del CSM
INDICATORE	3.24 Monitoraggio delle sintomatologia dopo sospensione della terapia antipsicotica
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che hanno avuto una sospensione concordata dei farmaci antipsicotici da 24 a 48 mesi prima e che hanno avuto almeno un contatto ogni sei mesi per almeno due anni dopo la sospensione
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM che hanno sospeso in modo concordato i farmaci antipsicotici da 24 a 48 mesi prima
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle cliniche CSM

4. PROMUOVERE IL RECUPERO

4.A IL RAPPORTO CON LA MEDICINA DI BASE E IL MONITORAGGIO DELLA SALUTE FISICA DEL PAZIENTE

1. Sistema informativo nella Medicina Generale
2. Rapporto tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM per la valutazione periodica della salute fisica e il trattamento dei disturbi fisici dei pazienti
3. Visite di controllo presso il Medico di Medicina Generale
4. Monitoraggio della salute fisica nell'assistenza prestata dal CSM
5. Valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria
6. Protocolli tra Medicina Generale e DSM
7. Colloqui rivolti ai bisogni dei familiari

Nota. Questa sezione contiene gli indicatori per tutte le raccomandazioni contenute nelle “linee guida per la Schizofrenia NICE”, ad eccezione delle raccomandazioni 4.4.3.1 (evidenza B), 4.4.3.3 (evidenza B), 4.4.3.4 (GPP) e 4.4.3.5 (C), relative ai modelli organizzativi dei servizi; esse riguardano i team di assertive outreach, che non esistono nel modello italiano di assistenza in salute mentale e quindi non sono state ritenute applicabili nel contesto italiano. Laddove è stato possibile, cioè nel caso delle raccomandazioni 4.4.3.2 e 4.4.3.6, si è ritenuto che il corrispettivo italiano di un trattamento intensivo community-oriented potesse essere individuato nella definizione di paziente multiproblematico e nell'assistenza offerta a questa tipologia di pazienti.

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.1.1 L'organizzazione e lo sviluppo dei registri dei casi per le persone affette da schizofrenia sono raccomandati come tappe essenziali nel monitoraggio della salute fisica e mentale nella medicina di base</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.1 Sistema informativo nella Medicina Generale
MISURA	Punteggio: 0 = non esiste un sistema informativo effettivamente funzionante ed aggiornato nel contesto della Medicina Generale; 1 = esiste un sistema informativo, ma non raccoglie informazioni in merito a problemi di salute mentale; 2 = esiste un sistema informativo che raccoglie informazioni sulla salute mentale, ma non complete relativamente alla diagnosi psichiatrica, contatti del paziente con il Medico di MG, trattamento psicofarmacologico; 3 = esiste un sistema informativo che raccoglie informazioni su diagnosi psichiatrica, contatti del paziente con il Medico di MG e trattamento psicofarmacologico.
FONTE	• Direzione ASL

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.1.2 I medici di medicina generale e gli altri operatori nel campo dell'assistenza sanitaria di base devono monitorare regolarmente la salute fisica delle persone affette da schizofrenia</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.2 Rapporto tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM per la valutazione periodica della salute fisica e il trattamento dei disturbi fisici dei pazienti
MISURA	Punteggio: 0 = anche nel caso di pazienti a rischio o affetti da disturbi somatici, i rapporti tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM per la valutazione periodica della salute fisica e il trattamento dei disturbi fisici dei pazienti sono quasi assenti (in meno del 10% dei casi) 1 = i rapporti tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM sono presenti nel 10%-25% dei casi di pazienti con problemi somatici 2 = i rapporti tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM sono presenti nel

	26%-50% dei casi di pazienti con problemi somatici 3 = i rapporti tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM sono presenti nel 51%-75% dei casi di pazienti con problemi somatici 4 = i rapporti tra Medici di Medicina Generale e operatori del DSM sono presenti in più del 75% dei casi di pazienti con problemi somatici.
FONTE	• Focus group multidisciplinare
INDICATORE	4.3 Visite di controllo presso il Medico di Medicina Generale
MISURA	Percentuale per fasce di età (18/34 – 35/54 – >55 anni)
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno una visita presso il Medico di Medicina Generale nell'anno precedente per fasce di età, secondo quanto dichiarato in un questionario specifico loro somministrato (si veda l'item 9 del Questionario Pazienti riportato nella Sezione "Strumenti 3.").
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM (#) per fasce di età
FONTE	• Ricerca specifica su un campione rappresentativo di pazienti

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.1.3 I controlli della salute fisica devono prestare particolare attenzione ai disturbi endocrini quali il diabete e l'iperprolattinemia, ai fattori di rischio cardiovascolari, quali la pressione arteriosa e il livello di lipidi, agli effetti collaterali dei farmaci, allo stile di vita come l'abitudine al fumo. Questi elementi devono esser annotati sulla cartella clinica del paziente</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.4 Monitoraggio della salute fisica nell'assistenza prestata dal CSM
MISURA	Percentuali per i diversi tipi di esami:
NUMERATORE	Numero di pazienti con valori della a. pressione arteriosa, b. glicemia, c. colesterolo e trigliceridi d. referto ECG rilevati nell'anno precedente e registrati nella cartella clinica del CSM
DENOMINATORE	a. Numero di pazienti in carico al CSM (#) b. Numero di pazienti in carico al CSM (#) c. Numero di pazienti in carico al CSM (#) d. Numero di pazienti in carico al CSM (#)
FONTE	• cartelle cliniche CSM

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.1.4 La decisione di inviare un utente dalla medicina di base ai servizi di salute mentale comporta un giudizio clinico complesso che deve tenere in considerazione il punto di vista dell'utente e (ove opportuno) dei carer e molteplici circostanze (scarsa adesione o risposta al trattamento, uso di sostanze, aumentato rischio per sé od altri, necessità di valutazione....</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	Pratica misurata dall'indicatore 4.6

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.2.1 Deve essere effettuata regolarmente una valutazione accurata dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale, ivi compresa la valutazione della condizione abitativa e della qualità della vita. La frequenza di tali valutazioni deve essere basata sulla necessità cliniche e deve essere discussa con il paziente. Una volta raggiunto un accordo sulla frequenza delle valutazioni, esso va documentato sul piano di cura.</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP <i>4.3.3.3 La valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale delle persone affette</i>
------------------------	--

	<i>da schizofrenia deve essere completa e riguardare gli aspetti medici, sociale, psicologici, lavorativi, economici, fisici e culturali</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.5 Valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di cartelle del CSM che includono nell'anno precedente almeno un accenno alla valutazione delle condizioni sanitarie, ad esempio pressione arteriosa o abitudini al fumo, o nelle quali risulti che le condizioni sanitarie sono state discusse in una riunione di équipe
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • cartelle CSM
NOTE	Le riunioni rappresentano attività di coordinamento e di verifica interne al DSM (riunioni - incontri sul singolo caso interni al DSM): sono incentrate sulla discussione sul singolo caso e sui bisogni di assistenza del paziente * <i>questo indicatore misura anche la Raccomandazione 4.3.3.3</i>

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.2.2 I servizi di medicina di base e specialistici, insieme con il paziente, devono identificare congiuntamente quale servizio si assumerà la responsabilità di valutare e monitorare le necessità di assistenza riguardo la salute fisica del paziente. Tale indicazione deve essere documentata nelle cartelle cliniche dei servizi di medicina di base e specialistici e nei programmi terapeutici.</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.6 Protocolli tra Medicina Generale e DSM*
MISURA	Punteggio a seconda del livello di complessità dei protocolli tra Medicina Generale e DSM relativi alla salute fisica dei pazienti e all'identificazione del servizio che si assumerà la responsabilità di valutare e monitorare le necessità di assistenza riguardo la salute fisica del paziente: 0 = non esistono protocolli tra Medicina Generale e DSM 1 = non esistono protocolli, ma vi è un progetto in corso per arrivare a elaborarli; 2 = esiste un protocollo ma è generico 3 = esiste un protocollo, è dettagliato (nel senso che identifica ruoli e responsabilità), ma non sono previste verifiche 4 = esiste un protocollo, è dettagliato (nel senso che identifica ruoli e responsabilità) e sono previste verifiche periodiche
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
NOTE	* <i>questo indicatore misura anche la raccomandazione 4.4.1.4</i>

