



Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda

E



**RELAZIONE SCIENTIFICA
E RENDICONTO ECONOMICO**

La individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi.
Un approccio preventivo alla schizofrenia.

INDICE

Relazione scientifica	pag. 4
<i>Dedica</i>	pag. 4
Premessa alla lettura della Relazione	pag. 5
Razionale del Progetto, sviluppo dello stesso e soluzioni proposte, modello organizzativo, obiettivi e criticità	pag. 5
Bibliografia essenziale	pag. 10
Svolgimento del lavoro.	Pag. 11
Attività svolte, tabelle di confronto tra programma e realizzazioni e relativi cronogrammi	pag. 11
Commento	pag.17
• L'impatto sull'organizzazione dei Servizi	pag. 17
• La casistica	pag. 21
Osservazioni Conclusive	pag. 27
Rendiconto economico	pag.27

Allegati alla relazione

- Protocollo operativo pag. 35
- Scheda paziente pag. 37
- Questionario per la descrizione dei Servizi
coinvolti nel Progetto pag. 47
- Frontespizio documento illustrativo e operativo
Piattaforma Informatica pag. 57
- Relazioni aggiuntive di due singole Unità Operative pag. 58

Relazione scientifica

La individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi.
Un approccio preventivo alla schizofrenia.

*Tutti i partecipanti desiderano dedicare
questo loro lavoro di Intervento/Ricerca, questa relazione e i risultati dello studio,
alla memoria di Piero Morosini
che, oltre ad essere stato per molti decenni un esemplare riferimento scientifico ed
umano per gli operatori della Salute Mentale, ci ha ispirato riconoscendolo come
guida ideale sia per il suo rigore che per la sua capacità di guardare lontano oltre
la quotidianità e di individuare e delineare scenari di lavoro innovativi.*

Premessa alla lettura della presente Relazione.

La presente relazione scientifica riprende testualmente alcuni degli aspetti generali riguardanti il razionale della ricerca e quanto riportato nelle undici Relazioni trimestrali, che non vengono allegate. Descrive inoltre le attività svolte, gli obiettivi raggiunti e i primi risultati, che verranno ulteriormente e approfonditamente elaborati e analizzati a partire dal 1 gennaio 2010.

Il lavoro descritto copre l'arco di tempo che va dalla fine del marzo 2007 alla fine del dicembre 2009.

Razionale del Progetto, sviluppo dello stesso e soluzioni proposte, modello organizzativo, obiettivi e criticità

La ricerca e la pratica clinica più innovative stanno evidenziando una area di bisogno rappresentata dalle esigenze di persone giovani nelle fasi iniziali delle psicosi schizofreniche (esordio o alto rischio), che in mancanza di un'individuazione tempestiva e di un intervento multidimensionale specifico e mirato possono scivolare verso un aggravamento della patologia e della conseguente disabilità e verso una irreversibile compromissione della possibilità di realizzare un soddisfacente progetto esistenziale (scuola, lavoro, tempo libero, relazioni amicali ed affettive).

Spiegazioni plausibili. I disturbi psicotici colpiscono prevalentemente nel periodo intercorrente fra la tarda adolescenza e la prima età adulta (fra i 16 ed i 34 anni), periodo cruciale ai fini della costituzione della propria identità e del proprio ruolo sociale. Diverse ricerche, che hanno ormai un valore storico, dimostrano come le psicosi schizofreniche e le sindromi correlate siano caratterizzate, fin dalle loro fasi iniziali, da una progressione di sintomi e da multiple disabilità di natura sociale che durante il decorso della malattia si aggravano ulteriormente, alimentando il circolo vizioso Sintoma/Disabilità. Inoltre è riportato che nel 73% dei casi il primo episodio psicotico è preceduto da un periodo – mediamente da 2 a 4 anni- in cui è possibile scorgere alcuni segnali di disagio e di difficoltà prima che si evidenzino in modo clamoroso i sintomi psicotici (Häfner et al.,1995; Häfner et al.,1999).

Le manifestazioni prodromiche e l'esordio psicotico si collocano quindi in un'area di confine tra processi maturazionali normali e patologia, tra rischi e sintomi, tra le prime ambigue manifestazioni e difficoltà e un deterioramento stabilizzato, area da sempre trascurata nelle procedure standard dei Servizi Psichiatrici, storicamente, organizzativamente e dottrinalmente orientati verso le patologie conclamate, stabilizzate o croniche.

Si tratta anche di un'area condizionata da radicati e diffusi pregiudizi e da vincoli legati allo stigma che accompagna la malattia psicotica, dagli scarsi collegamenti organici tra i diversi ambiti della Sanità pubblica (medicina generale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sportelli ed Agenzie rivolte ai giovani, ecc.) e, infine, dalla carenza, almeno fino a una decina di anni addietro, di convincenti ricerche riguardanti le modalità di esordio delle psicosi.

Sviluppo e Soluzioni proposte

Come è sottolineato dalle più recenti linee guida sulla schizofrenia (NICE, 2002; Royal Australian guidelines, 2005), **l'intervento precoce**, può non solo a ritardare l'esordio dei quadri psicotici, moderarne la gravità e contrastarne le conseguenze biologiche, psicologiche e sociali, ma avere anche un ruolo cruciale per ostacolare il deterioramento nel funzionamento sociale, già nella fase in cui la psicosi non è ancora manifesta.

L'organizzazione dei Servizi Psichiatrici in Italia (territorialità, presa in carico globale, lavoro in équipe, orientamento sociale e comunitario) costituisce una base fortemente facilitante per l'avvio e lo sviluppo di programmi specifici di individuazione e intervento precoce nelle psicosi. Ne consegue che il progetto proposto può essere portato avanti anche dopo la scadenza del periodo descritto nella presente progettazione e può rientrare nelle pratiche dei Dipartimenti sotto forma di una specifica e mirata funzione orientata alla prevenzione.

Esperienze cliniche, dati ed evidenze, riassunti nelle più recenti metanalisi e linee guida sulla schizofrenia (e, tra esse, quelle del Sistema Nazionale Linee Guida; ISS, novembre 2007) si sono raccolti intorno ad alcune affermazioni che possiamo considerare alla base di questo auspicato e decisivo cambiamento degli atteggiamenti di alcuni operatori e, di conseguenza, delle metodiche cliniche e di organizzazione dei Servizi.

Quanto sopra richiamato può far ritenere ovvio un progressivo transito, nelle pratiche cliniche, dall'orientamento tradizionale dei Servizi centrato sulle patologie conclamate e stabilizzate ad un orientamento operativo diverso, attento alle prime manifestazioni comprese quelle prodromiche, attivo e scientificamente orientato, sicuramente più efficace e più consono alle necessità dei giovani malati e delle loro famiglie.

In realtà ciò non è così immediato perché richiederebbe un profondo cambiamento nei paradigmi formativi ed operativi della Psichiatria e della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, segnando il passaggio, da parte degli operatori, dalla rilevazione e cura della malattia conclamata, definita da sintomi e segni descritti ormai più di cento anni addietro, alla individuazione di manifestazioni più sottili e a volte poco distinguibili che preannunciano la possibile evoluzione verso una patologia e una disabilità, difficilmente superabile quando instauratasi.

In tale processo sono coinvolti problemi di formazione, dottrinali, scientifici, di organizzazione dei Servizi e di etica di grande impatto.

Non è così immediato anche perché le conoscenze scientifiche attuali sul tema dell'individuazione precoce e sull'altrettanto tempestivo trattamento degli esordi psicotici non sono così univoche e definitive da "costringere" gli operatori e gli amministratori a modificare pratiche stabilizzate.

L'inerzia al cambiamento urta anche, nella attuale situazione italiana, con la convinzione, largamente intrisa di ideologia, che il sistema di cure vigenti sia "perfetto" nelle sue linee di indirizzo e non necessiti di manutenzione.

Il Governo inglese, sensibile anche agli aspetti di economia sanitaria, negli anni che vanno dal 2000 al 2004, ritenendo i dati scientifici disponibili sufficientemente convincenti, ha disposto con atto legislativo la riorganizzazione dei Servizi, centrandoli su tre punti, uno dei quali è l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi.

Nel mondo vi sono altri esempi analoghi, su scala più ridotta, che riguardano interi Paesi (Singapore), regioni o province (Paesi nordici europei, Canada, Australia, Nuova Zelanda), o singoli programmi locali, clinici e di ricerca (Danimarca, Olanda, Germania, Spagna, Stati Uniti, Giappone, ecc).

Va inoltre fatto un doveroso richiamo agli aspetti di economia sanitaria e di uso razionale ed efficace delle risorse. In Lombardia, ad esempio, circa il 60% delle risorse dedicate alla Salute Mentale sono assorbite dalla diagnosi di schizofrenia, che costituisce il 23% di tutte le diagnosi – dato DGS, 2004-; inoltre la quota maggiore di tali risorse è assorbita dalle fasce di età superiori ai trentacinque anni, dapprima per attività di ricovero, di semiresidenzialità e ambulatoriali e, nelle fasce di età più elevate sopra i 45 anni, prevalentemente per attività residenziali: si impegnano, cioè, risorse in maggior quantità quando la patologia si è già instaurata e ha dato luogo a fenomeni di cronicità.

I due ultimi Congressi, il quinto e il sesto, della International Early Psychosis Association (IEPA), tenutisi rispettivamente a Birmingham nell'ottobre 2006 e a Melbourne nell'ottobre 2008, con la partecipazione dei clinici e dei ricercatori del massimo livello mondiale, hanno segnato una svolta importante sia sotto il profilo clinico che della ricerca.

In tali occasioni sono stati presentati dati e prospettive che provengono dalle ricerche genetiche, neurobiologiche, epidemiologiche e cliniche ma è emerso anche come sia più che mai necessario proseguire negli studi in corso per dare alle conoscenze attuali quello spessore scientifico che renderà inavviabile un cambiamento di rotta nel campo del riconoscimento, della cura e della prevenzione di una malattia che è causa di tante sofferenze nel paziente, nella famiglia, nel contesto sociale (anche con veri e propri fenomeni di allarme) e che assorbe una rilevante fetta di risorse (costi diretti) e determina enormi costi indiretti e intangibili.

Il Primo Congresso Nazionale dell'AIPP (Associazione Italiana Individuazione e Intervento Precoce nelle Psicosi) tenutosi a Milano nel novembre del 2006, per l'inaspettata, vasta e attiva partecipazione di operatori provenienti da tutta Italia, ha dimostrato l'esistenza di un terreno maturo anche nel nostro Paese ad affrontare in modo innovativo il tema della precocità dell'individuazione e dell'intervento clinico nelle psicosi.

Ciò è stato confermato dalla grande partecipazione alle ripetute iniziative formative e informative svolte dall'AIPP e in particolare dal II° Congresso Nazionale, tenutosi a Genova nel novembre del 2009.

Infine il tema è diventato via via sempre più presente nei Congressi Nazionali delle principali Società scientifiche italiane (SIP, SOPSI, SIEP, ecc.) ed è stato oggetto di 36 Corsi di informazione e di formazione richiesti agli Operatori del Programma 2000. E' stato oggetto di una Ricerca Finalizzata affidata alla Regione Lombardia (2005) ed è oggetto di una imponente e rigorosa Ricerca Strategica affidata alla Regione Veneto (2007).

Le attività previste si ispirano all'esperienza del "Programma 2000", programma di individuazione e intervento precoce all'esordio di patologie mentali, che, dopo un iter burocratico e di definizione organizzativa e concettuale iniziato nel 1997, ha avviato l'attività sul campo nel 1999 nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano.

Tale Programma, mirato alle esigenze e agli obiettivi delle singole fasi della patologia, era strutturato in una articolazione di procedure ed operazioni, indicate come componenti essenziali negli interventi precoci: **individuazione e sensibilizzazione, segnalazione, assessment, trattamento, valutazione e ricerca.**

Lo scopo iniziale e primario dell'attuazione di tale procedura operativa era che essa, sin dall'inizio (cioè del primo contatto tra utente e servizio), fosse in grado di dispiegare tutte le opportunità

tecniche attualmente ritenute idonee a prevenire le ricadute psicotiche e la conseguente, possibile disabilità cronica.

Tali iniziali obiettivi, sulla base della esperienza diretta e del confronto con le evidenze della letteratura via via resesi disponibili nel corso degli ultimi anni (McGorry & Jackson,1999; Birchwood et al.,2000; Edwards & McGorry,2002), si sono ampliati e modificati con la costruzione di un programma più complesso e più ricco, con maggiori connotazioni preventive, rigorosamente monitorato con strumenti di valutazione validati, applicati ogni sei mesi o ogni dodici mesi. Ciò ha consentito di sviluppare il lavoro in modo da orientarlo anche al periodo di tempo che precede l'esordio riconoscibile, cioè alle situazioni che lo stato delle conoscenze scientifiche definisce ad alto rischio.

Modello organizzativo

Il modello operativo proposto prevede la costituzione di un programma specialistico nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, in una sede separata. L'aspetto specialistico del Programma riguarda in particolare tre aspetti: equipe, connessioni, setting.

Equipe: costituisce il core del Programma ed è costituita da professionisti acquisiti ad hoc per particolari motivazioni e competenze, e da professionisti dei vari servizi del Dipartimento (Centri di salute mentale, Centri diurni, strutture residenziali, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura), che dedicano parte della loro attività ai pazienti del Programma, nella sede del Programma. All'equipe competono le scelte metodologiche, organizzative e di delimitazione dei progetti di intervento per ogni singolo paziente.

Connessioni: questa equipe "centrale" stabilisce appositi collegamenti, secondo un modello definibile "a stella", con altri operatori e le altre strutture del Dipartimento, con le altre Agenzie del territorio che sono in contatto con il mondo giovanile. Pertanto, le segnalazioni delle situazioni problematiche possono pervenire dai Centri Psico Sociali, dai Centri Diurni, dai Centri Residenziali terapeutici e dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, dai Medici di Medicina Generale, dalle scuole, dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, da altre Agenzie o direttamente dagli interessati. L'équipe si pone, dunque, come gruppo di lavoro trasversale al Dipartimento, sia come composizione che per funzioni.

Settimanalmente, seguendo un'agenda prestabilita, si svolgono riunioni generali di supervisione dell'équipe, nel corso delle quali vengono presentati i nuovi casi clinici, discussi dettagliatamente i cosiddetti casi problematici, passata sinteticamente in rassegna tutta la casistica, decise le inclusioni e le esclusioni nel Programma, verificati i progetti di presa in carico. Vengono, inoltre, accennati i principali aspetti delle ricerche in corso e i programmi scientifici e di visibilità (congressi, incontri, pubblicazioni, richieste di formazione, ecc). Mensilmente si svolge una riunione plenaria estesa a tutti gli operatori, interni ed esterni per un aggiornamento sintetico sullo stato dell'arte del Programma, nuove segnalazioni, andamento dei casi, temi organizzativi di carattere generale.