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.2.3 Tutti i familiari non professionisti che si prendono cura con regolarità di una persona secondo il Care Program Approach devono poter ricevere un valutazione della propria attività di familiari, dei bisogni di salute fisica e mentale, con una frequenza concordata con lo stesso familiare e registrata nel proprio piano personale</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.7 Colloqui rivolti ai bisogni dei familiari
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti i cui familiari hanno ricevuto almeno un colloquio specificamente rivolto a loro nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM che vivevano con familiari (genitori, fratelli, partner o figli) nell'anno precedente(#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM • cartella clinica CSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Le attività rivolte alla famiglia mirano ad acquisire informazioni, a migliorare le relazioni all'interno del nucleo familiare, a dare un sostegno emotivo ai familiari, ad informarli sul disturbo psichiatrico e ad aumentare

	<p>la loro capacità di fare fronte al comportamento e alle disabilità del paziente. I colloqui con i familiari rappresentano gli interventi più frequentemente erogati dai DSM nei confronti dei familiari e presentano un minor grado di strutturazione rispetto ad esempio agli interventi psicoeducativi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il colloquio con i familiari rappresenta un intervento finalizzato a verificare i problemi presenti nell'ambito familiare e/o coinvolgere la disponibilità delle risorse familiari nel programma terapeutico-riabilitativo. All'interno del colloquio possono essere presenti contenuti informativi non strutturati. Sono svolti con i familiari o altri conviventi, informatori chiave, senza la presenza del paziente, e non si avvalgono di tecniche specifiche. <p><u>Include:</u> colloquio con i familiari senza la presenza del paziente, anche successivo a visita o colloquio con il paziente (purché i due interventi siano distinti e avvengano in tempi diversi)</p> <p><u>Esclude:</u> colloqui in cui siano presenti contemporaneamente il paziente ed i familiari (→ colloqui, colloqui clinici psicologici, visite psichiatriche); interventi strutturati a carattere psicoeducativo (→ interventi informativi e psicoeducativi con i familiari); terapia della famiglia (→ psicoterapia familiare); comunicazioni telefoniche.</p>
--	---

4.B SERVIZI PER PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI

8. Pazienti multiproblematici

9. Procedure per pazienti multiproblematici

10. Intensità dell'assistenza rivolta ai pazienti multi problematici

11. Coordinazione ed integrazione dell'assistenza rivolta ai casi multiproblematici

RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.3.2 <i>I team di assertive outreach devono essere offerti alle persone con disturbi mentali gravi, inclusi la schizofrenia che fanno un ampio uso dei servizi ospedalieri e con una storia di presa in carico difficoltosa da parte dei servizi che ha condotto a frequenti ricadute e/o ad una rottura delle relazioni sociali (come testimoniato dall'essere senza fissa dimora e dalla scelta di situazioni abitative seriamente inadeguate)</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA B</p>
INDICATORE	4.8 Pazienti multiproblematici
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti multiproblematici nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo del DSM
NOTE	<p>Per pazienti multiproblematici intendiamo pazienti che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abbandonino il trattamento (abbiano avuto nell'ultimo anno solare una interruzione di contatti non concordata superiore ai 90 giorni); • ricevano più ricoveri in ospedale in un anno; • siano senza casa o abbiano situazioni abitative scadenti (mancanza di riscaldamento, di acqua calda, ecc.) o siano a rischio imminente (meno di sei mesi) di restare senza casa
INDICATORE	4.9 Procedure per pazienti multiproblematici
DEFINIZIONE DELL'INDICATORE	Esistenza di procedure che specificano cosa fare in più o di più specifico nel caso di pazienti multiproblematici
MISURA	<p>Punteggio:</p> <p>0=non esistono nel DSM procedure scritte per il trattamento di pazienti multiproblematici</p> <p>1=non esistono nel DSM procedure scritte per il trattamento di pazienti multiproblematici, ma vi è un progetto in corso per arrivare a elaborarle;</p> <p>2=esistono nel DSM procedure scritte per il trattamento di pazienti multiproblematici,</p>

	<p>ma sono generiche sul tipo di assistenza da prestare</p> <p>3=esistono nel DSM procedure scritte per il trattamento di pazienti multiproblematici, sono dettagliate sul tipo di assistenza da prestare (definiscono chiaramente i ruoli, le responsabilità e i momenti di verifica), ma riguardano solo il DSM</p> <p>4=esistono nel DSM procedure scritte per il trattamento di pazienti multiproblematici, sono dettagliate sul tipo di assistenza da prestare (definiscono chiaramente i ruoli, le responsabilità e i momenti di verifica) e sono condivise con altri servizi sanitari e non sanitari che possono essere coinvolti nel progetto terapeutico.</p>
FONTE	Direzione DSM
INDICATORE	4.10 Intensità dell'assistenza rivolta ai pazienti multi problematici
MISURA	<p>Punteggio:</p> <p>0 = i pazienti multiproblematici non vengono neppure individuati se non eccezionalmente</p> <p>1 = vi è attenzione alla individuazione dei pazienti multiproblematici, ma si fa poco o niente di specifico per essi</p> <p>2 = in almeno il 25% dei pazienti multiproblematici si fa un piano specifico di intervento e lo si attua</p> <p>3 = in almeno il 50% dei pazienti multiproblematici si fa un piano specifico di intervento e lo si attua</p> <p>4 = in almeno il 75% dei pazienti multiproblematici si fa un piano specifico di intervento e lo si attua</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>focus group</i> multidisciplinare

RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.3.6 Deve essere posta particolare attenzione all'integrazione dell'assistenza per le persone affette da schizofrenia che usufruiscono dei team territoriali di salute mentale, dei team di assertive outreach, dei servizi di intervento precoce e dei team di gestione della crisi e trattamento domiciliare</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	4.11 Coordinazione ed integrazione dell'assistenza rivolta ai casi multiproblematici
MISURA	<p>Punteggio:</p> <p>0 = non esiste alcuna attività specifica di integrazione dell'assistenza rivolta ai casi multiproblematici</p> <p>1= gli operatori saltuariamente svolgono tale attività solo all'interno del CSM</p> <p>2 = gli operatori saltuariamente svolgono tale attività non solo all'interno del CSM, ma anche in collegamento con le altre strutture del DSM, ma non esiste alcuna verifica sistematica</p> <p>3 = gli operatori svolgono periodicamente tale attività non solo all'interno del DSM, ma anche in collegamento con gli altri servizi del territorio (Servizi di Assistenza Sociale dei Comuni, altri Servizi Sanitari, ecc.), ma non esiste alcuna verifica sistematica</p> <p>4 = gli operatori svolgono periodicamente tale attività non solo all'interno del DSM, ma anche in collegamento con gli altri servizi del territorio (Servizi di Assistenza Sociale dei Comuni, altri Servizi Sanitari, ecc.), e riesaminano periodicamente i casi di pazienti multiproblematici con queste Agenzie</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>focus group</i> multidisciplinare
NOTE	Per la definizione di pazienti multiproblematici vedi 4.7

4.C GLI INTERVENTI PSICOLOGICI INDIVIDUALI

12. Linee guida sulla psicoterapia cognitivo comportamentale nelle psicosi
13. Utilizzo della terapia cognitivo comportamentale per pazienti con scarsa adesione al trattamento, con scarso *insight* o con i sintomi psicotici persistenti;
14. Competenze del DSM nella psicoterapia cognitivo-comportamentale delle psicosi
15. Pazienti in trattamento con terapia cognitivo comportamentale