La valutazione iniziale di una segnalazione avviene attraverso colloqui clinici con l'interessato e i suoi familiari, nonché attraverso l'utilizzo di test (scale e interviste standardizzate). In caso di presa in carico, l'uso di detti test viene ripetuto ogni sei mesi e ogni anno allo scopo di monitorare sistematicamente e con strumenti oggettivi l'evoluzione del quadro clinico e del funzionamento sociale. Il trattamento comprende momenti individuali e di gruppo secondo progetti individualizzati, definiti e concordati in equipe con ogni paziente e la sua famiglia.

Setting: altro aspetto fondamentale è costituito dalla sede di lavoro del Programma, che deve necessariamente essere separata dagli altri locali del DSM, e garantire un clima gradevole ed accogliente, il più amichevole e "giovanile" possibile.

I vantaggi che si vogliono perseguire possono essere così schematizzati:

1. separare i giovani all'esordio o a rischio di psicosi dai pazienti in fase più consolidata di malattia;
2. creare un ambiente poco stigmatizzante, amichevole, rassicurante e adatto ai giovani;

3. sviluppare nel team una metodologia di lavoro coesa ed omogenea, in un atmosfera di particolare supporto;
4. favorire le individuazioni, le prese in carico e il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari, creando specifiche procedure per facilitare gli accessi;
5. pianificare opportunità di ricerca.

Obiettivi

Il presente progetto si propone di estendere l'esperienza del "Programma 2000" ad altri dipartimenti di salute mentale (DSM), mediante percorsi formativi, di monitoraggio e di valutazione, concordati e condivisi, allo scopo di arricchire l'offerta all'utenza e di ottenere una massa critica di dati in grado di allineare le conoscenze italiane a quelle di altri Paesi che hanno già orientato i loro Servizi verso la prevenzione secondaria della schizofrenia.

L'obiettivo finale è poter dimostrare l'opportunità di modificare le attuali politiche di "attesa" nei confronti delle psicosi, che comportano alti livelli di sofferenza nei malati e nei loro famigliari e elevati costi diretti, indiretti.

Il progetto, coordinato dal Centro per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi - "Programma 2000" - diretto da Angelo Cocchi (DSM dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano - direttore Arcadio Erlicher), è stato attuato in quattro DSM delle Regioni Toscana, Lazio, Campania, Calabria, individuati sulla base della presenza di Servizi ed Operatori già sensibilizzati al problema e consapevoli della necessità di percorrere nuove strade per affrontare la patologia psicotica, prima di quanto avvenga usualmente (cioè a patologia conclamata) e prima che sia troppo tardi per rimediare utilmente al danno già manifestatosi.

L'esperienza, accumulata dal Programma 2000 e quella descritta nella letteratura internazionale, conferma la fattibilità del progetto, anche solo riorientando, sulla base di obiettivi specifici, le risorse presenti nei DSM partner.

I DSM individuati, oltre a quello di Niguarda Milano, sono i seguenti:

- 1. DSM Azienda USL Roma D (direttore Andrea Balbi)**
- 2. DSM USL 9 di Grosseto (direttore Giuseppe Corlito)**
- 3. DSM ASL Salerno 1 (direttore Walter Di Munzio)**
- 4. U.O. complessa di Salute Mentale di Soverato, ASL 7 (Catanzaro) (direttore Mario Nicotera)**

Criticità

Le criticità possibili sono numerose, sia dottrinali che organizzative. Possono essere come riguardanti l'area esterna e l'area interna al Dipartimento

A) Area esterna. La mancanza o la presenza parziale di rapporti organici e collaborativi con soggetti sanitari, sociali e informali dell'area su cui insiste il dipartimento può costituire una criticità nell'avviare il lavoro di sensibilizzazione e informazione necessario a sviluppare i percorsi di individuazione precoce.

B) Area interna. Le principali criticità all'interno dei dipartimenti possono essere considerate di carattere generale che non vanno sottovalutate ma non possono essere considerate rigidamente vincolanti visto che i possibili partner hanno interesse nei confronti dell'argomento; esse riguardano la presenza di competenze tecniche specifiche (specialmente in campo psicologico e psicoeducazionale) e la capacità dei partner di riorientare sotto il profilo organizzativo e tecnico le risorse professionali disponibili attraverso modificazioni procedurali e incisive iniziative formative.

C) Infine è opportuno prospettare e progettare una strategia che garantisca lo sviluppo e il mantenimento del lavoro avviato, strategia che coinvolge le scelte locali di politica sanitaria nel campo della salute mentale.

Bibliografia essenziale

Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (eds) (2000). *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Cocchi, A. & Meneghelli, A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Cocchi A., Meneghelli, A & Preti, A. (2008). Programma 2000: celebrating 10 years of activity of an Italian pilot programme on early intervention in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*,42:12,1003-1012

Edwards, J. & McGorry, P.D. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. Londra: Martin Dunitz. Traduzione italiana (2004) *Come realizzare l'Intervento Precoce nelle Psicosi. Una Guida per l'Organizzazione di Servizi di Individuazione e di Intervento Efficaci e Tempestivi*. Torino: Centro Scientifico Editore

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Riecher-Rössler, A. & Nowtmy, B. (1995). Onset and early course of schizophrenia. In *Search of the Causes of Schizophrenia*, vol. III. eds. H. Häfner & W.F. Gattaz. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & an der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-18.

Killakey, E & Yung, A. (2007). Effectiveness of early intervention in psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:121-125.

McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (1999). *The Recognition and Management of early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. (Trad It: Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio, Torino: Centro Scientifico Editore, 2001).

Meneghelli, A., Cocchi, A., Preti, A. (2010 In press). "Programma 2000": a multimodal pilot programme on early intervention in psychosis under way in Italy since 1999. *Early Intervention in Psychiatry*.

National Institute for Clinical Experience (NICE) (2002). Guidance on the use of newer atypical Antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. *NICE Technology Appraisal*.

Penn, D.L., Waldheter, E.J., Perkins, D.O., Mueser, K.T. & Liebermann, J.A. (2005). Psychosocial Treatment for First-episode Psychosis: a research update. *American Journal of Psychiatry*, 162: 2220-2232.

Pfammatter, M., Junghan U. M., & Brenner H.D. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyse. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1: S64-S80.

Phillips, L.J., McGorry P.D., Yuen H.P et al. (2007). Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 96:25-33

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, (2005). Clinical guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30





Sistema Nazionale Linee Guida (2007). *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Doc. 14. Istituto superiore di sanità, Ministero della salute.

Van Os, J. & Kaipur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374: 635-645

Svolgimento del lavoro

Le attività sono iniziate nel marzo del 2007 e la durata del Progetto era stata fissata a due anni. Nel marzo 2009 è stata chiesta, ed ottenuta, una proroga dei termini di scadenza fino al dicembre del 2009. Tale proroga si è resa necessaria per la complessità del lavoro formativo e preparatorio in realtà locali molto diverse tra loro sia sotto il profilo organizzativo generale che sotto quello più specifico del “tema” affrontato.

Richiesta di proroga

<p> Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda</p> <p>Il Direttore Sanitario Prof. n. 5117 /PIGEN599 TEL. n. 5.3.4 CNVg</p> <p>Milano, 10 febbraio 2009</p> <p>Spettabile Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali Dipartimento della Comunicazione e Prevenzione Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio 1* Via Giorgio Ribotta, 5 00144-Roma</p> <p>Alla cortese attenzione della signora Nadia Pastore</p>	<p> Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda</p> <p>Nei mesi di proroga, che vengono richiesti con la presente lettera, saranno valutati in modo attento e critico i “risultati” del lavoro in modo tale da poter correttamente trasformare le singole esperienze in indicazioni ragionevolmente trasferibili ad altri servizi, anche alla luce di quanto suggerito dalle linee guida (anno 2007) del SNLG sugli esordi psicotici.</p> <p>Nel corso del periodo di proroga verranno anche individuate una o più occasioni di disseminazione e confronto pubblico dei risultati emersi.</p> <p>La richiesta e di conseguenza la concessione della proroga non costituiscono motivo di maggiorazione del finanziamento.</p> <p>Con i migliori saluti.</p> <p>IL DIRETTORE GENERALE Dott. Pasquale Carrara</p> <p></p>
<p>Oggetto: Progetto “L’individuazione e l’intervento precoce nei psicotici. Un approccio preventivo alla schizofrenia”, CCM, programma 2005 approvato con DM 24.11.2005; accordo di collaborazione tra il Ministero e l’A.O. Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano. (Deliberazione DG n°19 dell’11/01/2007-AG 103200).</p> <p>Con riferimento a quanto contenuto nell’articolo 3 dell’accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute - Dipartimento di Prevenzione e della Comunicazione e l’Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, il sottoscritto Dott. Pasquale Carrara, Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda, chiede che la data di conclusione del progetto, prevista per il 6 marzo 2009, venga prorogata al 31.12.2009.</p> <p>Il Prof. Angelo Cocchi, responsabile delle attività oggetto del presente accordo, (articolo 5) mi ha segnalato che la proroga appare opportuna e necessaria per portare a termine l’analisi e l’elaborazione dei dati ottenuti e la stesura di una costruttiva e utile relazione conclusiva.</p> <p>Infatti il lavoro, finora svolto, ha richiesto complessi momenti di formazione all’interno di 5 Unità Operative con storie e caratteristiche di funzionamento diverse.</p> <p>E’ stato necessario individuare e avviare l’utilizzo di strumenti di valutazione che in larga misura non facevano parte del patrimonio conoscitivo e operativo di tutte le Unità Operative; attivare un comune database; attivare una piattaforma informatica che potesse permettere un lavoro comune malgrado le distanze geografiche; monitorare anche con incontri diretti tra i responsabili delle Unità Operative l’andamento del lavoro, in larga misura innovativo, e, comunque, molto diverso dalle pratiche usuali.</p> <p>Malgrado la sproporzione tra gli obiettivi e le risorse disponibili per la loro realizzazione è stato fatto sino ad ora un lavoro interessante e costruttivo.</p>	<p>Responsabile del Procedimento:  Telefono: 02/8442002/2473 Fax: 02/6442787 direttoresanitario@ospedale.niguarda.it</p> <p>File: AAA_letters DS con firma DG.doc</p>

Lo svolgimento delle attività previste è stato documentato da 11 Relazioni Scientifiche ed Economiche trimestrali, gran parte delle quali accompagnate da allegati, quali i verbali delle riunioni congiunte svoltesi a Roma, presso il Ministero e in altre sedi.

Il piano di lavoro prevedeva nell'ambito dell'Obiettivo Generale

“Attivazione sul territorio, nell'ambito dei DSM, di servizi pilota per l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi”

tre Obiettivi Specifici, con relativi Piani di valutazione e Cronogrammi.

I tre Obiettivi Specifici sono:

1. **Sensibilizzazione e formazione degli operatori alle tematiche connesse con l'individuazione precoce delle manifestazioni prodromiche e l'intervento tempestivo e multimodale negli esordi psicotici**
2. **ostituzione di un Programma specialistico con una equipe di riferimento. Individuazione, assesement e presa in carico di persone all'esordio e di persone ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi**
3. **Analisi, valutazione e trasferimento dei risultati sia formativi che operativi, a livello nazionale mediante specifici protocolli**

Vengono riportati qui di seguito gli schemi degli obiettivi e il livello di raggiungimento degli stessi, descritto con brevi commenti inseriti nelle celle della colonna di destra (Risultato) o nella riga sottostante, evidenziate dallo sfondo grigio.

1) OBIETTIVO SPECIFICO n. 1

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 1.			Risultato
Formazione degli operatori dei quattro DSM sulle tematiche connesse all'individuazione precoce delle manifestazioni prodromiche e l'intervento tempestivo e multimodale negli esordi psicotici			
Indicatore di risultato	Numero di operatori, per ciascun DSM coinvolto, in grado di utilizzare le metodologie di lavoro proposte		Da 4 a 10
Standard di risultato	Almeno 3 operatori per ciascun DSM coinvolto		Raggiunto
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	
Individuazione del personale da coinvolgere nel progetto	n. di operatori che aderiscono	15% del personale del DSM	Circa il 50%
	n. di psicologi che aderiscono	30% del personale del DSM	Variabile tra il 35 e il 50%
	n. di operatori del comparto che aderiscono	5% del personale del DSM	Variabile tra il 5 e il 10%
Formazione del personale del	n. di seminari di	tre seminari di due	Quattro seminari di

DSM coinvolto. Monitoraggio attività e verifiche/supervisioni	formazione del personale del DSM coinvolto	giornate, uno per ciascuno dei primi tre trimestri	una giornata (Grosseto, Roma, Catanzaro e Milano) e uno di tre giornate (Nocera Inf.)
	n. di verifiche di apprendimento, tramite strumenti standardizzati	Una ogni tre mesi	Da una alla settimana a una ogni due/tre mesi

Cronogramma marzo 2007 – dicembre 2009 (unità = trimestre)

Trimestre/due anni e mezzo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Individuazione del personale												Rispettato
Seminari di formazione												Rispettato
Verifiche												Rispettato

2) OBIETTIVO SPECIFICO n. 2

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 2		
Avvio di un Programma specialistico con una equipe di riferimento. Individuazione, assesment e presa in carico di persone all'esordio e di persone ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi.		
Indicatore di risultato	Costituzione formale di una equipe di riferimento in ciascuno dei DSM interessati	Numero totale di assesment effettuati e di persone prese in carico, a completamento della fase sperimentale in ciascun DSM
	Costituite con modalità diversificate in relazione al contesto	VEDI DATI RIPORTATI IN SEGUITO **
Standard di risultato	Almeno due persone sottoposte all'assesment e almeno una persona presa in carico ogni 10.000 abitanti del bacino di utenza del DSM corrispondente ad 1/3 dei casi prevalenti (data una prevalenza di 0,3%)	
	VEDI DATI RIPORTATI IN SEGUITO ** OBIETTIVO RAGGIUNTO CON DIFFERENZE TRA LE U.O.	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo

Attivazione dell'equipe specialistica e individuazione della sede operativa	Numero e qualifica degli operatori che completano la formazione	Almeno 4 operatori, comprendenti almeno uno psichiatra ed uno psicologo psicoterapeuta
		OBIETTIVO RAGGIUNTO
Attivazione delle "connessioni" con gli operatori, le strutture del dipartimento, le agenzie del territorio coinvolte	Numero dei incontri con la rete di <i>connessione</i> di riferimento	Almeno un incontro mensile con gli operatori della rete coinvolta nel programma
		OBIETTIVO RAGGIUNTO
Assessment dei casi segnalati, attuato utilizzando strumenti di valutazione validati e standardizzati	Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e numero di pazienti presi in carico	Esame di tutti i casi segnalati e presa in carico dei soggetti con i requisiti di inclusione previsti
		OBIETTIVO RAGGIUNTO IN ALCUNE SITUAZIONI I CASI SEGNALATI SONO STATI INFERIORI AL PREVISTO
Interventi terapeutico riabilitativi in favore dei soggetti presi in carico	Intervento multimodale rivolto alla persona interessata, alla sua famiglia, al contesto naturale di vita	Interventi plurisettemanali a carattere psicoterapeutico (in setting specifici) Eventuale farmacoterapia.
		OBIETTIVO PERSEGUITO E SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO, PUR CON DIFFORMITA' LOCALI
Monitoraggio e verifica delle attività	Regolari momenti di consultazione di tutti i componenti dell'equipe	Almeno un incontro mensile di verifica
		REALIZZATI
Verifica dell'aderenza ai principi del Programma 2000	Numero incontri per valutare le criticità	Almeno un incontro ogni quattro mesi
		REALIZZATI, CON CADENZA INFERIORE E DIFFORMITA' LOCALI

Cronogramma marzo 2007 – dicembre 2009 (unità = trimestre)

Trimestre/due anni e mezzo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Assessment												Rispettato
Presenza in carico												Rispettato

3) OBIETTIVO SPECIFICO n. 3

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 3		
Analisi, valutazione e trasferimento dei risultati a livello nazionale mediante protocolli operativi		
Indicatore di risultato	Realizzazione di protocolli operativi trasferibili	
	EFFETTUATI (VEDI ALLEGATI)	
Standard di risultato	Un protocollo operativo dettagliato e completo per ciascuna azione prevista	
	EFFETTUATI (vedi più sotto nella tabella)	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Raccolta ed elaborazione dei risultati	Organizzazione data base	Disponibilità di non meno dell'80% dei dati
		DISPONIBILI (DATA BASE e PIATTAFORMA INFORMATICA)
	Utilizzo di test statistici	Elaborazione di tutti i dati disponibili
		IN PARTE IN FASE DI ELABORAZIONE
Stesura di report trimestrali e di protocolli operativi provvisori in itinere e protocolli definitivi alla conclusione	Testi aggiornati	Almeno un protocollo operativo generale
		REALIZZATO (VEDI ALLEGATI)
Eventi conclusivi	Presentazione finale dei risultati nel contesto del territorio di appartenenza, tramite momenti seminariali/congressuali.	Almeno due presentazioni finali
		EFFETTUATI IN TUTTE LE U.O. IN ALCUNE, PIU'

	Evento congressuale sovra regionale	VOLTE IN VARIE SEDI LOCALI O CONGRESSUALI (SIP, SOPSI, AIPP)
		EFFETTUATO A ROMA PRESSO IL MINISTERO IL 16 DICEMBRE 2009

Cronogramma marzo 2007 – dicembre 2009 (unità = trimestre)

Trimestre/due anni e mezzo	1	2	3	4	5	6	7	8				
Raccolta ed elaborazione dei risultati												Rispettato
Report trimestrali												Rispettato
Stesura di protocolli operativi provvisori												Rispettato
Stesura di protocolli operativi definitivi												Rispettato
Eventi conclusivi locali e un'evento sovraregionale												Rispettato

COMMENTO

Lo Studio al termine del secondo ed ultimo anno.

Lo studio, come già detto, ha coinvolto cinque unità operative.

Le cinque Unità Operative con principali funzioni, di strutturazione del Progetto, di reclutamento e della casistica e cliniche sono:

- **1.DSM A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano (Ente attuatore)- Programma 2000**
- **2. DSM Azienda USL Roma D**
- **3. DSM USL 9 di Grosseto**
- **4. DSM ASL Salerno 1**
- **5. U.O. complessa di Salute Mentale di Soverato, ASL 7 (Catanzaro)**

Le “**condizioni**” in essere al momento dell’inizio formale del Progetto hanno permesso non solo che i lavori potessero svolgersi correttamente, pur con disomogeneità locali, e nel sostanziale rispetto del cronogramma previsto (vedi più sopra).

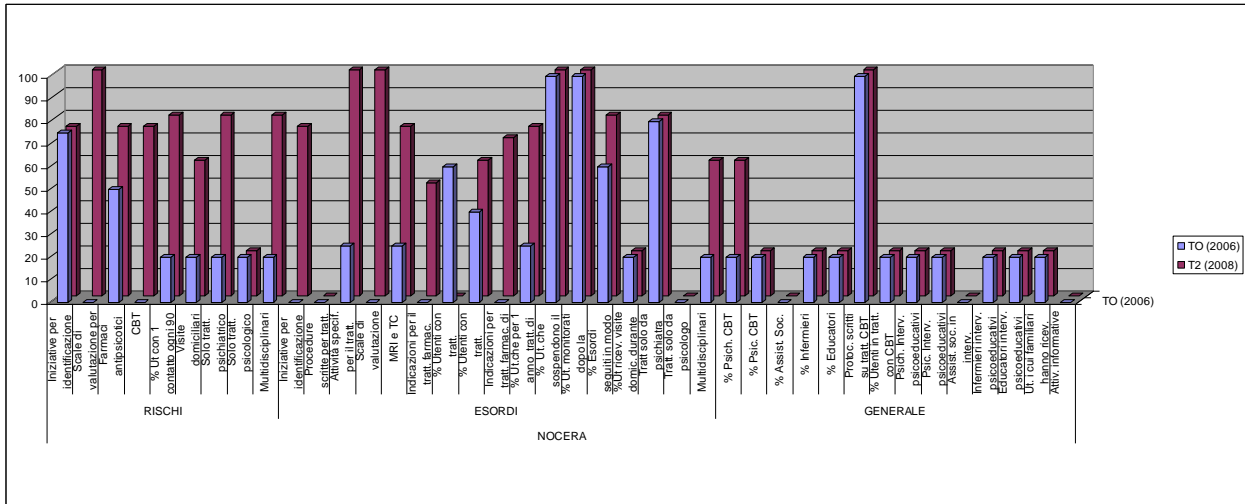
Valutiamo più dettagliatamente rispetto a quanto sinteticamente fatto nelle precedenti tabelle ciò che è avvenuto che riguarda principalmente **l’impatto sui Servizi, la casistica, gli strumenti costruiti e utilizzati.**

L’impatto sull’organizzazione dei singoli servizi

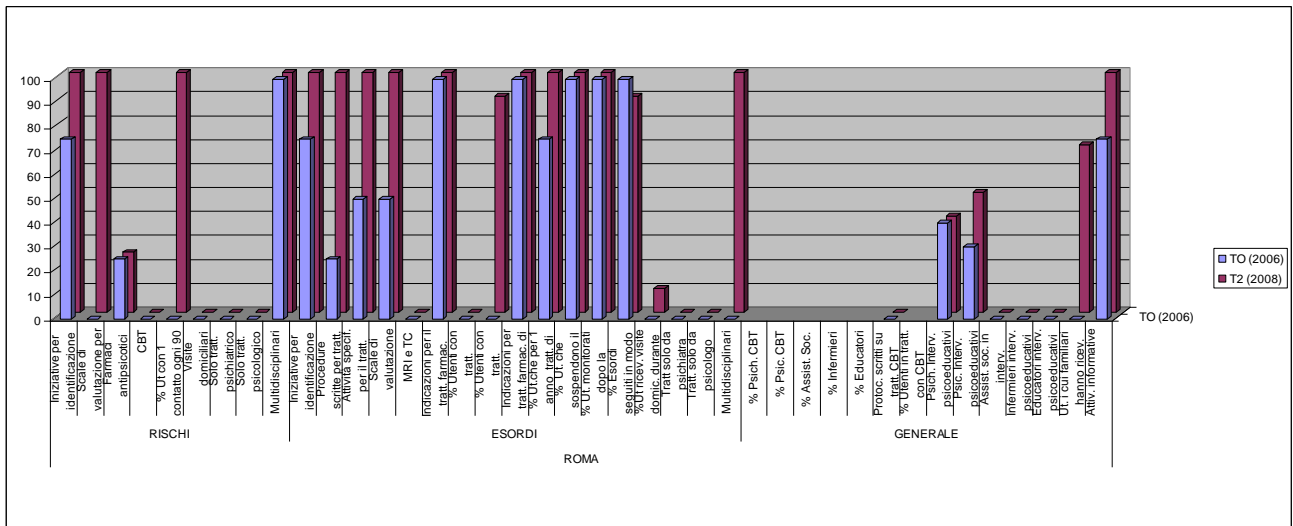
Una prima osservazione riguarda l’assetto dei servizi e l’impatto che il progetto ha esercitato.

L’impatto è stato misurato al T0 (aprile 2007) e al T1 (dicembre 2009) utilizzando lo strumento, allegato alla presente relazione, denominato “QUESTIONARIO PER LA DESCRIZIONE DEI SERVIZI COINVOLTI NEL PROGETTO”, costruito a partire da un analogo ma diverso strumento messo a punto in occasione di una Ricerca finalizzata precedente (Regione Lombardia, anno 2005). Lo strumento originario si fondava sul lavoro di un panel di esperti, ispiratisi