16. Pazienti in trattamento a lungo termine con terapia cognitivo comportamentale

RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.4.1 <i>La terapia cognitivo-comportamentale dovrebbe essere disponibile come opzione terapeutica per le persone affette da schizofrenia</i> LIVELLO DI EVIDENZA A</p> <p>4.4.4.2 <i>La terapia cognitiva comportamentale dovrebbe essere offerta alle persone affette da schizofrenia che presentano sintomi psicotici persistenti</i> LIVELLO DI EVIDENZA A</p> <p>4.4.4.3 <i>La terapia cognitivo comportamentale dovrebbe essere considerata come un'opzione terapeutica che contribuisce allo sviluppo dell'insight</i> LIVELLO DI EVIDENZA B</p> <p>4.4.4.4 <i>La terapia cognitivo comportamentale può esser considerata un'opzione terapeutica nella gestione dei pazienti con scarsa adesione al trattamento</i> LIVELLO DI EVIDENZA C</p>
INDICATORE	4.12 Linee guida sulla psicoterapia cognitivo comportamentale nelle psicosi
MISURA	<p>Punteggio di linee guida scritte a seconda che contengano o meno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raccomandano la terapia cognitivo comportamentale per i pazienti con disturbi schizofrenici • consigliano la CBT per i sintomi psicotici persistenti; • raccomandano la CBT per pazienti con scarsa adesione al trattamento; • raccomandano di proseguire la terapia per almeno sei mesi e 10 sedute; <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una parte delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono la maggioranza delle raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono la quasi totalità delle raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	4.13 Utilizzo della terapia cognitivo comportamentale per pazienti con scarsa adesione al trattamento, con scarso <i>insight</i> o con sintomi psicotici persistenti.
MISURA	<p>Punteggio:</p> <p>0 = la terapia cognitivo comportamentale non viene utilizzata nei pazienti con scarsa adesione al trattamento o scarso <i>insight</i> o con sintomi psicotici persistenti 1 = la terapia cognitivo comportamentale è offerta a meno del 26% dei casi che presentano scarsa adesione al trattamento o scarso <i>insight</i> o con sintomi psicotici persistenti 2 = la terapia cognitivo comportamentale è offerta nel 26%-50% dei casi 3 = la terapia cognitivo comportamentale è offerta nel 51%-75% dei casi 4 = la terapia cognitivo comportamentale è offerta a più del 75% dei casi</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group multidisciplinare
INDICATORE	4.14 Competenze del DSM nella psicoterapia cognitivo-comportamentale delle psicosi
MISURA	Percentuale per figura professionale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri)
NUMERATORE	Numero di operatori in grado di effettuare la psicoterapia cognitivo comportamentale nelle psicosi per figura professionale
DENOMINATORE	Numero di operatori in servizio al 31/12 per figura professionale
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
NOTE	<p>La psicoterapia cognitivo comportamentale è un intervento psicologico concepito per consentire alle persone di stabilire dei legami tra i pensieri, i sentimenti o le azioni e i loro sintomi attuali o pregressi, e di rivalutare le proprie percezioni, convinzioni o ragionamenti relativi ai sintomi bersaglio. L'intervento dovrebbe prevedere almeno uno dei seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio di pensieri, emozioni e comportamenti rispetto ai sintomi

	<ul style="list-style-type: none"> • Aiuto a sviluppare altre strategie di <i>coping</i> per i sintomi bersaglio • Riduzione dello stress
INDICATORE	4.15 Pazienti in trattamento con terapia cognitivo comportamentale*
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti trattati nell'anno precedente con almeno tre sedute di terapia cognitivo comportamentale
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • cartelle CSM • sistema informativo DSM
NOTE	Un paziente è definito in trattamento se ha ricevuto nel corso dell'anno almeno tre sedute di terapia cognitivo comportamentale * questo indicatore misura anche la raccomandazione 4.3.3.4

RACCOMANDAZIONE	4.4.4.5 <i>i trattamenti a lungo termine con terapia cognitivo comportamentale sono significativamente più efficaci di quelli a breve termine. In tali circostanze affinché determini cambiamenti nei sintomi psicotici un protocollo adeguato di CBT dovrebbe durare più di sei mesi e prevedere in programma più di 10 sedute</i> LIVELLO DI EVIDENZA B
INDICATORE	4.16 Pazienti in trattamento a lungo termine con terapia cognitivo comportamentale
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento con CBT con più di 10 sedute nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM nell'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM • cartella clinica CSM

4. D ATTIVITA' RIVOLTA ALLA FAMIGLIA

17. Linee guida per gli interventi familiari di tipo psicoeducativo
18. Pratiche nell'utilizzo degli interventi familiari di tipo psicoeducativo per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti
19. Competenze nel DSM per interventi familiari di tipo psicoeducativo
20. Interventi psicoeducativi per pazienti dimessi da SPDC
21. Intensità degli interventi psicoeducativi familiari
22. Presenza del paziente negli interventi psicoeducativi familiari
23. Interventi psicoeducativi unifamiliari e multifamiliari

RACCOMANDAZIONE	4.4.4.6 <i>Gli interventi familiari di tipo psicoeducativo devono essere disponibili per le famiglie delle persone affette da schizofrenia che vivono o sono a stretto contatto con il paziente del servizio</i> LIVELLO DI EVIDENZA A 4.4.4.7 <i>Gli interventi familiari devono essere offerti alle famiglie delle persone affette da schizofrenia che presentano ricadute recenti, o che sono considerate a rischio di ricaduta</i> LIVELLO DI EVIDENZA A 4.4.4.8 <i>Gli interventi familiari devono essere offerti alle famiglie delle persone affette da schizofrenia che presentano sintomi persistenti</i> LIVELLO DI EVIDENZA A
INDICATORE	4.17 Linee guida per gli interventi familiari di tipo psicoeducativo
MISURA	Punteggio di linee guida scritte a seconda che contengano o meno i seguenti elementi: <ul style="list-style-type: none"> • raccomandano l'offerta di interventi familiari psicoeducativi, • specie per famiglie di pazienti che hanno presentato ricadute recenti o che sono

	<p>considerati a rischio di ricaduta o</p> <ul style="list-style-type: none"> • che presentano sintomi psicotici persistenti <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una parte delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono la maggioranza delle raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono la quasi totalità delle raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	4.18 Pratiche nell'utilizzo degli interventi familiari di tipo psicoeducativo per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti
MISURA	Punteggio: 0 = interventi familiari di tipo psicoeducativo non sono utilizzati per pazienti che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti 1 = gli interventi familiari di tipo psicoeducativo sono offerti in meno del 26% di coloro che presentano ricadute recenti o sintomi persistenti 2 = gli interventi familiari di tipo psicoeducativo sono offerti nel 26%-50% dei casi 3 = gli interventi familiari di tipo psicoeducativo sono offerti nel 51% -75% dei casi 4 = gli interventi familiari di tipo psicoeducativo sono offerti a più del 75% dei casi
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
INDICATORE	4.19 Competenze nel DSM per interventi familiari di tipo psicoeducativo
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di operatori in grado di effettuare interventi familiari di tipo psicoeducativo per figura professionale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri)
DENOMINATORE	Numero di operatori in servizio al 31/12 per figura professionale
FONTE	Direzione DSM
INDICATORE	4.20 Interventi psicoeducativi per pazienti dimessi da SPDC
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Pazienti con un ricovero in SPDC nell'anno precedente i cui familiari hanno ricevuto interventi familiari di tipo psicoeducativo
DENOMINATORE	Pazienti con un ricovero in SPDC nell'anno precedente che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo DSM

RACCOMANDAZIONE	4.4.4.9 la durata del programma di intervento familiare deve essere normalmente maggiore di sei mesi e deve prevedere più di 10 sedute di trattamento LIVELLO DI EVIDENZA B
INDICATORE	4.21 Intensità degli interventi psicoeducativi familiari
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti i cui familiari hanno ricevuto interventi psicoeducativi nell'anno precedente, per numero di interventi psicoeducativi nell'anno (1-3; 4-10; >10)
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli) (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Gli interventi psicoeducativi con i familiari per la singola famiglia o per più famiglie presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori; hanno generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i familiari sulla natura, il decorso ed 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. <u>Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia</u>

	<p>che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti.</p> <p>I <u>gruppi di familiari</u> si riuniscono, secondo modalità e periodicità prestabilite, per discutere i problemi che la convivenza con un paziente psichiatrico comporta e le modalità migliori per affrontarli. Le modalità di conduzione di questi gruppi possono ispirarsi a tecniche differenti da quella psicoeducativa.</p> <p><u>Include</u>: interventi informativi e psicoeducativi sia sulla singola famiglia, che con gruppi di familiari; gruppi di familiari non a carattere psicoeducativo.</p> <p><u>Esclude</u>: interventi non strutturati con i familiari (→ colloquio con i familiari), psicoterapie familiari (psicoterapia familiare), psicoterapia di gruppo,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il numeratore per quanto riguarda gli interventi alla famiglia è dato dal numero di nuclei familiari interessati da tale attività; se a un gruppo partecipano più appartenenti alla stessa famiglia questi vengono contati una sola volta • Il denominatore è formato dal numero di pazienti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il DSM e che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli)
--	---

RACCOMANDAZIONE	4.4.4.10 <i>Il paziente del servizio deve essere incluso di norma nelle sedute di intervento familiare, in quanto questo migliora significativamente l'esito; a volte tuttavia ciò non può essere realizzabile</i> LIVELLO DI EVIDENZA B
INDICATORE	4.22 Presenza del paziente negli interventi psicoeducativi familiari
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di interventi psicoeducativi familiari dell'anno precedente in cui il paziente era presente
DENOMINATORE	Totale degli interventi psicoeducativi familiari dell'anno precedente
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM • cartella clinica del DSM

RACCOMANDAZIONE	4.4.4.11 <i>I pazienti e i loro familiari possono preferire interventi familiari singoli piuttosto che interventi di gruppo multifamiliari.</i> LIVELLO DI EVIDENZA A
INDICATORE	4.23 Interventi psicoeducativi unifamiliari e multifamiliari
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di interventi psicoeducativi multifamiliari dell'anno precedente
DENOMINATORE	Totale degli interventi psicoeducativi unifamiliari e multifamiliari dell'anno precedente
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM • cartella clinica del DSM

4.E GLI INTERVENTI FARMACOLOGICI NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

24. Linee guida per il trattamento farmacologico nella prevenzione delle ricadute
25. Opinione rispetto a dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici
26. Pratiche nel trattamento con farmaci antipsicotici
27. Pazienti in trattamento presso il CSM con farmaci antipsicotici
28. Motivazioni della terapia
29. Frequenza di dosaggi ed intervalli di somministrazione dei farmaci secondo raccomandazioni
30. Monitoraggio della terapia

RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.5.1 <i>La scelta del farmaco antipsicotico dovrebbe essere presa congiuntamente dalla persona e dal clinico sulla base di una discussione durante la quale si sono fornite informazioni e si è discusso dei benefici legati all'assunzione del farmaco e del profilo degli effetti collaterali</i> LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2002</p>
INDICATORE	Pratica terapeutica misurate dall'indicatore 3.10
RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.5.2 <i>I farmaci antipsicotici atipici orali dovrebbero essere considerati quali opzioni terapeutiche per i soggetti già in trattamento con farmaci antipsicotici convenzionali che abbiano causato o causino effetti collaterali</i> LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2002</p> <p>4.4.5.3 <i>Nella pratica clinica abituale non è indicato che i soggetti, se hanno raggiunto un buon controllo della loro condizione senza patire effetti collaterali inaccettabili, cambino la terapia in favore di un farmaco antipsicotico atipico orale</i> LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2002</p>
INDICATORE	Pratiche terapeutiche misurate dall'indicatore 3.14
RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.5.4 <i>La terapia antipsicotica dovrebbe essere avviata come parte di un pacchetto completo che risponda ai bisogni clinici, emozionali e sociali della persona, con un monitoraggio continuativo sia dei progressi terapeutici e della tollerabilità del farmaco</i> LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2002</p>
INDICATORE	Pratica terapeutica misurata dall'indicatore 3.11
RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.5.5 <i>Strategie di mantenimento con dosaggi intermittenti e mirati non dovrebbero essere usati abitualmente al posto di un regime con dosaggi costanti</i> LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.4.5.6 <i>I farmaci antipsicotici atipici o convenzionali non dovrebbero essere prescritti simultaneamente, ad eccezione di brevi periodi per coprire il periodo di passaggio da una molecola all'altra</i> LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.4.5.7 <i>Deve essere realizzata una valutazione del rischio rispetto alla intesa raggiunta sulla medicazione da parte del clinico responsabile del trattamento e del team multidisciplinare e le formulazioni dépot dovrebbero essere prescritte in modo appropriato</i> LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.4.5.8 <i>Le formulazioni dépot dovrebbero essere un'opzione terapeutica laddove il paziente esprima una preferenza per questo trattamento, in virtù della sua comodità, o come parte di un piano terapeutico quando evitare la mancata adesione occulta ad un regime terapeutico con farmaci antipsicotici rappresenti una priorità clinica.</i> LIVELLO DI EVIDENZA B</p> <p>4.4.5.9 <i>Per un'ottimale efficacia clinica nella prevenzione delle ricadute, le formulazioni dépot devono essere prescritte ai dosaggi e agli intervalli standard raccomandati</i> LIVELLO DI EVIDENZA A</p> <p>4.4.5.10 <i>La decisione di cominciare un trattamento antipsicotico dépot, dopo che il clinico responsabile del trattamento e il paziente ne abbiano adeguatamente discusso, deve prendere in considerazione le preferenze e l'atteggiamento del paziente nei confronti delle modalità di somministrazione e delle procedure organizzative (ad esempio visite domiciliari e ubicazione della clinica) in relazione alla somministrazione di iniezioni intramuscolari periodiche</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p> <p>4.4.5.11 <i>I dosaggi iniziali devono essere normalmente utilizzati quali indicati dal BNF</i></p>

	<p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP 4.4.5.12 Come per la terapia antipsicotica orale, le persone che ricevono formulazioni <i>dépot</i> devono essere mantenute sotto regolare controllo clinico in modo particolare in relazione ai rischi e ai benefici del regime farmacologici</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p>
INDICATORE	4.24 Linee guida per il trattamento farmacologico nella prevenzione delle ricadute
MISURA	<p>Punteggio di linee guida scritte a seconda che contengano o meno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sconsigliano dosaggi intermittenti di antipsicotici; • sconsigliano la prescrizione simultanea di più antipsicotici; • raccomandano di rivedere periodicamente la terapia <i>dépot</i>; • raccomandano di limitare le prescrizioni <i>dépot</i> ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti; • raccomandano i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> rispettando le indicazioni del prontuario nazionale. <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una parte delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono la maggioranza delle raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono la quasi totalità delle raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	4.25 Opinione rispetto a dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici
MISURA	<p>Punteggio relativo alla percentuale degli psichiatri del DSM che ritiene valido utilizzare abitualmente nelle terapie di mantenimento dosaggi intermittenti dei farmaci antipsicotici</p> <p>0 = più del 75% 1 = dal 51 al 75% 2 = dal 26% al 50% 3 = dal 25% al 10% 4 = nessuno</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> specialistico
INDICATORE	4.26 Pratiche nel trattamento con farmaci antipsicotici <i>dépot</i> *
MISURA	<p>Punteggio a seconda della frequenza di applicazione delle raccomandazioni sulla terapia <i>dépot</i></p> <p>a) La prescrizione di farmaci antipsicotici <i>dépot</i> è riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti</p> <p>0 = solo in pochissimi casi (meno del 10%) la prescrizione di farmaci antipsicotici <i>dépot</i> è riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti 1 = nel 10%-25% dei casi la prescrizione di farmaci antipsicotici <i>dépot</i> è riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti 2 = nel 26%-50% dei casi la prescrizione di farmaci antipsicotici <i>dépot</i> è riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti 3 = nel 51% -75% dei casi la prescrizione di farmaci antipsicotici <i>dépot</i> è riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti 4 = in più del 75% dei casi la prescrizione di farmaci antipsicotici <i>dépot</i> è riservata ai casi di scarsa adesione o di preferenza esplicita dei pazienti</p> <p>b) Le indicazioni del prontuario nazionale per quanto riguarda i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> sono rispettate</p>

	<p>0 = i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> sono rispettati in pochissimi casi (meno del 10%)</p> <p>1 = i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> sono rispettati nel 10%-25% dei casi</p> <p>2 = i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> sono rispettati nel 26%-50% dei casi</p> <p>3.= i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> sono rispettati nel 51% -75% dei casi</p> <p>4 = i dosaggi e gli intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> sono rispettati in più del 75% dei casi.</p> <p>c) Viene attuata una revisione periodica della terapia <i>dépot</i></p> <p>0 = la revisione periodica della terapia <i>dépot</i> è attuata in pochissimi casi (meno del 10%)</p> <p>1 = la revisione periodica della terapia <i>dépot</i> è attuata nel 10%-25% dei casi</p> <p>2 = la revisione periodica della terapia <i>dépot</i> è attuata nel 26%-50% dei casi</p> <p>3.= la revisione periodica della terapia <i>dépot</i> è attuata nel 51% -75% dei casi</p> <p>4 = la revisione periodica della terapia <i>dépot</i> è attuata in più del 75% dei casi.</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group specialistico
NOTE	<p>Gli intervalli e i dosaggi raccomandati sono definiti dal prontuario nazionale</p> <p>* questo indicatore misura anche la raccomandazione 4.4.5. ANTONIO RIGUARDA!</p>
INDICATORE	4.27 Pazienti in trattamento presso il CSM con farmaci antipsicotici <i>dépot</i>
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento presso il CSM con farmaci antipsicotici <i>dépot</i> nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al CSM l'anno precedente (#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM • cartelle cliniche CSM
INDICATORE	4.28 Motivazioni della terapia <i>dépot</i>
MISURA	Percentuale per singola motivazione
NUMERATORE	<p>Numero di pazienti in trattamento attuale presso il CSM con farmaci antipsicotici <i>dépot</i> per motivo principale della prescrizione <i>dépot</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. preferenza da parte del paziente 2. scarsa adesione, 3. altra motivazione rilevabile (rilevare il motivo) 4. nessuna motivazione rilevabile
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento attualmente presso il CSM con farmaci antipsicotici <i>dépot</i>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle cliniche CSM
INDICATORE	4.29 Frequenza di dosaggi ed intervalli di somministrazione dei farmaci <i>dépot</i> secondo raccomandazioni
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti attualmente in terapia <i>dépot</i> secondo dosaggi e intervalli raccomandati
DENOMINATORE	Numero di pazienti attualmente in terapia <i>dépot</i>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cartelle cliniche CSM
NOTE	Gli intervalli e i dosaggi raccomandati sono definiti dal prontuario nazionale
INDICATORE	4.30 Monitoraggio della terapia <i>dépot</i>
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento attualmente presso il CSM con farmaci antipsicotici <i>dépot</i> visti da uno psichiatra negli ultimi 6 mesi
DENOMINATORE	Numero di pazienti attualmente in trattamento presso il CSM con farmaci antipsicotici <i>dépot</i>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • cartella clinica • sistema informativo DSM