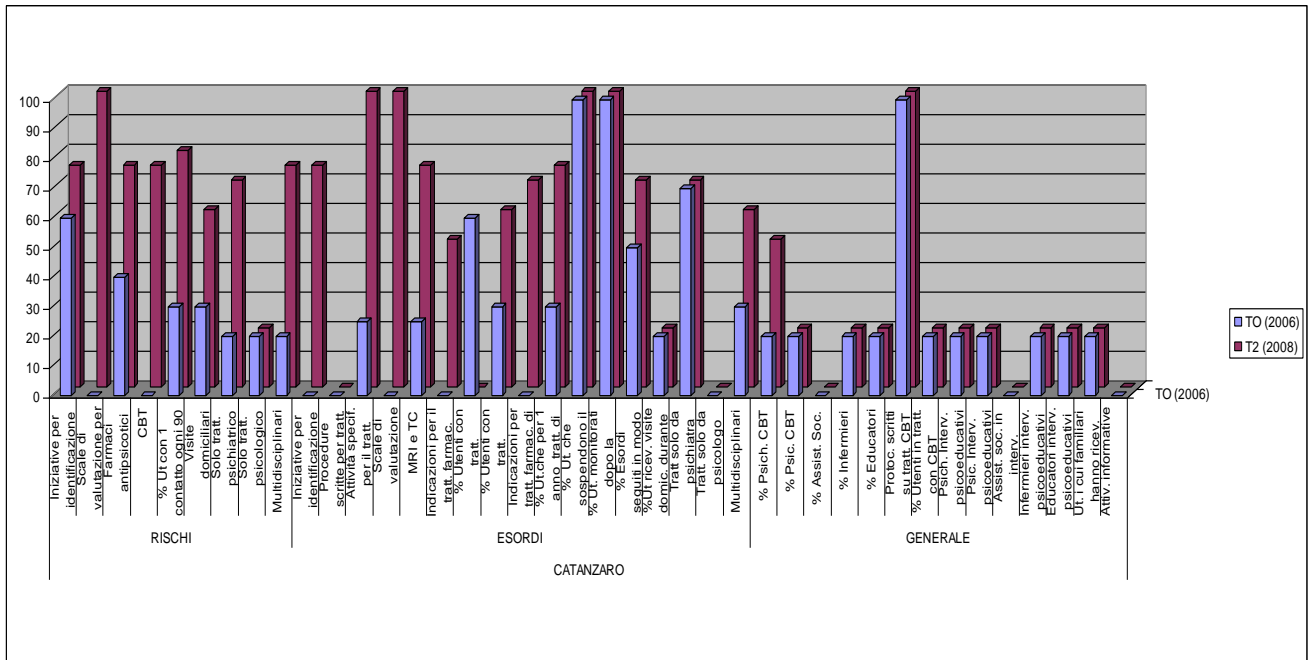
Nocera Inferiore



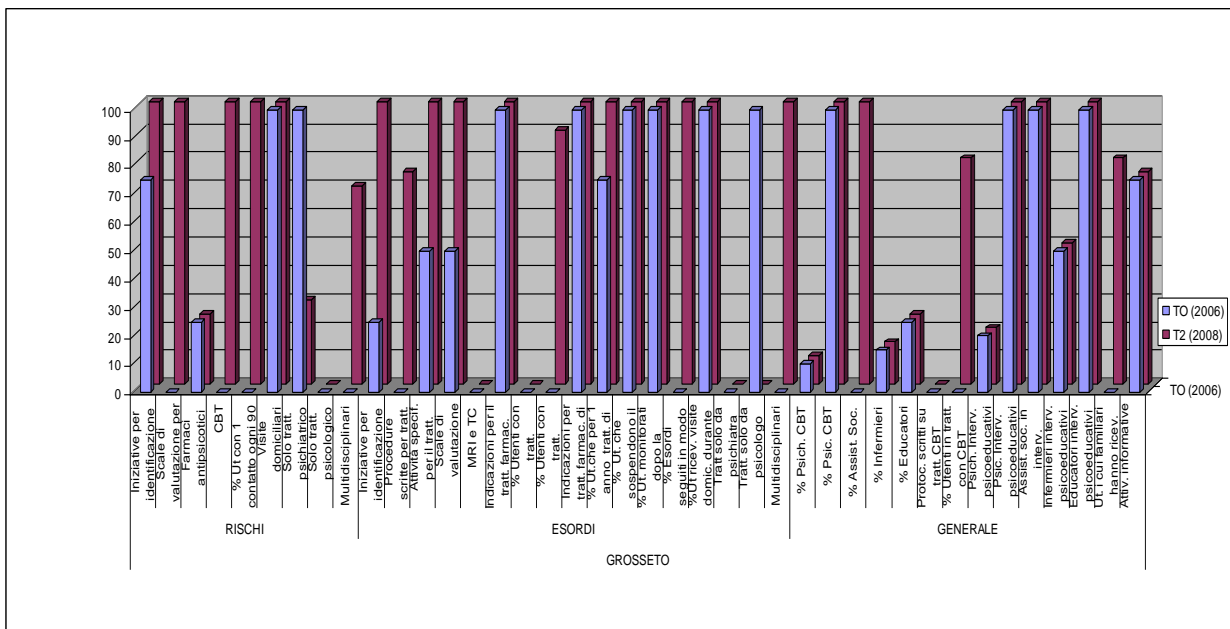
Roma D



Catanzaro – dati provvisori



Grosseto

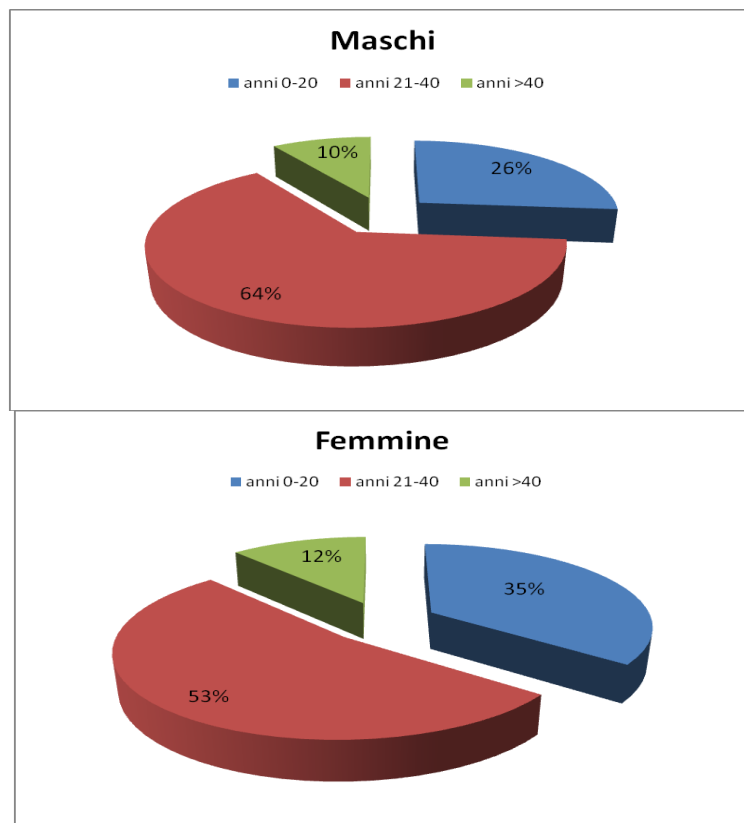


La Casistica

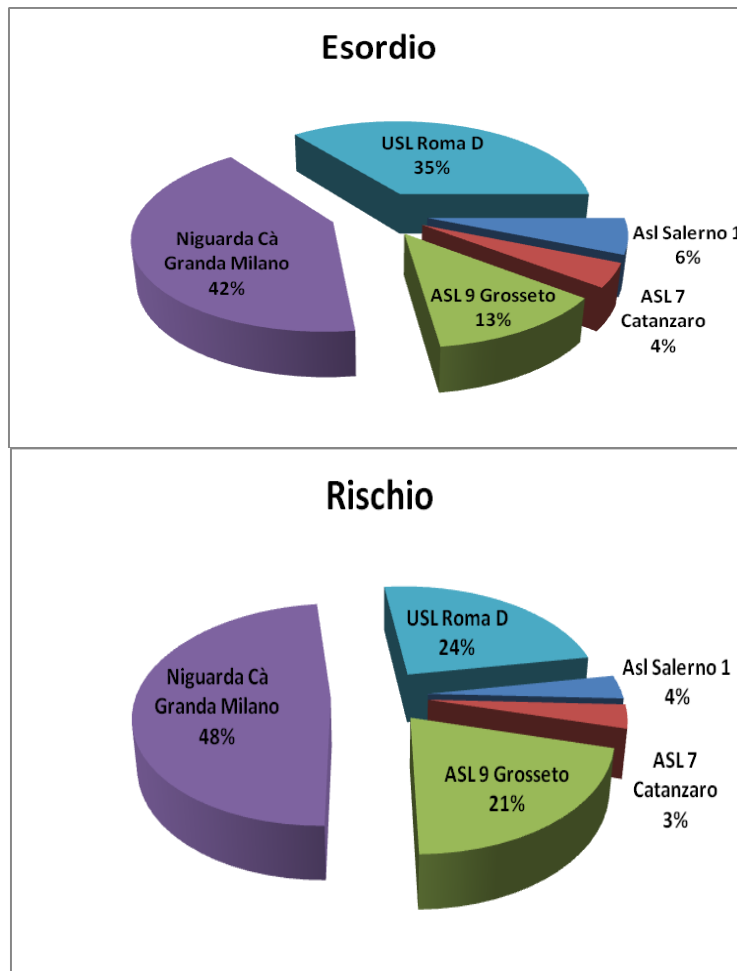
Pazienti per unità operativa di appartenenza

Unità Operativa	
Asl Salerno 1	18
ASL 7 Catanzaro	3
ASL 9 Grosseto	12
Niguarda Cà Granda Milano	34
USL Roma D	24

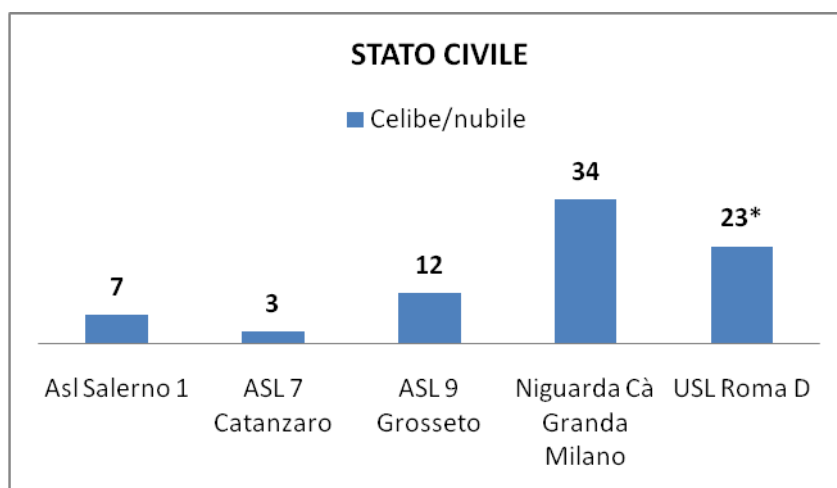
Pazienti per sesso



Pazienti per rischi/esordi ed unità operative

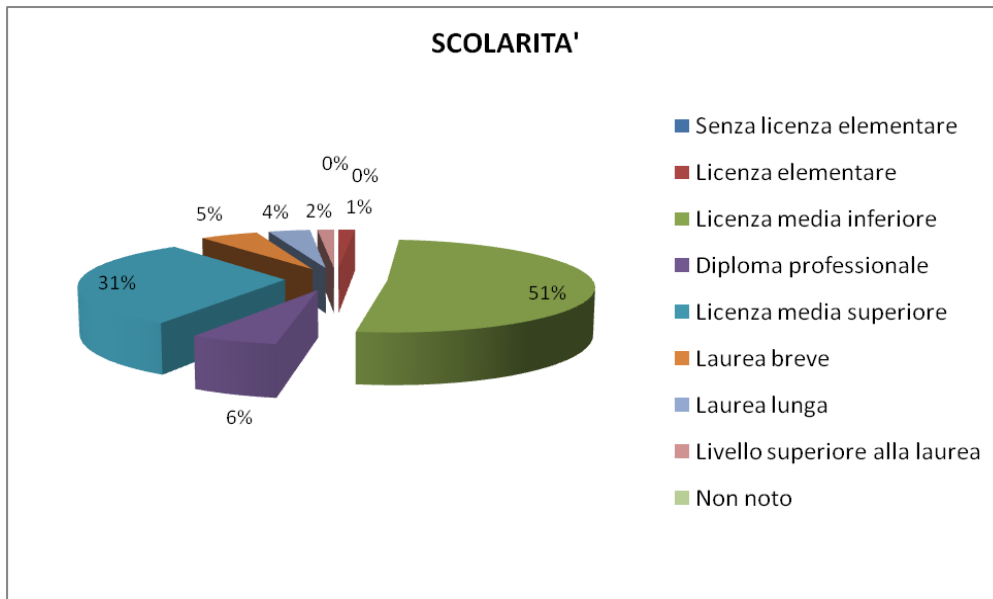


Pazienti per stato civile ed unità operativa

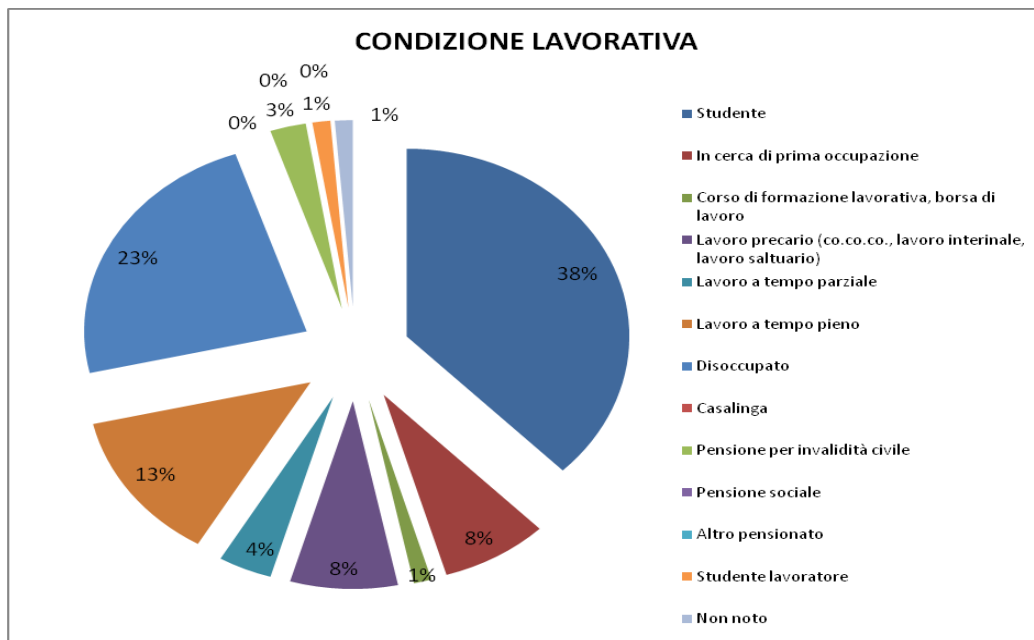


*Di questi pazienti soltanto 1 della Uosm Roma D risulta essere coniugato

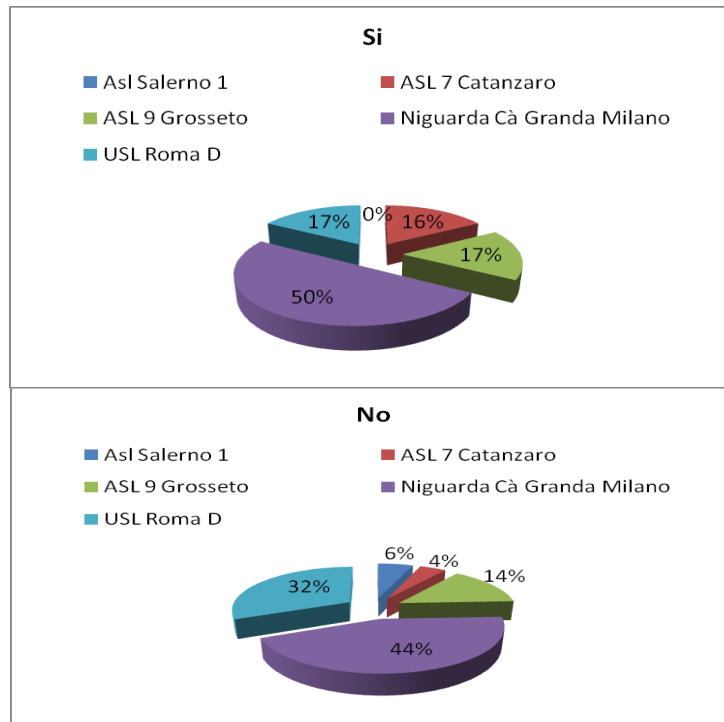
Scolarità



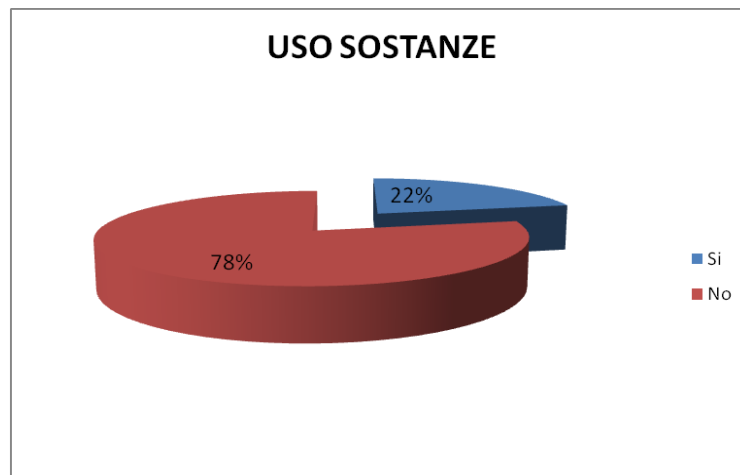
Condizione lavorativa



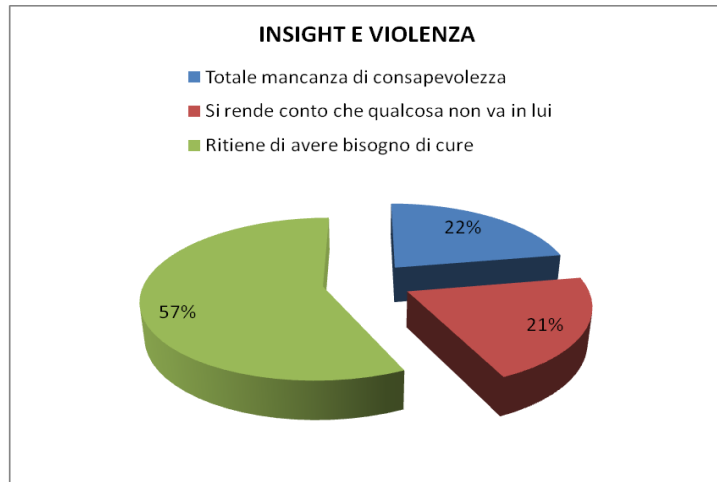
Tentativi di suicidio (si/no)



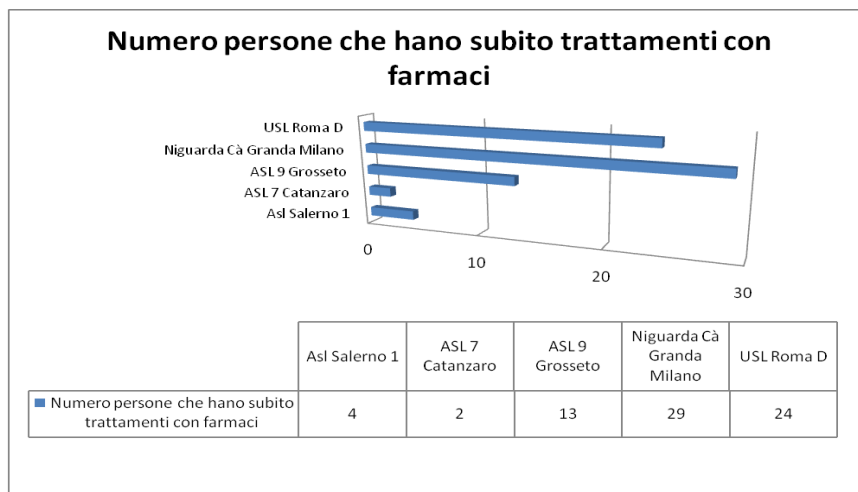
Uso di sostanze



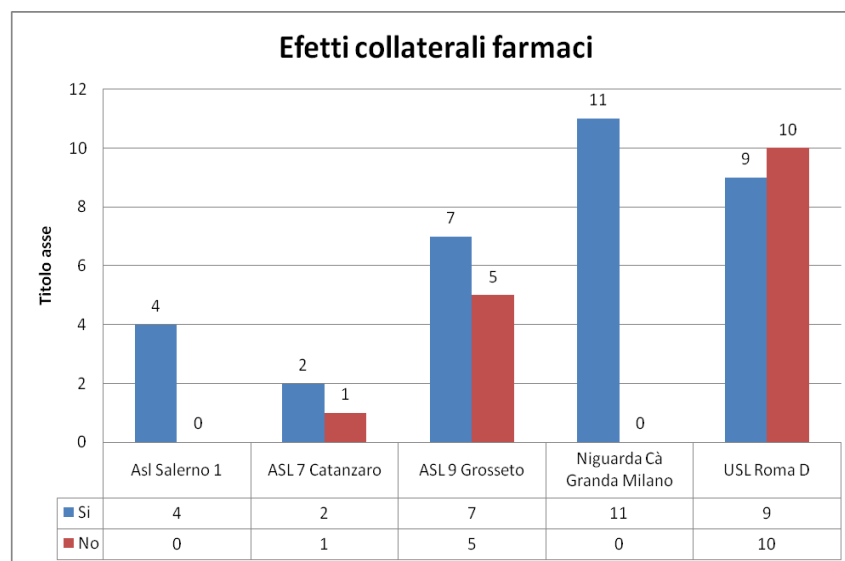
Insight/Violenza (dalla Scheda Paziente)