4.F SCHIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATTAMENTO

31. Pazienti con più ricoveri
32. Revisione dei casi con più di una crisi nell'anno
33. Definizione condivisa tra gli psichiatri di schizofrenia resistente al trattamento
34. Linee guida per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
35. Trattamenti farmacologici per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
36. Passaggio ad un antipsicotico atipico per i pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale
37. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento
38. Opinione degli psichiatri relativamente all'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina, nei casi in cui la sola clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace

RACCOMANDAZIONE	4.4.5.13 <i>Il primo passo nella gestione clinica della schizofrenia resistente al trattamento consiste nello stabilire che il disturbo non ha risposto ai tentativi con antipsicotici convenzionali adeguati in termini di dosaggio, durata ed adesione. Nella valutazione clinica devono essere considerate altre cause di mancata risposta, quali l'abuso di sostanze e la comorbidità, l'uso concomitante di altre medicine prescritte e la malattia fisica.</i> LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.31 Pazienti con più ricoveri
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti con più di un ricovero in SPDC nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti in carico al DSM l'anno precedente(#)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • sistema informativo DSM
NOTE	Vengono considerati pazienti con ricadute frequenti, i pazienti con più di un ricovero in SPDC nell'ultimo anno. Si noti che la schizofrenia resistente al trattamento è definita da NICE come "assenza di miglioramento clinico soddisfacente nonostante l'uso l'uno dopo l'altro di almeno due antipsicotici alle dosi raccomandate, ciascuno per 6-8 settimane; almeno degli antipsicotici dovrebbe essere un atipico".
INDICATORE	4.32 Revisione dei casi con più di una crisi nell'anno
MISURA	Punteggio relativo alla percentuale di casi che hanno avuto più di una ricaduta negli ultimi 12 mesi e che sono stati oggetto di discussione multidisciplinare per cercare di individuarne le cause e rivedere i programmi: 0 = meno del 10% dei casi 1 = nel 10%-25% dei casi 2 = nel 26%-50% dei casi 3 = nel 51%-75% dei casi 4 = più del 75% dei casi
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group multidisciplinare
NOTE	Vengono considerati pazienti con ricadute frequenti, i pazienti con più di un ricovero in SPDC nell'ultimo anno
INDICATORE	4.33 Definizione condivisa tra gli psichiatri di schizofrenia resistente al trattamento
MISURA	Punteggio: 0 = non vi è una definizione condivisa e quasi tutti gli psichiatri sembrano averne una diversa 1 = meno del 26% degli psichiatri sembra in pratica condividere la stessa 2 = tra il 26% ed il 50% degli psichiatri sembra in pratica condividere la stessa 3 = tra il 50% ed il 75% degli psichiatri sembra in pratica condividere la stessa 4 = più del 75% degli psichiatri sembra condividerla
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group specialistico
NOTE	La schizofrenia resistente al trattamento è definita da NICE come "l'assenza di

	miglioramento clinico soddisfacente nonostante l'uso sequenziale delle dosi raccomandate per 6-8 settimane di almeno due antipsicotici, di cui almeno uno dovrebbe essere un atipico".
--	--

RACCOMANDAZIONE	<p>4.4.5.13 <i>Il primo passo nella gestione clinica della schizofrenia resistente al trattamento consiste nello stabilire che il disturbo non ha risposto ai tentativi con antipsicotici convenzionali adeguati in termini di dosaggio, durata ed adesione. Nella valutazione clinica devono essere considerate altre cause di mancata risposta, quali l'abuso di sostanze e la comorbidità, l'uso concomitante di altre medicine prescritte e la malattia fisica.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p> <p>4.4.5.14 <i>Se i sintomi di schizofrenia non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale, il clinico che li ha prescritti e il paziente potrebbero volere prendere in considerazione l'ipotesi di un antipsicotico atipico, ancora prima che sia posta la diagnosi schizofrenia resistente al trattamento e di avere provato la clozapina.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.4.5.15 <i>Nei soggetti con evidenza di schizofrenia resistente (SRT) al trattamento non appena possibile deve esser introdotta la clozapina.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA NICE 2000</p> <p>4.4.5.17 <i>L'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina può comunque essere presa in considerazione per le persone con schizofrenia resistente al trattamento per le quali l'impiego della sola clozapina non si è dimostrato sufficientemente efficace</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p>
INDICATORE	4.34 Linee guida per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
MISURA	<p>Nel dare il punteggio alle linee guida, considerare se contengono le raccomandazioni suddette:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esistenza di una definizione operativa di schizofrenia resistente (almeno 6 settimane con risposta deludente alla terapia antipsicotica) • se i sintomi di schizofrenia non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale, il clinico che li ha prescritti e il paziente potrebbero volere prendere in considerazione l'ipotesi di un antipsicotico atipico per almeno 6-8 settimane ai dosaggi raccomandati • Nei soggetti con evidenza di schizofrenia resistente (SRT) al trattamento non appena possibile deve esser introdotta la clozapina • L'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina può comunque essere presa in considerazione per le persone con schizofrenia resistente al trattamento per le quali l'impiego della sola clozapina non si è dimostrato sufficientemente efficace <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una parte delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono la maggioranza delle raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono la quasi totalità delle raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	4.35 Trattamenti farmacologici per i pazienti con frequenti ricadute e con schizofrenia resistente al trattamento
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = in meno del 10% dei casi con ricadute frequenti e schizofrenia resistente è proposto il passaggio ad un antipsicotico atipico prima e alla clozapina poi</p> <p>1 = il passaggio ad un antipsicotico atipico prima e alla clozapina poi è proposto nel</p>

	10%-25% dei casi 2 = il passaggio è proposto nel 26% -50% dei casi 3 = il passaggio è proposto nel 51%-75% dei casi 4 = il passaggio è proposto in più del 75% dei casi
FONTE	• Focus group specialistico
INDICATORE	4.36 Passaggio ad un antipsicotico atipico per i pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale
MISURA	Punteggio: 0 = per i pazienti che non rispondono alla terapia antipsicotica convenzionale, è raro (meno del 10% dei casi) che venga iniziato un trattamento con un antipsicotico atipico per almeno 6-8 settimane ai dosaggi raccomandati 1 = nel 10%-25% dei casi viene iniziato il trattamento con un antipsicotico atipico 2 = nel 25%-50% dei casi viene iniziato il trattamento con un antipsicotico atipico 3 = nel 51%-75% dei casi viene iniziato il trattamento con un antipsicotico atipico 4 = in più del 75% dei casi viene iniziato il trattamento con un antipsicotico atipico
FONTE	• Focus group specialistico
INDICATORE	4.37 Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti, con ricadute frequenti o in cui è stata riscontrata resistenza al trattamento, a cui è stata prescritta la clozapina nell'anno precedente
DENOMINATORE	Numero di pazienti con ricadute frequenti o in cui è stata riscontrata resistenza al trattamento nell'anno precedente
FONTE	• cartelle cliniche CSM • sistema informativo DSM
INDICATORE	4.38 Opinione degli psichiatri relativamente all'associazione di un secondo antipsicotico alla clozapina, nei casi in cui la sola clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace
MISURA	Punteggio: 0 = nessuno o quasi tra gli psichiatri (meno del 10%) ritiene utile tale associazione nei casi in cui la sola clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace 1 = il 10%-25% degli psichiatri ritiene utile tale associazione nei casi in cui la sola clozapina non si è dimostrata sufficientemente efficace 2 = il 26%-50% degli psichiatri ritiene utile tale associazione 3 = il 51%-75% degli psichiatri ritiene utile tale associazione 4 = più del 75% degli psichiatri ritiene utile tale associazione
FONTE	• Focus group specialistico