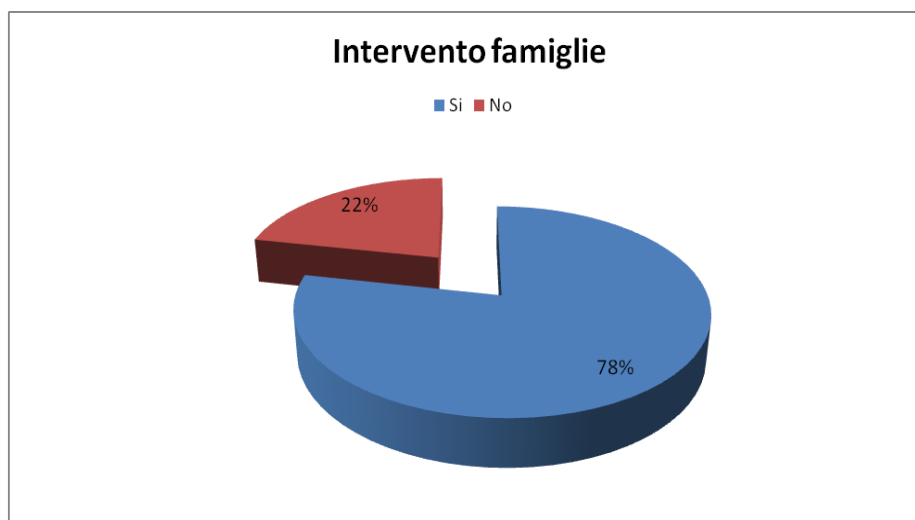
Pazienti che hanno ricevuto trattamenti farmacologici



Pazienti che hanno segnalato effetti collaterali da farmaci



Interventi con le famiglie



I dati sopra riportati descrivono, con alcune lacune, le caratteristiche principali della casistica e costituiscono il primo passo di un percorso, non concluso, di revisione dei dati e controllo della casistica in corso.

Infatti il periodo di reclutamento si è da poco concluso e la verifica e imputazione dei dati richiede un non semplice lavoro.

A ciò si aggiunge distanza fisica tra i Centri, e il lungo periodo richiesto per l'acquisizione di un "linguaggio comune" per l'uso degli strumenti, sia quelli allegati a questa relazione, che le numerose scale e questionari utilizzati.

Infine tutti hanno dovuto confrontarsi con le impreviste ma comprensibili difficoltà insorte nella strutturazione della Piattaforma informatica.

Osservazioni conclusive

In dettaglio:

1. Sono state effettuate dall'inizio del Progetto cinque riunioni formali dei responsabili, i cui verbali sono stati in parte allegati alle relazioni trimestrali.
Ad alcuni verbali sono allegati dei documenti riguardanti specifiche procedure.
2. E' stata effettuata una capillare opera di informazione, sensibilizzazione e formazione sul tema degli Interventi Precoci nell'ambito delle singole Unità Operative
3. Sono state strutturate localmente équipes di lavoro
4. E' stato steso, dopo ampia verifica delle situazioni locali e delle conoscenze in ambito internazionale, un dettagliato **protocollo operativo** riguardante l'implementazione dell'attività clinica del "servizio", i percorsi di presa in carico, il processo di assessment, le attività correlate e complementari, la raccolta e l'elaborazione dei dati riguardanti le popolazioni di giovani all'esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi, la descrizione delle caratteristiche dei singoli servizi, utilizzando indicatori ricavati dalle linee guida NICE, dagli indicatori messi a punto dalla SIEP e, infine dalle Linee Guida messe a punto nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida del ISS (Allegato 1).
5. E' stato predisposta una scheda- paziente (Allegato 2)
6. Sono stati effettuati corsi e incontri di formazione. Il progetto è stato presentato e discusso in numerosi congressi di cui due internazionali.
7. E' stato messo a punto un apposito strumento (Allegato 3) per "fotografare" i Servizi al tempo 0 (marzo 2007) e al tempo 1 (31 dicembre 2009).
8. E' stata messa a punto una Piattaforma informatica, adeguatamente protetta, come data base comune.

Inoltre:

- E' stata effettuata una capillare opera di informazione, sensibilizzazione e formazione sul tema degli Interventi Precoci nell'ambito delle singole Unità Operative
- Sono stati individuati gli strumenti di assessment e le cadenze di somministrazione
- E' stata effettuata una formazione all'utilizzo degli strumenti sopra riportati
- E' stato attivato presso l'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda (Ente attuatore) uno specifico strumento per monitorare e registrare le spese
- Sono state avviate localmente iniziative di sensibilizzazione e coinvolgimento della Medicina Generale e della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza oltre che di altre Agenzie ritenute strategiche

A conclusione è possibile affermare che:

sono stati rispettati tutti passaggi relativi alla formazione del personale, alla predisposizione e uso degli strumenti di assessment, al reclutamento dei casi, alla raccolta dei dati, alla valutazione dell'andamento dei lavori.

Per quanto concerne i risultati, possiamo considerare due principali aspetti, l'uno riguardante il funzionamento dei servizi, la loro organizzazione e l'attenzione posta dagli operatori al problema del riconoscimento e della presa in carico tempestiva dei giovani all'esordio psicotico e dei giovani considerati ad alto rischio di evoluzione psicotica, l'altro riguardante gli esiti clinici e di funzionamento sociale riscontrati nel periodo di osservazione.

Il "punto di partenza", per quanto concerne il coinvolgimento operativo delle singole Unità operative era, come già detto, non omogeneo.

Non omogeneo per storia ed esperienza sul tema specifico dell'Early Psychosis, per bacino di utenza, per formazione ed orientamenti dottrinali prevalenti degli operatori, per cornici organizzative del lavoro, per risorse dedicate già disponibili, per collegamenti con il tessuto sociale e sanitario del territorio, per caratteristiche dei bacini di utenza.

Si è cercato di costruire un terreno comune di incontro, di riflessione e di lavoro sul quale sviluppare attenzione alla lettura dei fenomeni connessi con l'esordio psicotico e la condizione di alto rischio di evoluzione psicotica dando vita a modalità di lavoro e obiettivi comuni orientati alla prevenzione in un'ottica di ragionevole ottimismo, rifiutando atteggiamenti mentali e comportamenti improntati alle abitudini e alla rassegnazione nei confronti della disabilità cronica.

In altre parole si è cercato di avviare un circuito di lavoro virtuoso, attento agli apporti più recenti sia della ricerca internazionale che delle pratiche cliniche più attuali, premessa ad una modalità di intervento tempestivo, multimodale, attivo e attento alle evidenze.

Milano 31 gennaio 2010

Prof. Dott. Angelo Cocchi

angelo.cocchi@ospedaleniguarda.it

02 64445554

Rendiconto economico

Un'apposito foglio di lavoro è stato messo a punto dall'A. O. Ospedale Niguarda Ca' Granda (Unità Operativa Gestione Risorse Economiche e Finanziarie) ad opera del dr. Riccardo Salemi per seguire le spese fatte a favore delle singole Unità Operative e per seguire e monitorare quelle dell'Unità Operativa di Niguarda – Programma 2000

Le singole Unità Operative hanno fornito il loro rendiconto analitico.

Quindi la Scheda 1 riporta il rendiconto complessivo della Ricerca finalizzata mentre le schede 2 – 15 riportano i rendiconti analitici delle singole Unità Operative.

RENDICONTO COMPLESSIVO

Il rendiconto complessivo si riferisce al piano economico modificato, come da determinazione qui di seguito riportata.



DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

ATTO AGGIUNTIVO

PREMESSO QUANTO SEGUE

- che in data 13 novembre 2006 è stato siglato un accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute, di seguito Ministero, e l'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano - Dipartimento di Salute Mentale, di seguito Azienda, per la realizzazione del progetto "La individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi. Un approccio preventivo alla schizofrenia";
- che con atto aggiuntivo siglato dalle parti in data 25 febbraio 2009 è stato prorogato al 31 dicembre 2009 il termine di scadenza dell'accordo;
- che con nota del 2 settembre 2009 l'Azienda ha richiesto una variazione del piano economico con l'indicazione di destinare parte del finanziamento stabilito nell'accordo alle Unità operative già previste nel progetto esecutivo;
- che il referente scientifico del Ministero, ritenuta ben motivata tale richiesta e considerato il buon andamento del progetto, ha espresso parere favorevole;
- che pertanto è possibile procedere ad accordare e formalizzare tale variazione tramite apposito atto aggiuntivo;

L'anno _____, il giorno _____ del mese di _____,

TRA

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del direttore generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, dr. Fabrizio Oleari, nato a Suzzara (Mantova) il 20 gennaio 1950,

E

L'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano - Dipartimento di Salute Mentale, codice fiscale 11390840152, con sede in Milano, Piazza Ospedale Maggiore 3, rappresentato legalmente dal direttore generale dott. Pasquale Cannatelli, nato a Soriano (VV) il 22 maggio 1947,

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1

Il piano economico previsto nel progetto allegato all'accordo di collaborazione citato nelle premesse è così di seguito modificato:

Risorse	Budget iniziale	Variazione	Nuovo budget
Personale	36.000	- 28.800	7.200
Beni e servizi	20.000	- 16.000	4.000
Missioni	15.000	- 12.000	3.000
Trasferimenti a:			
1. U.O. ASL Catanzaro			
2. U.O. ASL Roma D			
3. U.O. USL 9 Grosseto			
4. U.O. Fondazione CERPS			
		+ 15.000x4=60.000	
Spese generali	4.000	- 3.200	800
Totale	75.000		75.000

Il presente atto è redatto in due originali e non comporta oneri aggiuntivi.

Letto, approvato e sottoscritto

MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Il Direttore Generale
Dott. Fabrizio Oleari

AZIENDA OSPEDALIERA NIGUARDA CA'
GRANDA
Dipartimento di Salute Mentale

Il Direttore Generale
Pasquale Cannatelli

Piano economico originario (anno 2007)

Risorse	1° anno *	2° anno	Totale
Personale	18.000	18.000	36.000
Beni e servizi	10.000	10.000	20.000
Missioni	7.500	7.500	15.000
Spese generali	1.000	3.000	4.000
Totale	36.500	38.500	75.000

Piano economico modificato (anno 2009)

Risorse	Budget iniziale	Variazione	Nuovo budget
Personale	36.000	- 28.800	7.200
Beni e servizi	20.000	- 16.000	4.000
Missioni	15.000	- 12.000	3.000
Trasferimenti a: 1. U.O. ASL Catanzaro 2. U.O. ASL Roma D 3. U.O. USL 9 Grosseto 4. U.O. Fondazione CERPS		+ 15.000x4=60.000	
Spese generali	4.000	- 3.200	800
Totale	75.000		75.000

Schede 1 e 2

Speso o impegnato:

Scheda 1

Nuovo budget		Speso
Niguarda	7.200	7.200
Niguarda	4.000	4.000
Niguarda	3.000	3.000
Trasferimenti	60.000	60.000
Niguarda	800	800
TOTALE	75.000	TOTALE SPESO 75.000

In dettaglio i trasferimenti:

Scheda 2

Trasferimenti a: 1. U.O. ASL Catanzaro 2. U.O. ASL Roma D 3. U.O. USL 9 Grosseto 4. U.O. Fondazione CERPS	ASSEGNATI 15.000x4=60.000	TRASFERITI, nella misura di 15.000 per ciascuna Unità Operativa
--	---	--

Schede 3 – 7

Rendiconto analitico delle singole Unità Operative

3 Unità Operativa DSM ASL 9 di Grosseto

Risorse	1° anno	2° anno	Totale	Spesi	SPECIFICAZIONE
Personale		6.508,08	6.508,08	6.508,08	Contratto libero-professionale della dr.ssa Tiziana Nistrìo esperta in CBT (febb.-agos. 2009)
Beni e servizi	1.081,2			1.081,2	Acquisto test Giunti OS
Missioni	220	232	452	452	Partecipazione agli incontri nazionali del Progetto
Spese generali	6.960,00		6.960,00	6.960,00	Materiale per campagna stampa da c&p adver
Totale	8.261,2	6.740,08	15.001,28	15.001,28	Di cui a conto economico n. 52521347
Totale corretto per arrotondamento				15.000	

4 Unità operativa A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda _ "Programma 2000"

Risorse	1° anno	2° anno	Totale	Spesi	
Personale	3.600	3.600	7.200	7.200	-Collaborazione occasionale dott.ssa A. Pisano- anni 2007, 2008, 2009 -Collaborazione Dott.ssa A Meneghelli
Beni e servizi	2.000	2.000	4.000	4.000	-Corso di formazione a Nocera (spese connesse con le attività di quattro docenti del Programma 2000 -Acquisto di computer portatile
Missioni	1.500	1.500	3.000	3.000	-Incontri a Roma presso il Ministero (anni 2007, 2008, 2009) -Partecipazione congresso CCM 2008
Spese generali	200	600	800	800	-Stampa locandine -Stampa poster -Materiale di consumo per strumenti (schede, questionari, ecc)
Totale	7.300	7.700	15.000	15.000	

5 Unità Operativa DSM ASL ROMA D

RISORSE	I ANNO	II ANNO	TOTALE	
PERSONALE	4.875,00	6.209,00	11.084,00	Collaborazione occasionale dd.rr. Andronico, Carnevale, Corasaniti, Pacifico, Piccirilli
BENI E SERVIZI				
MISSIONI	985,70	2.929,64	3.915,34	Corso formazione a Nocera, Partecipazione Congressi
SPESE GENERALI				
TOTALE	5.860,70	9.138,64	14.999,34	
TOTALE CORRETTO PER ARROTONDAMENTO			15.000,00	

6 Unità operativa di FONDAZIONE CeRPS - Nocera Inferiore (SA)

Risorse	1° anno *		2° anno		Totale
Personale	2.000,00	Collaborazione occasionale dott.ssa V. Cioffi, S. Santelia, F. D'Angelo anni 2007, 2008, 2009	2.000,00	Collaborazione occasionale dott.ssa V. Cioffi, S. Santelia, F. D'Angelo anni 2007, 2008, 2009	4.000,00
Beni e servizi	6.240,00	Realizzazione web per monitoraggio ricerca	2.520,00	Aggiornamento sito web	8.760,00
Missioni	452,00	Giornata di studio Milano – spese di viaggio 19/01/2008	966,45	- Giornata di studio Roma 30/01/2009 (spese di viaggio) - Seminario di studio Roma 16/12/2009 (spese di viaggio)	1.418,45
Spese generali	286,77	Giornata di studio Nocera inferiore cancelleria, varie. 20/09/2007	534,78	Materiale di consumo per strumenti (schede, questionari, ecc)	821,55
Totale	8.978,77		6.021,23		15.000,00

7 U.O. complessa di Salute Mentale di Soverato, ASL 7 (Catanzaro)

Risorse	1° anno	2° anno	Totale	Spesi	
Personale	3.600	3.600	7.200	7.200	Personale a contratto
Beni e servizi	2.000	2.000	4.000	4.000	-Partecipazione a Corso di formazione a Nocera -Giornata formativa
Missioni	1.500	1.500	3.000	3.000	-Incontri a Roma presso il Ministero (anni 2007, 2008, 2009)
Spese generali	200	600	800	800	-Materiale di consumo per strumenti (schede, questionari, ecc)
Totale	7.300	7.700	15.000	15.000	

Scheda 8

A conclusione il finanziamento è stato totalmente speso, come da sottostante prospetto conclusivo le cui componenti analitiche si ritrovano più sopra:

Risorse	Budget iniziale	Variazione	Nuovo budget
Personale	36.000	- 28.800	7.200
Beni e servizi	20.000	- 16.000	4.000
Missioni	15.000	- 12.000	3.000
Trasferimenti a: 1. U.O. ASL Catanzaro 2. U.O. ASL Roma D 3. U.O. USL 9 Grosseto 4. U.O. Fondazione CERPS		+ 15.000x4=60.000	
Spese generali	4.000	- 3.200	800
Totale	75.000		75.000
TOTALE SPESO			75.000

Milano. 31.1.2010

Prof dott. Angelo Cocchi

angelo.cocchi@ospedaleniguarda.it

02 64445554

ALLEGATI

ALLEGATO n° 1

Protocollo operativo

Obiettivi

“Il presente progetto si propone di estendere l’esperienza del “Programma 2000” ad altri dipartimenti di salute mentale (DSM), mediante percorsi **formativi**, di **monitoraggio** e di **valutazione**, concordati e condivisi, allo scopo di arricchire l’offerta all’utenza e di ottenere una massa critica di dati in grado di allineare le conoscenze italiane a quelle di altri Paesi che hanno già orientato i loro Servizi verso la prevenzione secondaria della schizofrenia.

L’obiettivo finale è poter dimostrare l’opportunità di modificare le attuali politiche di “attesa” nei confronti delle psicosi, che comportano alti livelli di sofferenza nei malati e nei loro famigliari e elevati costi diretti, indiretti”.

Descrizione

Il presente protocollo si suddivide in nove sezioni: A) requisiti organizzativi cui i servizi dovrebbero tendere, dei quali va registrato il grado di scostamento, B) il programma di formazione/informazione iniziale che deve svilupparsi anche con strumenti non tradizionali nel corso dei due anni, C) i criteri generali di reclutamento e D) le modalità concrete operative a favore dei soggetti arruolati, E) i criteri di esclusione dal reclutamento, F) gli strumenti per l’assessment e le loro modalità di applicazione nei F) soggetti “a rischio” e in G) quelli all’esordio e, infine, I) la raccolta e il trattamento dei dati.

Asterisco*: *Le voci seguite da asterisco * possono comportare un costo, da suddividere tra i partecipanti al progetto.*

A. Requisiti organizzativi

Definizione monitoraggio della rete di servizi

Utilizzo degli indicatori SIEP *, derivati dalle Linee Guida NICE, limitatamente alla sezione riguardante “Il primo episodio”. Tale sezione potrà essere integrata con altri indicatori espunti dal pacchetto di indicatori SIEP (ex NICE) riguardanti la schizofrenia.

T0 – T1 – T2 (nel biennio)

B. Programma di informazione/formazione

1°step - Incontro con gli operatori del DSM di Catanzaro (11 giugno 2007)

2° step – Incontro tra gli operatori delle cinque unità operative a Nocera Inferiore nei giorni 21, 22 e 23 settembre 2007 volto alla presentazione e alla formazione* nell’uso degli strumenti di valutazione individuati

3° step - Nella stessa sede, definizione della versione definitiva della scheda-paziente per la raccolta di dati già impiegata dal Programma 2000, collegata al data base messo a punto in un precedente percorso lavorativo congiunto tra Programma 2000 e Istituto di Statistica dell’Università di Bologna*

C. Reclutamento

1. Individuazione e attivazione in ogni singolo DSM (o parte di DSM) di una équipe dedicata
2. Programma di formazione e aggiornamento (ripetuto nel tempo) per gli operatori dell’équipe dedicata e per gli altri operatori del DSM, del SERT e della NPIA
3. Attività specifica rivolta ai casi di psicosi all’esordio o ad alto rischio di psicosi secondo i seguenti criteri:
 - a) Tempestività: prima risposta al richiedente entro 48 ore se esordio; entro 7 giorni se segnali di rischio
 - b) Incontri con la persona e i suoi famigliari in uno spazio fisico il

- più possibile dedicato alla specifica utenza (scarso o nessun contatto con disabilità stabilizzate)
- c) Assessment strutturato (come indicazioni successivamente esposte)
 - d) Piano di trattamento individualizzato che garantisca la possibilità di: visite e trattamento psichiatrico, trattamento farmacologico secondo linee guida EB, psicoterapia cognitivo-comportamentale, sostegno psicologico, informazione e sostegno ai familiari, psicoeducazione, interventi riabilitativi individuali, interventi riabilitativi e psicoterapici di gruppo, sostegno scolastico e lavorativo, interventi a domicilio, interventi di urgenza
 - e) Valutazione dell'esito (utilizzando gli strumenti di assessment)
4. Programmi di sensibilizzazione e formazione specifica per MMG, scuole, associazioni volontariato, popolazione in classi di età a rischio.

D. Arruolamento

“Gruppo esordio”

1. età 14 (17) – 30 anni,
 2. diagnosi F2 secondo ICD 10, primo episodio nella vita e primo contatto con il servizio
 3. meno di due anni dall'esordio della sintomatologia psicotica “Gruppo a rischio”
1. età 14 (17)-30 anni,
 2. punteggio check list ER Iraos superiore a 12;
 3. se punteggio ER Iraos tra 6 e 12, presenza evidente di almeno uno dei seguenti fattori di rischio:
 - familiarità per psicosi
 - complicanze da parto
 - risposta positiva per uno dei due ultimi items della checklist ER Iraos (items 16 o 17)
 - uso occasionale di sostanze (diagnosticabile nell'ambito di (F1x.1, ICD10

E. Criteri di esclusione

1. Criterio di esclusione per entrambi i gruppi è la presenza di ritardo mentale medio e grave
2. Sindrome di dipendenza (diagnosticabile nell'ambito di F1x.2)

F. Strumenti per l'assessment

- Checklist ER Iraos (T0, T6, T12, T18, T24)
- Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (T0, T6, T12, T18, T24)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (T0, T6, T12, T18, T24)
- Disability Assessment Schedule (DAS II) (T0, T12, T24)
- Questionario sui problemi familiari (QPF) (T0, T12, T24)
- Satisfaction Profile (SAT-P) (T0, T12, T24)
- Batteria di test per la valutazione neurocognitiva (da definire)

Nota Bene:

Il primo assessment (T0) dei pazienti arruolati nel gruppo esordio dovrebbe essere effettuato entro 72 ore dal primo contatto con l'UOP (sia CPS che SPDC)

G. Modalità di assessment per il gruppo “esordio”

- Il primo assessment (T0) tramite **BPRS** e **HoNOS** dei pazienti arruolati nel gruppo esordio deve di massima, essere effettuato entro 72 ore dall’ammissione in SPDC o dalla prima visita in CPS o nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Tali strumenti entro tale periodo devono essere somministrati direttamente al paziente o tramite un informatore chiave (lo psichiatra che ha in carico il paziente durante il ricovero o la prima visita in CPS).
- Il primo assessment (T0) tramite **DAS II** e **QPF** dei pazienti arruolati nel gruppo esordio deve di massima essere effettuato entro la prima settimana dall’ammissione in SPDC o dalla prima visita in CPS o nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza. IL coinvolgimento dei familiari è comunque un elemento positivo, indipendentemente dal processo di valutazione.
- Il primo assessment (T0) tramite **ERiraos** e **SAT-P** dei pazienti arruolati nel gruppo esordio, se le condizioni del paziente permettono tale valutazione, deve di massima essere effettuato entro la prima settimana dall’ammissione in SPDC o dalla prima visita in CPS o nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza. In caso che tale valutazione non fosse attuabile nella prima settimana deve comunque avvenire il prima possibile appena le condizioni del paziente la permettano.

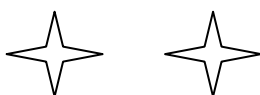
H. Modalità di assessment per il gruppo “a rischio”

- Il primo assessment (T0) tramite **BPRS**, **HoNOS**, **ERiraos** e **SAT-P** dei pazienti arruolati nel gruppo “a rischio” deve di massima essere effettuato entro la prima settimana dall’ammissione in SPDC o dalla prima visita in CPS o nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza. **BPRS** e **HoNOS** possono essere somministrati direttamente al paziente. o tramite un informatore chiave (lo psichiatra che ha in carico il paziente durante la prima visita in CPS), mentre **ERiraos** e **SAT-P** saranno somministrati direttamente al paziente.
- Il primo assessment (T0) tramite **DAS II** e **QPF** dei pazienti arruolati nel gruppo “a rischio” deve di massima essere effettuato entro le prime due settimane dall’ammissione in SPDC o dalla prima visita in CPS o nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

I. Raccolta dati

Tutti i dati anagrafici, clinici e di assessment vanno inseriti in un data base unificato, ubicato nel Centro Studi di Nocera (Fondazione CERPs), ove opererà una segreteria che provvederà alla imputazione dei dati.

Il data base sarà accessibile a tutti, protetto da una password, ma il data entry verrà effettuato solo dal servizio di segreteria di Nocera, cui devono essere inviate le schede cartacee e ogni altro materiale.



ALLEGATO n° 2

SCHEDA PAZIENTE

NOTA INTRODUTTIVA

La scheda paziente deve essere compilata per le persone reclutate nell’ambito del Progetto CCM (dizione usata da qui in poi per indicare sia il progetto che il Centro o DSM coinvolto).

La scheda va compilata dall’operatore che conosce meglio le informazioni richieste sulla persona in questione (da ora in poi detta **P**) e che eventualmente integrerà le sue conoscenze con informazioni derivate da domande fatte ai colleghi, alla stessa persona, ai familiari o con informazioni ricavate dalla cartella clinica.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

La valutazione da riportare sulla scheda si riferisce al momento del primo contatto con il Progetto CCM.

Dopo ogni domanda riportare accanto il codice che meglio corrisponde alla opzione scelta tra quelle indicate.

In caso di mancanza delle informazioni i codici per "NON NOTO" sono: 9 (codici a 1 cifra) o 99 (codici a 2 cifre); questi codici sono da usare nella minore quantità possibile.

Per favore, non lasciare mai nessuna risposta vuota (è però ammessa la mancanza di risposta per le domande condizionate - vedi oltre - non pertinenti al caso) e limitare al minimo il numero di risposte "Non noto".

NB. La persona (il paziente) descritta viene indicata con **P**.

Per semplificazione di scrittura, per **Reclutamento** nel corpo (non nei titoli) di questa scheda si intende l'assessment con l'eventuale presa in carico da parte Centro CCM.

Per **Contatto** si intende oltre al suddetto **Reclutamento** il contatto con qualsivoglia altro presidio (le componenti territoriali e residenziali, qualunque sia la loro denominazione ufficiale) di un Dipartimento di Salute Mentale, ivi incluso un reparto di degenza, il contatto con il quale viene più correttamente definito **Ricovero**.

Grafica

Le domande o le definizioni degli *item* sono in grassetto, le codifiche in tondo piccolo, le istruzioni in corsivo. Le domande **condizionate**, a cui rispondere solo se la risposta a una domanda precedente è di un certo tipo, sono rientrate a sinistra. Per motivi tecnici le domande vincolate nel data entry on line non sono accompagnate dalle istruzioni presenti nel supporto cartaceo.

<p>1. Nome e numero di telefono dell'operatore di riferimento per la compilazione</p> <p>.....</p> <p>Tel. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2. Data di compilazione (gg, mm, aa)</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
<p>1. Data di segnalazione (gg, mm, aa)</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>2. Data primo appuntamento offerto (gg, mm, aa)</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>3. Data inizio assessment (gg, mm, aa)</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>4. Presa in carico (1 = No; 2 = Sì, 3 = GAV; 9 = Non Noto) _ </p> <p>4.1. Se sì, data di presa in carico (gg, mm, aa)</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>

DATI SOCIO DEMOGRAFICI	
2.1 Codice di P (comprende l'iniziale del nome, del cognome [la prima lettera del primo nome e del primo cognome, nel caso di nomi o cognomi doppi], la lettera 'M' o 'F' indicativa del sesso e le ultime due cifre dell'anno di nascita. Esempio: Fabio Rossi, nato nel 1950: FRM50)	_ _ _ _ _ _ _
2.2 Data di nascita	_ _ _ _ _ _ _
2.3 Età di P (in anni)	_ _ _
2.4 Sesso di P (1 = Maschio, 2 = Femmina)	_
2.5 Nazionalità di P (1 = Italiano; 2 = Comunitario; 3 = Extracomunitario con permesso di soggiorno o con visto turistico; 4 = Extracomunitario senza permesso di soggiorno; 9= Non noto)	_
2.6 Stato civile anagrafico (1 = Celibe/nubile; 2 = Coniugato/a; 3 = Separato/a; 4= Divorziato/a; 5 = Vedovo/a; 9 = Non noto)	_
2.7 Convivenza abituale di P immediatamente prima dell'arruolamento (1 = Solo/a; 2 = Con la famiglia originaria [padre, madre, fratelli]; 3 = Con coniuge o partner senza figli ; 4 = Con coniuge o partner e figli; 5 = Con famiglia in parte originaria, in parte acquisita; 6 = Con altri parenti e/o amici; 7 = In appartamento assistito, convivenza psichiatrica; 8 = In struttura residenziale psichiatrica; 9 = Senza fissa dimora; 10 = Altro; 99 = Non noto)	_ _ _
2.8 Scolarità di P al momento dell'arruolamento (1 = Senza licenza elementare; 2 = Licenza elementare; 3 = Licenza media inferiore; 4 = Diploma professionale; 5 = Licenza media superiore; 6 = Laurea breve (es: infermiere professionale, assistente sociale, tecnico logopedista, ecc.); 7 = Laurea lunga; 8 = Livello superiore alla laurea; 99 = Non noto)	_ _ _
2.9 Condizione lavorativa o di studio prima dell'arruolamento (1= Studente; 2 = In cerca di prima occupazione; 3 = Corso di formazione lavorativa, borsa di lavoro; 4 = Lavoro precario (co.co.co., lavoro interinale, lavoro saltuario); 5 = Lavoro a tempo parziale; 6 = Lavoro a tempo pieno; 7 = Disoccupato; 8 = Casalinga; 9 = Pensione per invalidità civile; 10 = Pensione sociale; 11 = Altro pensionato; 12= Studente lavoratore; 99 = Non noto)	_ _ _
<i>Se P è codificato Studente:</i>	
2.10 Condizione del percorso di studio [1 = Frequenta la scuola o l'università; 2 = Ha abbandonato gli studi negli ultimi tre mesi; 3 = Ha abbandonato gli studi da più di tre mesi; 99 = Non noto]	_ _ _
<i>Se P è codificato lavoratore:</i>	
2.11. Lavora in cooperativa sociale di tipo B? (1= No; 2 = Si; 99= Non noto)	_ _ _
<i>Se P lavora:</i>	
2.12. Professione (1 = Imprenditore; 2 = Professioni che normalmente esigono la laurea, carriera direttiva; insegnante universitario o di scuole medie; 3 = Professioni che normalmente esigono la laurea breve o simili; 4 = Impiegato esecutivo; 5 = Commerciante, negoziante; 6 = Artigiano; 7 = Operaio qualificato, autista; 8 = Coltivatore diretto; 9 = lavoratore non qualificato del terziario (commesso di esercizio commerciale, cameriere di bar, ristorante); 10= Salariato agricolo, bracciante, operaio non qualificato; 11 = Altro; 99= Non noto)	_ _ _
DATI CLINICI	