RACCOMANDAZIONE	4.4.5.16 I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere prescritti simultaneamente, ad eccezione di brevi periodi per coprire il periodo di passaggio da una molecola all'altra <i>LIVELLO DI EVIDENZA C</i>
INDICATORE	Pratica terapeutica misurata dall'indicatore 3.16

4.G IL LAVORO

39. Valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative
40. Attività correlate al lavoro promosse dal DSM
41. Pazienti del DSM inseriti in attività correlate al lavoro promosse dal DSM

RACCOMANDAZIONE	4.4.6.1 La persone affette da schizofrenia vivono difficoltà considerevoli nel trovare un impiego e possono rimanere disoccupate per lunghi periodi. La valutazione deve comprendere lo status e le potenzialità lavorative. Ciò deve essere registrato nella cartella e nei programmi terapeutici
-----------------	--

	LIVELLO DI EVIDENZA GPP
INDICATORE	4.39 Valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative
MISURA	Punteggio: considerare la percentuale di pazienti in carico disoccupati in età lavorativa (18-55 anni), per cui è stata effettuata una valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative negli ultimi 12 mesi 0 = meno del 10% dei casi 1 = nel 10%-25% dei casi 2 = nel 26%-50% dei casi 3 = nel 51%-75% dei casi 4 = in più del 75% dei casi
FONTE	• <i>Focus group</i> multidisciplinare
NOTE	La valutazione delle motivazioni e delle attitudini lavorative può essere condotta attraverso riunioni sul caso, colloqui con l'assistente sociale o altre figure professionali e deve risultare nella documentazione clinica

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.6.2 I programmi di impiego assistito dovrebbero essere offerti alle persone con schizofrenia che desiderino tornare a lavorare o siano in cerca di una occupazione. Questa tuttavia non dovrebbe costituire l'unica attività, correlata al lavoro, offerta ai soggetti che non sono in grado di lavorare o abbiano fatto dei tentativi infruttuosi di trovare un impiego.</i> LIVELLO DI EVIDENZA C
INDICATORE	4.40 Attività correlate al lavoro promosse dal DSM
DEFINIZIONE DELL'INDICATORE	Attività promosse dal DSM in campo lavorativo
MISURA	1. attività di formazione ed avviamento lavorativo erogate da strutture del DSM (SI, NO) 2. attività di formazione ed avviamento lavorativo erogate da strutture socio-sanitarie non appartenenti al DSM (SI, NO) 3. borse lavoro ("formazione in azienda") (SI, NO) 4. inserimento dei pazienti come soci in cooperative di tipo b (SI, NO) 5. inserimento in aziende competitive (SI, NO)
FONTE	• <i>Focus group</i> multidisciplinare
INDICATORE	4.41 Pazienti del DSM inseriti in attività correlate al lavoro promosse dal DSM
MISURA	Percentuale per tipo di attività promossa dal DSM: 1. pazienti inseriti in strutture del DSM che svolgono attività di formazione ed avviamento lavorativo 2. pazienti inseriti in strutture socio-sanitarie non appartenenti al DSM che svolgono attività di formazione ed avviamento lavorativo 3. pazienti inseriti con borse lavoro ("formazione in azienda") 4. pazienti inseriti come soci in cooperative di tipo b 5. pazienti inseriti in aziende competitive
NUMERATORE	Numero di pazienti non occupati in età compresa tra i 18 e i 55 anni inseriti nell'anno precedente in attività correlate al lavoro per tipo di attività
DENOMINATORE	Numero di pazienti non occupati in età compresa tra i 18 e i 55 anni in carico al DSM nell'anno precedente
FONTE	• cartelle CSM • sistema informativo DSM
NOTE	* <i>questo indicatore misura anche la raccomandazione 4.4.6.3</i>

RACCOMANDAZIONE	<i>4.4.6.3. I servizi di salute mentale, in collaborazione con le agenzie dell'assistenza sociale e le istituzioni, devono mettere le persone nella condizione di accedere alle opportunità lavorative e locali, con programmi occupazionali adeguati ai differenti bisogni e livelli di abilità delle persone con gravi problemi di salute mentale</i>
------------------------	---

	<i>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</i>
INDICATORE	Pratica misurata dall'indicatore 4.41

5. L'URGENZA : LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI E LA SEDAZIONE RAPIDA

1. Fattori ambientali che favoriscono la comparsa di aggressività
2. Formazione per la sedazione rapida
3. Formazione degli operatori per la prevenzione e la gestione comportamenti violenti
4. Procedure per la prevenzione e la gestione dei comportamenti violenti
5. Pratiche per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti in SPDC
6. Conoscenza dei rischi della sedazione rapida da parte degli operatori del SPDC
7. Formazione sulla cause di agitazione psicomotoria
8. Linee guida farmacologiche per la sedazione rapida
9. Pratiche relative alla sedazione rapida
10. Procedure per l'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida
11. Pratiche nell'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida
12. Presenza in SPDC di equipaggiamento rianimatorio e di flumazenil
13. Discussione dell'esperienza della sedazione rapida con il paziente

Nota. Questa sezione contiene gli indicatori per tutte le raccomandazioni contenute nelle "linee-guida per la Schizofrenia NICE" ad eccezione della raccomandazione 4.5.4.8 relativa all'utilità da parte del paziente di un resoconto sulla cartella clinica della propria esperienza di sedazione rapida, perché ritenuta non applicabile nei servizi italiani,

RACCOMANDAZIONE	<i>4.5.1.1 Gli operatori sanitari devono identificare e prendere i provvedimenti necessari per ridurre al minimo i fattori sociali ed ambientali che potrebbero aumentare la probabilità di violenze ed aggressioni nel corso di un episodio, in particolare durante i periodi di ricovero.</i> LIVELLO DI EVIDENZA C
INDICATORE	5.1 fattori ambientali che favoriscono la comparsa di aggressività
MISURA	Presenza negli ultimi tre anni di almeno una sessione di incontro o formazione della durata di almeno 8 ore in cui l'equipe del Servizio ha discusso dei fattori ambientali che possono favorire la comparsa di aggressività in reparto (SI', NO)
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM

RACCOMANDAZIONE	<i>4.5.2.1 Lo staff che utilizza la sedazione rapida deve avere ricevuto una formazione adeguata riguardo la valutazione e la gestione dei pazienti dei servizi in questo specifico contesto.</i>
INDICATORE	5.2 Formazione per la sedazione rapida
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di operatori del SPDC che hanno ricevuto almeno 8 ore di formazione negli ultimi tre anni relativamente agli obiettivi, i rischi e le procedure della sedazione rapida
DENOMINATORE	Numero di operatori in servizio al 31/12
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Formazione ASL • Direzione DSM
NOTE	Questo indicatore fornisce anche una misurazione della raccomandazione 4.5.3.2 relativa alla necessità da parte degli operatori di conoscere le proprietà delle benzodiazepine e degli antipsicotici

RACCOMANDAZIONE	<i>4.5.3.1 Lo staff necessita di una formazione per prevenire possibili comportamenti violenti e per applicare tecniche di de-escalation alla situazione non appena possibile.</i> LIVELLO DI EVIDENZA C <i>4.5.3.2 La formazione all'utilizzo ed ai pericoli della sedazione rapida è essenziale quanto quella riguardo alle tecniche di de-escalation ed al ricorso</i>
------------------------	--