3.0 Vi sono state complicanze durante la gravidanza o durante il parto? <i>Fare riferimento anche alle domande finali della check-list (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)</i>	_ _
3.1 A che età ha cominciato a dare i primi chiari segni di un disturbo psichiatrico (DUI)? <i>Per chiari segni del disturbo, fare riferimento principalmente a compromissioni della cura di sé o del funzionamento scolastico o lavorativo evidenti anche a chi non lo conosceva bene (99 = Non noto)</i> Età in anni	_ _
3.2 Quale è la DUI (in mesi) stimata?	_ _
3.3 P è stato arruolato come rischio o come esordio psicotico? (1 = rischio; 2 = esordio)	_ _
3.4 Se P è stato arruolato come esordio, quale è la DUP stimata (in giorni)?	_ _ _
3.5 Nel mese precedente l'arruolamento, era in cura per problemi psicologici o psichiatrici o di dipendenza? (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
Se sì, specificare:	
3.6. A chi si era rivolto prevalentemente? (= = Non era in cura; 1 = Centro di Salute Mentale per adulti; 2 = Clinica universitaria psichiatrica; 3 = Casa di cura convenzionata; 4 = Casa di cura non convenzionata; 5 = Servizio per tossicodipendenza pubblico; 6 - Servizio di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza; 7 = Altro specialista pubblico; 8 = Medico generale, di famiglia; 9 = Psichiatra o psicologo di struttura convenzionata; 10 = Psichiatra privato; 11 = Psicologo privato; 12 = Neurologo privato; 13 = Guaritore; 14 = Altro; 99 = Non noto)	_ _
3.7 Ha avuto ricoveri psichiatrici precedenti all'arruolamento? (1= no; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
3.8. Se sì, a quale età (anche approssimativa) ha avuto il primo ricovero per motivi psichiatrici? Età in anni	_ _
3.9. Se sì, quanti ricoveri per ragioni psichiatriche ha avuto all'incirca? (1 = Solo uno; 2 = Da due a cinque; 3 = Da sei a dieci; 4 = Più di dieci; 99 = Non noto)	_ _
G. INFORMAZIONI SUI DODICI MESI PRECEDENTI L'ARRUOLAMENTO PER I PAZIENTI GIÀ RICOVERATI PER RAGIONI PSICHIATRICHE	
3.10. Quanti ricoveri P ha avuto nei 12 mesi precedenti l'arruolamento? (00 = Nessuno; 1 = Solo uno; 2 = Da due a cinque; 3 = Da sei a dieci; 4 = Più di dieci; 99 = Non noto)	_ _
<i>Se è stato ricoverato nei 12 mesi precedenti:</i> 3.11. Dove hanno avuto luogo i ricoveri di P nei 12 mesi precedenti l'arruolamento? (1 = In strutture psichiatriche solo pubbliche; 2 = In strutture psichiatriche solo private; 3 = In strutture psichiatriche pubbliche e private; 4 = In strutture non psichiatriche; 99 = Non noto)	_ _

3.12. Ha avuto ricoveri in TSO nei 12 mesi precedenti l'arruolamento? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
J. DIAGNOSI	
5.1. E' presente una patologia organica che potrebbe almeno in parte spiegare i disturbi psichici? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
5.2. Diagnosi principale sintetica (riportare accanto il codice corrispondente ai seguenti raggruppamenti ICD-10: 1 = F00-F09 Sindromi e disturbi psichici di natura organica; 2 = F10-F19 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol e sostanze psicoattive; 3 = F20-F29 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti; 4 = F30-F32 Disturbo bipolare, attuale episodio maniacale; 5 = F30-F32 Disturbo bipolare, attuale episodio depressivo; 6 = F33-F39 Sindromi depressive unipolari; 7 = F40-F48 Sindromi ansiose, fobiche, legate a stress e somatoformi; 8 = F50-F59 Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici; 9 = F60-F69 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; 10 = F70-F79 Ritardo mentale; 11 = F80-F89 Deficit afasici, della lettura e del calcolo, autismo infantile; 12 = F90-F98 Disturbi dell'attenzione con iperattività, disturbi della condotta e disturbi della sfera emotiva nell'infanzia, tic, enuresi, balbuzie; 13 = F99 Disturbi mentali non specificati altrove; 14 = Non competenza psichiatrica)	_ _
5.3 Codice analitico	F _ _ • _ _
L. INTERVENTO DI AGENZIE	
Nell'invio al Programma 2000 sono state coinvolte:	
6.1. Pubblica sicurezza (Polizia, carabinieri, vigili urbani, ecc.) (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
6.2. L'autorità giudiziaria. (Escludendo la convalida del TSO). (1= No; 2 = Sì, 99 = Non noto) <i>Se sì, specificare::</i>	_ _
6.2.1 Suggerimento o indicazione del Magistrato	_
6.2.2 Disposizione del Magistrato	_
6.3. Il 118 o comunque un'autoambulanza in urgenza (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
6.4. Il pronto soccorso (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto) <i>Se Sì, specificare:</i>	_ _
6.4.1 In che giorno della settimana? (1 = lunedì, 2 = martedì; 3 = mercoledì; 4 = giovedì; 5 = venerdì; 6 = sabato; 7 = domenica; 99 = Non noto)	_ _
6.4.2 A che ora all'incirca? (su 24 ore:11 di sera = 23, ecc.; 99 = Non noto)	_ _
6.5. Il Centro di Salute Mentale? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
6.6. Medico di Medicina Generale? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
6.7. Scuole? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
6.8. Altre Agenzie pubbliche o private? (1= No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	_ _
M. INTERVENTO DELLA FAMIGLIA	
6.9 L'invio è stato chiesto o sollecitato dai familiari? (1= No; 2 = Sì; 88 = Non pertinente, non frequenta familiari; 99 = Non noto)	_ _
6.10 Il paziente è stato accompagnato al primo contatto da un familiare? (1= No; 2 = Sì; 88 = Non pertinente, non frequenta familiari; 99 = Non noto)	_ _
N. AREA DEGLI EVENTI SIGNIFICATIVI	

Nel mese prima del primo contatto con il PROGRAMMA 2000 era presente una di queste condizioni o eventi che può aver contribuito a determinarlo ?(rispondere a tutti gli item):	
6.9. Grave inadeguatezza nella cura di sé (alimentazione, pulizia, abbigliamento, ecc.) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.10. Compromissione del funzionamento lavorativo e sociale (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.11. Grave desocializzazione (Isolamento, chiusura in casa, ritiro) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.12. Conflitti e/o rottura con i familiari o con il partner (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.13. Conflitti e/o rottura con il contesto sociale (Litigi con vicini, urla o clamore, ecc.) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.14. Atti violenti subiti da P (1 = No; 2 = Sì; solo aggressioni verbali e minacce; 3 = Sì, è stato spintonato, colpito ma senza che dovesse ricorrere al Pronto Soccorso; 4 = Sì, ha subito lesioni tali da richiedere il ricorso al Pronto Soccorso; 99 = Non noto)	__ __
6.15. Danneggiamenti di cose (compresi reati) da parte di P (1 = No; 2 = Sì, ma con danni economici limitati; 3 = Sì, con danni economici rilevanti, indicativamente superiori ai 1000 €; 99 = Non noto)	__ __
6.16. Atti violenti di P nei confronti di persone (compresi reati) (1 = No; 2 = Sì, solo aggressioni verbali e minacce; 3 = Ha spintonato, colpito qualcuno ma senza che questi dovesse ricorrere al Pronto Soccorso; 4= Ha causato lesioni tali da richiedere il ricorso al Pronto Soccorso; 99 = Non noto)	__ __
6.17. Altri reati commessi da P (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.18. Esposizione ad evento traumatico psicologico o fisico (Lutto,licenziamento, perdite finanziarie, incidenti o disastri,ecc.) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non Noto)	__ __
6.19. Tentativo di suicidio o atto di autolesionismo (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non Noto)	__ __
O. AREA DELLA PSICOPATOLOGIA E DEL TRATTAMENTO	
Nel mese prima dell'invio al Programma 2000 era presente una di queste condizioni che può avere contribuito a determinarlo?(rispondere a tutti gli item):	
6.20. Gravi problemi dell'alimentazione (Anoressia, bulimia,) (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.21. Forte stato di depressione o di apatia (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.22. Stato di disorientamento o di confusione (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
6.23. Stato di agitazione psicomotoria (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;)	__ __
6.24. Ansia, angoscia, fobie (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;)	__ __
6.25. Deliri, allucinazioni (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;)	__ __
6.26. Abuso di farmaci non prescritti (es. ormoni steroidei, antidepressivi) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non noto)	__ __
6.27. Abuso di alcool (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto;)	__ __
6.28. Uso di sostanze (1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto)	__ __
Nel caso di risposta 2=Sì all'item precedente, specificare la sostanza che maggiormente ha caratterizzato l'abuso	
6.28.1. Oppiacei (1= No; 2=Sì; 99 = Non Noto)	__ __
6.28.2. Cannabinoidi (1= No; 2=Sì; 99 = Non Noto)	__ __
6.28.3. Cocaina (1= No; 2=Sì; 99 = Non Noto)	__ __
6.28.4. Ecstasy e simili (1= No; 2=Sì; 99 = Non Noto)	__ __

6.28.5. Amfetamine (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.28.6. Altre sostanze psicotrope (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.29. Abuso di sostanze (1 = No; 2 = Si; 99 = Non noto)	__ __
<i>Nel caso di risposta 2=Si all'item precedente, specificare la sostanza che maggiormente ha caratterizzato l'abuso</i>	
6.29.1. Oppiacei (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.29.2. Cannabinoidi (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.29.3. Cocaina (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.29.4. Ecstasy e simili (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.29.5. Amfetamine (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.29.6. Altre sostanze psicotrope (1= No; 2=Si; 99 = Non Noto)	__ __
6.30. Effetti collaterali di tipo neurologico (<i>convulsioni, etc.</i>) (1 = No; 2 = Si, 99 = Non noto)	__ __
6.4 Esiste una familiarità psichiatrica? (1 = No; 2 = Si; 9 = Non Noto) <i>Nel caso di risposta 2 = Si all'item precedente, specificare:</i>	__ __
6.4.1 Grado di familiarità (1 = primo grado; 2 = secondo grado; 3 = terzo grado; 4 = altro)	__ __
6.4.2 Patologia (1= Uso sostanze F10-19; 2= Schizofrenia-psicosi F20- 29; 3= Sindromi affettive F30-39; 4= Sindromi fobiche, ansiose, OC F40-48; 5= Sindromi e disturbi comportamentali F50-59; 6= Disturbi della personalità F60-69; 9=Non noto)	__ __
6.4.3 Il familiare è' stato curato (1 = No; 2 = Si; 9 = Non Noto)	__ __
6.4.4 A chi si era rivolto prevalentemente? (= = Non era in cura; 1 = Centro di Salute Mentale per adulti; 2 = Clinica universitaria psichiatrica; 3 = Casa di cura convenzionata; 4 = Casa di cura non convenzionata; 5 = Servizio per tossicodipendenza pubblico; 6 - Servizio di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza; 7 = Altro specialista pubblico; 8 = Medico generale, di famiglia; 9 = Psichiatra privato; 10 = Psicologo privato; 11 = Neurologo privato; 12 = Ospedale Psichiatrico; 13 = Guaritore; 14 = Altro; 99 = Non noto)	__ __

S. INSIGHT E VIOLENZE

8.4. Consapevolezza di P dell'esistenza di problemi psichiatrici (1 = No, totale mancanza di consapevolezza; 2 = Si rende conto che qualcosa non va in lui, ma non ritiene di aver bisogno di cure psichiatriche o psicologiche; 3 = Ritiene di avere bisogno di cure psichiatriche o psicologiche; 99 = Non noto) |__|__|

8.5. Che atteggiamento aveva P all'inizio nei confronti della proposta di trattamento? |__|__|
(1 = Ostile; 2 = Riluttante; 3 = Indifferente; 4 = Favorevole; 99 = Non noto)

8.6. Che atteggiamento ha ora (al follow-up) P nei confronti del trattamento? (1 = Ostile: rifiuta ricovero e cure; 2 = Riluttante: accetta il ricovero ma non le cure; 3 = Indifferente: accetta passivamente le cure e il ricovero; 4 = Favorevole: accetta attivamente il ricovero; 99 = Non noto); |__|__|

8.7. P ha avuto comportamenti violenti e aggressivi verso gli altri nel mese prima dell'invio? (*dare solo il codice più alto.* 1 = No; 2 = Solo aggressioni verbali o minacce; 3 = Ha danneggiato cose; 4 = Ha spintonato o colpito persone, ma senza la necessità di ricorrere alle cure del pronto soccorso; 5 = Ha causato lesioni tali a persone da richiedere il ricorso alle cure del pronto soccorso; 99 = Non noto) |__|__|

8.8. P ha avuto comportamenti violenti verso se stesso nel mese prima dell'invio? (dare solo il codice più alto 1 = No; 2 = Ha espresso l'intenzione di uccidersi senza pianificare come fare; 3 = Ha pianificato il suicidio senza attuarlo; 4 = Ha tentato il suicidio senza riportare lesioni; 5 = Ha tentato il suicidio riportando lesioni non gravi; 6 = Ha tentato il suicidio riportando lesioni gravi; 99 = Non noto) |__|__|

8.9. P ha subito aggressioni o violenza da parte di altri nel mese prima dell'invio? (dare solo il codice più alto. 1 = No; 2 = Solo aggressioni verbali o minacce; 3 = E' stato spintonato o colpito, ma senza subire traumi da rendere necessario il ricorso alle cure del pronto soccorso; 4 = E' stato colpito e ha avuto traumi da rendere necessario il ricorso alle cure del pronto soccorso; 99 = Non noto) |__|__|

TRATTAMENTI E INTERVENTI

T. TERAPIA EFFETTUATA NEL CORSO DEL TRATTAMENTO AL PROG-2000

9.1. Specificare il numero di farmaci di ogni categoria prescritti al paziente in qualche momento (Se nessuno, scrivere "0");