	<i>all'isolamento</i> (LIVELLO DI EVIDENZA C)
INDICATORE	5.3 Formazione degli operatori per la prevenzione e la gestione dei comportamenti violenti
MISURA	Percentuale per figura professionale
NUMERATORE	Numero di operatori del SPDC che hanno ricevuto almeno 8 ore di formazione negli ultimi tre anni relativamente alle modalità di gestione dei comportamenti violenti
DENOMINATORE	Numero di operatori in servizio al SPDC al 31/12 per figura professionale
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Formazione ASL • Direzione DSM
INDICATORE	5.4 Procedure per la prevenzione e la gestione dei comportamenti violenti
DEFINIZIONE DELL'INDICATORE	Esistenza di procedure scritte per prevenire e per gestire comportamenti violenti
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = non esistono procedure scritte per prevenire e per gestire comportamenti violenti</p> <p>1 = non esistono procedure scritte, ma vi è un progetto in corso per arrivare a elaborarli;</p> <p>2 = esistono procedure scritte ma sono generiche</p> <p>3 = esistono procedure scritte, sono dettagliate (nel senso che vengono identificati ruoli e responsabilità), ma non sono conosciute dagli operatori che lavorano nelle strutture più a rischio di comportamenti violenti</p> <p>4 = esistono procedure scritte, sono dettagliate (nel senso che vengono identificati ruoli e responsabilità) e sono conosciute dagli operatori che lavorano nelle strutture più a rischio di comportamenti violenti</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	5.5 Pratiche per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti in SPDC
DEFINIZIONE DELL'INDICATORE	Pratiche nella routine clinica del SPDC per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = non c'è nulla, o quasi, di organizzato: nella pratica quotidiana la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti nella pratica quotidiana è affidata solo al comportamento dei singoli operatori</p> <p>1 = nell'ultimo anno vi sono stati occasionali momenti di confronto tra gli operatori sulla gestione dei comportamenti violenti, ma non vengono messi in atto interventi specifici per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti</p> <p>2 = periodicamente gli operatori discutono della gestione dei comportamenti violenti all'interno di momenti organizzati di discussione {ad esempio riunioni incentrate sulla gestione clinica dei casi}, ma raramente vengono messi in atto interventi specifici per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti</p> <p>3 = periodicamente gli operatori discutono della gestione dei comportamenti violenti all'interno di momenti organizzati di discussione {ad esempio riunioni incentrate sulla gestione clinica dei casi} e in meno della metà dei casi vengono messi in atto interventi specifici per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti</p> <p>4 = periodicamente gli operatori discutono della gestione dei comportamenti violenti all'interno di momenti organizzati di discussione {ad esempio riunioni incentrate sulla gestione clinica dei casi} e nella maggior parte delle situazioni vengono messi in atto interventi specifici per la prevenzione e gestione dei comportamenti violenti</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare

RACCOMANDAZIONE	<p>4.5.3.3 In modo specifico gli operatori devono essere in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riconoscere il rischio associato alla sedazione rapida, • conoscere gli effetti cardiovascolari di una somministrazione acuta di farmaci, • riconoscere l'importanza dell'assistenza infermieristica, • avere familiarità con l'equipaggiamento rianimatorio , • effettuare un aggiornamento annuale sulle tecniche di rianimazione, • comprendere l'importanza di mantenere le vie respiratorie pervie. <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p>
INDICATORE	5.6 Conoscenza dei rischi della sedazione rapida da parte degli operatori del SPDC
MISURA	Percentuale per figura professionale
NUMERATORE	Numero di operatori del SPDC che dichiarano di conoscere in modo sufficiente i rischi principali della sedazione rapida per figura professionale
DENOMINATORE	Operatori in servizio al SPDC al 31/12 per figura professionale
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group multidisciplinare
NOTE	<p>Il focus group dovrebbe affrontare indicativamente i seguenti temi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. conoscere gli effetti cardiovascolari di una somministrazione acuta di farmaci, 2. riconoscere l'importanza dell'assistenza infermieristica, 3. avere familiarità con l'equipaggiamento rianimatorio , 4. effettuare un aggiornamento annuale sulle tecniche di rianimazione, 5. comprendere l'importanza di mantenere le vie respiratorie pervie.

RACCOMANDAZIONE	<p>4.5.4.1 Lo psichiatra ed il team multidisciplinare devono realizzare non appena possibile una valutazione completa che includa un'attenta diagnosi differenziale tra patologie psichiatriche e mediche</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p>
INDICATORE	5.7 Formazione sulle cause di agitazione psicomotoria
MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di psichiatri che hanno ricevuto almeno 8 ore di formazione negli ultimi cinque anni relativamente alla diagnosi differenziale tra patologie mediche e psichiatriche cause di agitazione
DENOMINATORE	Numero di psichiatri che prestano servizio presso SPDC al 31/12
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Formazione ASL • Direzione DSM
NOTE	Sono compresi nel denominatore sia gli psichiatri che hanno come sede di lavoro prevalente il SPDC sia coloro che prestano solo attività di guardia.

RACCOMANDAZIONE	<p>4.5.4.6 Il comportamento violento può esser gestito senza la prescrizione di inusuali ed elevate dosi o di "cocktail farmacologici". Dovrebbe essere utilizzata la minima dose efficace.</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.5.5.1 la somministrazione orale deve essere offerta prima di quella parenterale</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.5.5.2 Nel caso si rilevi necessario un trattamento parenterale è preferibile dal punto di vista della sicurezza , la via intramuscolare a quella endovenosa. La somministrazione endovenosa dovrebbe essere riservata a circostanze eccezionali</p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.5.6.1 Le preparazioni intramuscolari in cui utilizzo è raccomandato nella sedazione</p>
------------------------	--

	<p><i>rapida sono il lorazepam , aloperidolo e olanzapina</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p><i>4.5.6.2 Quando è richiesta urgentemente una sedazione rapida deve essere presa in considerazione un'associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. .</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p><i>4.5.6.3 Il diazepam per via i.m .non è indicato per il controllo farmacologico dei disturbi comportamentali nelle persone affette da schizofrenia</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p><i>4.5.6.4 La clorpromazina per via i.m. non è indicata per il controllo farmacologico dei disturbi comportamentali nelle persone affette da schizofrenia</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p><i>4.5.6.5 Quando si utilizza l'aloferidolo per i.m. come mezzo di controllo comportamentale, dovrebbe essere somministrato anche un farmaco anticolinergico per ridurre il rischio di distonie e di altri effetti collaterali extrapiramidali.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p>
INDICATORE	5.8 Linee guida farmacologiche per la sedazione rapida
MISURA	<p>Punteggio delle linee guida sulla sedazione rapida a seconda che contengano o meno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diano preferenza alla somministrazione di farmaci per via orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa, • sconsiglino i cocktail litici, il diazepam e la clorpromazina, • raccomandino per la sedazione per via intramuscolare siano impiegati lorazepam, aloperidolo e olanzapina, • raccomandino in caso di urgenza l' associazione di aloperidolo e lorazepam IM, • raccomandino che all'aloferidolo sia associato un anticolinergico <p>0 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema 1 = non sono state adottate dal DSM linee guida specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le linee guida adottate dal DSM sono generiche e contengono solo una parte delle raccomandazioni 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono la maggioranza delle raccomandazioni 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono la quasi totalità delle raccomandazioni</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione DSM
INDICATORE	5.9 Pratiche relative alla sedazione rapida
MISURA	<p>Punteggio a seconda della frequenza di applicazione delle raccomandazioni sulla sedazione rapida</p> <p>a) preferenza alla somministrazione di farmaci per via orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa. :</p> <p>0 = per la sedazione si dà preferenza alla somministrazione di farmaci per via orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa in meno del 10% dei casi 1 = per la sedazione si dà preferenza alla somministrazione di farmaci per via orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa nel 10%-25% dei casi 2 = per la sedazione si dà preferenza alla somministrazione di farmaci per via orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa nel 26%-50% dei casi 3.= per la sedazione si dà preferenza alla somministrazione di farmaci per via</p>

	<p>orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa nel 51% -75% dei casi 4 = per la sedazione si dà preferenza alla somministrazione di farmaci per via orale e, in subordine, per via intramuscolare rispetto a quella endovenosa in più del 75% dei casi.</p> <p>b) Evitare l' utilizzo di cocktail litici, diazepam e clorpromazina, 0 = la raccomandazione non è mai rispettata o è rispettata in pochissimi casi (meno del 10%) 1 = la raccomandazione è rispettata nel 10%-25% dei casi 2 = la raccomandazione è rispettata nel 26%-50% dei casi 3.= la raccomandazione è rispettata nel 51% -75% dei casi 4 = la raccomandazione è rispettata in più del 75% dei casi.</p> <p>c) utilizzo per la sedazione per via intramuscolare di lorazepam, aloperidolo e olanzapina, 0 = per la sedazione i.m. si utilizzano preferibilmente lorazepam, aloperidolo e olanzapina, in meno del 10% dei casi 1 = per la sedazione i.m. si utilizzano preferibilmente lorazepam, aloperidolo e olanzapina nel 10%-25% dei casi 2 = per la sedazione i.m. si utilizzano preferibilmente lorazepam, aloperidolo e olanzapina nel 26%-50% dei casi 3.= per la sedazione i.m. si utilizzano preferibilmente lorazepam, aloperidolo e olanzapina nel 51% -75% dei casi 4 = per la sedazione i.m. si utilizzano preferibilmente lorazepam, aloperidolo e olanzapina in più del 75% dei casi.</p> <p>d) in caso di urgenza utilizzo dell' associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. 0 = in caso di urgenza si utilizza preferibilmente l' associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. in meno del 10% dei casi 1 = in caso di urgenza si utilizza preferibilmente l' associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. nel 10%-25% dei casi 2 = in caso di urgenza si utilizza preferibilmente l' associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. nel 26%-50% dei casi 3.= in caso di urgenza si utilizza preferibilmente l' associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. nel 51% -75% dei casi 4 = in caso di urgenza si utilizza preferibilmente l' associazione di aloperidolo e lorazepam i.m. in più del 75% dei casi.</p> <p>e) nel caso di somministrazione i.m. di aloperidolo, l' aloperidolo deve essere associato con un anticolinergico 0 = l' anticolinergico è associato all' aloperidolo i.m. in meno del 10% dei casi 1 = l' anticolinergico è associato all' aloperidolo i.m. nel 10%-25% dei casi 2 = l' anticolinergico è associato all' aloperidolo i.m. nel 26%-50% dei casi 3.= l' anticolinergico è associato all' aloperidolo i.m. nel 51% -75% dei casi 4 = l' anticolinergico è associato all' aloperidolo i.m. in più del 75% dei casi.</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group specialistico

<p>RACCOMANDAZIONE</p>	<p>4.5.4.3 Dove è utilizzata la sedazione rapida devono essere disponibili e facilmente accessibili l' equipaggiamento rianimatorio e i farmaci, incluso il flumazenil LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.5.4.4 I pazienti dei servizi che sono pesantemente sedati o fanno uso di sostanze illecite o d' alcool non devono essere isolati a causa del rischio della vita LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.5.4.5 Se un paziente viene isolato devono essere prese in seria considerazione le potenziali complicazioni della sedazione rapida LIVELLO DI EVIDENZA C</p>
-------------------------------	--

	<p>4.5.4.7 <i>Data la crescente consapevolezza che le procedure coercitive producono reazioni traumatiche in chi le riceve, dopo che è stata praticata una sedazione rapida, deve essere offerta ai pazienti del servizio l'opportunità di discutere della loro esperienza e deve essere fornita una chiara spiegazione riguardo alla decisione di utilizzare una sedazione in urgenza. Questo deve essere documentato sulle cartelle cliniche</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA GPP</p> <p>4.5.5.3 <i>Dopo che è stato somministrato un trattamento parenterale devono essere monitorati i parametri vitali. Devono essere registrate ad intervalli regolari (concordati dai team multidisciplinare) la PA, le pulsazioni, la temperatura e la frequenza respiratoria sino a quando il paziente non si riattivi. Se il paziente sembra o è addormentato è richiesto un monitoraggio più intensivo.</i></p> <p>LIVELLO DI EVIDENZA C</p> <p>4.5.4.2 <i>I farmaci per la sedazione rapida, specialmente in caso di contenzione fisica devono essere utilizzati con precauzione a causa dei rischi di perdita di coscienza, eccessiva sedazione, possibile danno all'alleanza terapeutica, ecc</i></p> <p>(LIVELLO DI EVIDENZA C)</p>
INDICATORE	5.10 Procedure per l'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida
MISURA	<p>Punteggio delle procedure per l'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida a seconda che contengano o meno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il paziente deve essere monitorato durante la sedazione con rilevazione periodica frequente dei parametri e segni vitali: devono essere registrate ad intervalli regolari (concordati dai team multidisciplinare) la PA, le pulsazioni, la temperatura e la frequenza respiratoria sino a quando il paziente non si riattivi. • raccomandino la rilevazione periodica frequente dei segni vitali durante la sedazione e raccomandino i rimedi degli eventuali effetti collaterali. • se il paziente sembra o è addormentato è richiesto un monitoraggio più intensivo. • devono essere disponibili e facilmente accessibili l'equipaggiamento rianimatorio e i farmaci, incluso il flumazenil • i pazienti dei servizi che sono pesantemente sedati o fanno uso di sostanze illecite o d'alcool non devono essere isolati a causa del rischio della vita • dopo che è stata praticata una sedazione rapida, deve essere offerta ai pazienti del servizio l'opportunità di discutere della loro esperienza e deve essere fornita una chiara spiegazione riguardo alla decisione di utilizzare una sedazione in urgenza. <p>0 = non sono state adottate dal DSM procedure specifiche per l'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida 1 = non sono state adottate dal DSM procedure specifiche su questo tema, ma esiste il progetto di adottarle 2 = le procedure adottate dal DSM sono generiche e contengono solo uno degli elementi suddette 3 = le linee guida adottate dal DSM contengono solo 2 o 3 degli elementi suddetti 4 = le linee guida adottate dal DSM contengono almeno 4 degli elementi suddetti</p>
FONTE	• Direzione DSM
INDICATORE	5.11 Pratiche nell'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida
MISURA	<p>Punteggio a seconda della frequenza di applicazione delle raccomandazioni nell'assistenza al paziente che ha ricevuto sedazione rapida</p> <p>a) rilevazione periodica frequente dei parametri e segni vitali durante la sedazione: devono essere registrate ad intervalli regolari (concordati dai team multidisciplinare) la PA, le pulsazioni, la temperatura e la frequenza respiratoria</p>

	<p>sino a quando il paziente non si riattivi</p> <p>0 = la rilevazione frequente dei parametri e segni vitali durante la sedazione è effettuata in meno del 10% dei casi</p> <p>1 = la rilevazione frequente dei parametri e segni vitali durante la sedazione è effettuata nel 10%-25% dei casi</p> <p>2 = la rilevazione frequente dei parametri e segni vitali durante la sedazione è effettuata 26%-50% dei casi</p> <p>3.= la rilevazione frequente dei parametri e segni vitali durante la sedazione è effettuata nel 51% -75% dei casi</p> <p>4 = la rilevazione frequente dei parametri e segni vitali durante la sedazione è effettuata in più del 75% dei casi.</p> <p>b) Se il paziente sembra o è addormentato è richiesto un monitoraggio più intensivo</p> <p>0 = se il paziente è addormentato, il monitoraggio è effettuato in modo più intensivo in meno del 10% dei casi</p> <p>1 = se il paziente è addormentato, il monitoraggio è effettuato in modo più intensivo nel 10%-25% dei casi</p> <p>2 = se il paziente è addormentato, il monitoraggio è effettuato in modo più intensivo nel 26%-50% dei casi</p> <p>3.= se il paziente è addormentato, il monitoraggio è effettuato in modo più se il paziente è addormentato, il monitoraggio è effettuato in modo più intensivo in più del 75% dei casi.</p> <p>c) I pazienti dei servizi che sono pesantemente sedati o fanno uso di sostanze illecite o d'alcool non devono essere isolati a causa del rischio della vita</p> <p>0 = la raccomandazione non è mai rispettata o è rispettata in pochissimi casi (meno del 10%)</p> <p>1 = la raccomandazione è rispettata nel 10%-25% dei casi</p> <p>2 = la raccomandazione è rispettata nel 26%-50% dei casi</p> <p>3.= la raccomandazione è rispettata nel 51% -75% dei c asi</p> <p>4 = la raccomandazione è rispettata in più del 75% dei casi.</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
INDICATORE	5.12 Presenza in SPDC di equipaggiamento rianimatorio e di flumazenil
MISURA	<p>Punteggio</p> <p>0 = non è disponibile in reparto né equipaggiamento rianimatorio né flumazenil</p> <p>1 = l'equipaggiamento rianimatorio e il flumazenil sono disponibili in reparto, ma il personale non ne è a conoscenza o non è in grado di utilizzarli</p> <p>2 = l'equipaggiamento rianimatorio e il flumazenil sono disponibili in reparto, ma solo una minoranza del personale è in grado di utilizzarli</p> <p>3 = l'equipaggiamento rianimatorio e il flumazenil sono disponibili in reparto e la maggioranza del personale è in grado di utilizzarli</p> <p>4 = l'equipaggiamento rianimatorio e il flumazenil sono disponibili in reparto, la maggioranza del personale è in grado di utilizzarli ed è stata effettuata una esercitazione nell'ultimo anno</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare
INDICATORE	5.13 Discussione dell'esperienza della sedazione rapida con il paziente
MISURA	<p>Punteggio:</p> <p>0 = nei casi di sedazione rapida in meno del 10% dei casi viene offerta al paziente l'opportunità di discutere della propria esperienza</p> <p>1 = nel 10-25% % dei casi di sedazione rapida viene offerta al paziente l'opportunità di discutere della propria esperienza</p> <p>2 = nel 26%-50% dei casi di sedazione rapida viene offerta al paziente l'opportunità di discutere della propria esperienza</p> <p>3 = nel 51%-75% dei casi viene offerta al paziente l'opportunità di discutere della propria esperienza</p> <p>4 = in più del 75% dei casi di sedazione rapida viene offerta al paziente l'opportunità di discutere della propria esperienza</p>
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> multidisciplinare