9.1.1. Antipsicotici tipici (*Largactil, Talofen, Serenase, Haldol, Entumin, Clopixol, Orap, Trilafon, Moditen Depot, ecc.*) |__|

9.1.2. Antipsicotici atipici (*Leponex, Risperdal, Zyprexa, Seroquel, ecc.*) |__|

9.1.3. Antidepressivi triciclici (*Anafranil, Laroxil, Tofranil, Surmontil, Noritren, Vividil0, ecc.*) |__|

9.1.4. SSRI (*Seroxat, Sereupin, Prozac, Fluoxeren, Elopam, Seropram, Zoloft, ecc.*) |__|

9.1.5. SNRI (*Efexor, ecc.*) |__|

9.1.6. NASSA (*Remeron, ecc.*) |__|

9.1.7. NARI (*Davedax, Edronax, ecc.*) |__|

9.1.8. Altri antidepressivi (*Samyr, Trittico, ecc.*) |__|

9.1.9. Sali di Litio (*Carbolithium, ecc.*) |__|

9.1.10. Altri stabilizzanti del tono dell'umore (*Tegretol, Depakin, ecc.*) |__|

9.1.11. Benzodiazepine (*Valium, Ansiolin, Tavor, Lexotan, En, ecc.*) |__|

9.1.12. Ipnotici (*Halcion, Dalmadorm, Flunox, Roipnol, Minias, Imovane, Stilnox, Sonata, ecc.*) |__|

9.1.13. Antiparkinsoniani (*Artane, Disipal, Akineton, ecc.*) |__|

9.1.14. Antistaminici (*Fargan, Farganesse, ecc.*) |__|

9.1.15. Altri farmaci non psicotropi |__|

9.2. Se in trattamento farmacologico, P ha avuto effetti collaterali da psicofarmaci? (1 = No; 2 = Sì, lievi; 3 = Sì, marcati; 99 = Non noto). **Se 2 o 3, specificare qui sotto** |__|__|

9.2.1. Effetti collaterali extrapiramidali (*parkinsonismo, distonia acuta, discinesia e/o distonia cronica, acatisia*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.2. Effetti collaterali cardiovascolari (*aritmie cardiache, lipotimie, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.3. Effetti collaterali a carico dell'apparato emopoietico o di altri organi (*leucopenia, anemia, pancreatite, epatite, precipitazione di glaucoma o di ritenzione urinaria, problemi dermatologici, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.4. Effetti collaterali di tipo metabolico (*iponatremia, iperglicemia, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.5. Effetti collaterali di tipo endocrino (*iperprolattinemia, ipotiroidismo, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.6. Effetti collaterali di tipo neurologico esclusi gli extrapiramidali (*convulsioni, etc.*) (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.7. Sindrome neurolettica maligna (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.8. Sindrome serotoninergica (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

9.2.9. Stato confusionale (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto) |__|__|

U. ALTRI TRATTAMENTI E INTERVENTI RICEVUTI DA P DURANTE IL TRATTAMENTO AL PROGRAMMA 2000

9.8. P ha fatto durante il trattamento psicoterapia individuale di sostegno (*sessioni di almeno trenta minuti*)? **Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.9. P ha fatto durante il trattamento psicoterapia dinamica individuale (*sessioni di almeno trenta minuti*)? **Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.10. P ha fatto durante il trattamento psicoterapia di gruppo ad approccio psicodinamico (*incontri di almeno trenta minuti*)? **Per quanti incontri?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.11. P ha fatto durante il trattamento psicoterapia individuale ad approccio cognitivo-comportamentale (*sessioni di almeno trenta minuti*)? **Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.12. P ha fatto durante il trattamento psicoterapia di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale? **Per quanti incontri?** (*incontri di almeno trenta minuti*) (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.13. P ha fatto durante il trattamento altre psicoterapie individuali (*sessioni di almeno trenta minuti*)? **Per quante sedute?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto). **Specificare quale** |__|

9.14. P ha fatto durante il trattamento altre psicoterapie di gruppo (*incontri di almeno trenta minuti*)? **Per quanti incontri?** (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.15. Interventi riabilitativi/addestramento di abilità sociali, individuali (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.16. Interventi riabilitativi/addestramento di abilità sociali, di gruppo (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = da 5 a 10; 5=più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.17. Gruppi psicoeducativi strutturati di pazienti (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.18. Gruppi di discussione o gruppo giornali (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.19. Gruppi di mutuoaiuto (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.20. Gruppi di attività espressive (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.21. Ginnastica, attività sportive (1= No; 2 = Sì, 1-2 sedute; 3 = 3-5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.22. Attività ricreative strutturate (carte, scacchi) (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 sedute; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.23. Interventi coi familiari (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 incontri; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.24. Interventi con vicini, amici, ambiente di lavoro (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 incontri; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9 = Non noto) |__|

9.25. Colloqui con volontari (1= No; 2 = Sì, 1 - 2 incontri; 3 = Da 3 a 5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; |__|
6 = Numero non noto; 9 = Non noto)

9.26. Promozione di sostegno economico (1= No; 2 = Sì; 9 = Non noto) |__|

9.27. Altro intervento 1 : Colloqui psichiatrici(1= No; 2 = Sì, 1 - 2 volte; 3 = Da 3 a 5; 4 =Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9=Non noto) |__| ^{non compilare} |__|

9.28. Altro intervento 2: Visite domiciliari (1= No; 2 = Sì, 1-2 volte; 3 = 3-5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9=Non noto) |__| |__|

9.29. Altro intervento 3: Da specificare (1= No; 2 = Sì, 1-2 volte; 3 = 3-5; 4 = Da 5 a 10; 5=Più di 10; 6 = Numero non noto; 9=Non noto)

9.30. Per P è stato formulato un piano di trattamento scritto individualizzato che riporta in modo sintetico gli interventi da fare da parte degli operatori delle varie qualifiche?
(1 = No; 2 = Sì; 99 = Non noto) |__|__|

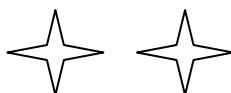
Z. PRESA IN CARICO E DIMISSIONI	
14.1. P è ancora in carico? (1 = No; 2 = Sì)	__ __
14.1 Se P non è più in carico (1 = è stato dimesso; 2 = è stato trasferito ad altro servizio; 3 = ha interrotto il programma)	__ __
14.2. Se P non è più in carico, per quanto tempo è stato in carico al Programma 2000? Specificare il numero di mesi.	__ __
14.2 In caso di avvenuta dimissione o trasferimento, quale struttura o agenzia si fa carico dell'assistenza psichiatrica e psicologica? (1 = CSM; 2 = altra struttura territoriale non residenziale del DSM; 3 = servizio privato accreditato; 4 = Medicina di base; 5 = Professionista privato; 6 = Centro psichiatrico riabilitativo o comunità protetta (degenza 6 mesi - un anno); 7 = In struttura residenziale psichiatrica ad <u>alta</u> intensità assistenziale - 24 ore; 8 = In struttura residenziale psichiatrica a <u>media</u> intensità assistenziale - 12 ore; 9 = In struttura residenziale psichiatrica a <u>bassa</u> intensità assistenziale - a fasce orarie; 10 = Appartamento assistito o convivenza di pazienti psichiatrici; 99 = Non noto)	__ __
14.3. Se in fase di dimissione (entro sei mesi) chi si prevede si farà carico della prosecuzione dell'assistenza psichiatrica o psicologica? (1 = CSM; 2 = altra struttura territoriale non residenziale del DSM; 3 = servizio privato accreditato; 4 = Medicina di base; 5 = Professionista privato; 6 = Centro psichiatrico riabilitativo o comunità protetta (degenza 6 mesi - un anno); 7 = In struttura residenziale psichiatrica ad <u>alta</u> intensità assistenziale - 24 ore; 8 = In struttura residenziale psichiatrica a <u>media</u> intensità assistenziale - 12 ore; 9 = In struttura residenziale psichiatrica a <u>bassa</u> intensità assistenziale - a fasce orarie; 10 = Appartamento assistito o convivenza di pazienti psichiatrici; 99 = Non noto)	__ __
<i>Specificare altro</i> _____	

RIASSUNTO E INTEGRAZIONE "VARIABILI DI ESITO" rilevate il 31.12.2006 e riferite al periodo iniziato al momento dell'arruolamento	
15.1. Dal momento dell'arruolamento ha avuto ospedalizzazioni per cause psichiatriche ? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__
15.1.1 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente, quante?	__ __
15.1.2 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente, quante in TSO?	__ __
15.2. Dal momento dell'arruolamento sono stati necessari interventi psichiatrici di	

urgenza con visite al P.S. o con interventi domiciliari d'urgenza? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__
15.2.1 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente, quanti?	__ __
15.3. Dal momento dell'arruolamento ha manifestato comportamenti antisociali sanzionati dalla Legge? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__
15.3.1 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente, quante volte?	__ __
15.4. Dal momento dell'arruolamento ha effettuato tentativi di suicidio? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__
15.3.1 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente, quante volte?	__ __
15.5. Dal momento dell'arruolamento è variato il suo "stato civile"? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__
15.5.1 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente il paziente: (1) si è sposato; (2) convive stabilmente; (3) si è separato o ha interrotto la convivenza	__
15.6. Dal momento dell'arruolamento è variata la sua condizione abitativa? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__
15.6.1 Se è stato risposto "Sì" alla domanda precedente, e' andato a vivere (1) solo; (2) con i familiari di origine; (3) con un partner ?	__
15.7. Dal momento dell'arruolamento è variata la sua carriera di studente? (1) Ha proseguito gli studi; (2) ha interrotto gli studi; (3) ha terminato gli studi intrapresi (4) ha ripreso gli studi <i>Rispondere solo se codificato "Studente". Se "Lavoratore", rispondere alla successiva</i>	__
15.8. Dal momento dell'arruolamento è variata la sua carriera di lavoratore? (1) Ha mantenuto il lavoro; (2) ha perso il lavoro; (3) ha trovato il lavoro; (4) ha effettuato o sta effettuando un percorso di formazione lavorativa (5) è ancora disoccupato	__
15.9. Dal momento dell'arruolamento c'è stato abuso di sostanze? (1 = No; 2 = Sì, 99 = Non Noto)	__

16.1. Difficoltà incontrate per ottenere le informazioni. (1 = Nessuna; 2 = Poche; 3 = Discrete; 4 = Notevoli). |__|

16.2. Tempo necessario per compilare la scheda (minuti) |__|__|__|



ALLEGATO n° 3

QUESTIONARIO PER LA DESCRIZIONE DEI SERVIZI COINVOLTI NEL PROGETTO

**“ L’individuazione e l’intervento precoce
nelle psicosi.
Un approccio preventivo alla schizofrenia”.**

Il questionario è composto da 23 item suddivisi in tre parti:

- una parte riferita all’individuazione e al trattamento dei rischi

- una parte riferita all'individuazione e al trattamento degli esordi
- una parte generale riferita ad entrambi i gruppi

Durante la compilazione è importante fare attenzione alle date in cui sono fissati il T0, il T1 e il T2.

Anno 2006 significa prima del 26 marzo 2007

Anno 2008 significa fino al 25 marzo 2009

PARTE PRIMA

RISCHI

- 1) Quali iniziative sono state messe in atto per l'individuazione delle persone a rischio di schizofrenia?

T0 - ANNO 2006

- nessuna attività
- nessuna attività, ma inserimento di tali iniziative nella programmazione per il prossimo anno
- alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nelle attività programmate
- attività rivolte a persone a rischio nell'ultimo anno, inserite sistematicamente nella routine clinica e programmate dal servizio; assenza di strutture specifiche o team con personale dedicato
- presenza di strutture specifiche o team dedicato

T2 - ANNO 2008

- nessuna attività
- nessuna attività, ma inserimento di tali iniziative nella programmazione per il prossimo anno
- alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nelle attività programmate
- attività rivolte a persone a rischio nell'ultimo anno, inserite sistematicamente nella routine clinica e programmate dal servizio; assenza di strutture specifiche o team con personale dedicato
- presenza di strutture specifiche o team dedicato

- 2) Vengono utilizzate scale di valutazione per l'individuazione delle persone a rischio di schizofrenia?

T0 ANNO 2006

- nessun utilizzo di scale di valutazione
- utilizzo di scale di valutazione in attività routinarie o in attività specifiche per l'individuazione delle persone a rischio e/o in fase prodromica della schizofrenia

T2 ANNO 2008

- nessun utilizzo di scale di valutazione
- utilizzo di scale di valutazione in attività routinarie o in attività specifiche per l'individuazione delle persone a rischio e/o in fase prodromica della schizofrenia

- 3) Vengono impiegati trattamenti con farmaci antipsicotici nelle persone a rischio di schizofrenia?

T0 ANNO 2006

- Nessun utilizzo di trattamenti farmacologici
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

T1 ANNO 2007

- nessun utilizzo di trattamenti farmacologici
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- nessun utilizzo di trattamenti farmacologici
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

4) Vengono impiegati trattamenti psicologici specifici (psicoterapia cognitivo comportamentale) nelle persone a rischio di schizofrenia?

T0 ANNO 2006

- nessun utilizzo di trattamenti psicologici specifici (CBT)
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

T1 ANNO 2007

- nessun utilizzo di trattamenti psicologici specifici (CBT)
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- nessun utilizzo di trattamenti psicologici specifici (CBT)
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

5) Quanti casi a rischio sono seguiti in modo continuativo?

T0 ANNO 2006

numero utenti che hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni

numero utenti in carico

Percentuale=

T1 ANNO 2007

numero utenti che hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni

numero utenti in carico

Percentuale=

6) Quanti casi a rischio hanno ricevuto visite domiciliari durante il trattamento?

T1 ANNO 2007

numero utenti che hanno ricevuto visite domiciliari

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto visite domiciliari

numero utenti in carico

Percentuale=

7) Quanti casi a rischio ricevono un trattamento:

a) solo da psichiatri

T1 ANNO 2007

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psichiatri

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psichiatri

numero utenti in carico

Percentuale=

b) solo da psicologi
T1 ANNO 2007

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psicologi

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psicologi

numero utenti in carico

Percentuale=

c) multidisciplinari
T1 ANNO 2007

numero utenti che hanno ricevuto interventi multidisciplinari

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto interventi multidisciplinari

numero utenti in carico

Percentuale=

PARTE SECONDA

ESORDI

8) Quali iniziative sono state messe in atto per l'individuazione e il trattamento precoce degli esordi?
T0 ANNO 2006

- nessuna attività
 - nessuna attività, ma inserimento di tali iniziative nella programmazione per il prossimo anno
 - alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nella routine clinica
 - attività rivolte a utenti all'esordio nell'ultimo anno, inserite sistematicamente nella routine clinica e programmate dal servizio con presenza di personale dedicato; assenza di strutture specifiche
 - presenza di personale dedicato e di strutture specifiche
- T2 ANNO 2008

- nessuna attività
- nessuna attività, ma inserimento di tali iniziative nella programmazione per il prossimo anno
- alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nella routine clinica
- attività rivolte a utenti all'esordio nell'ultimo anno, inserite sistematicamente nella routine clinica e programmate dal servizio con presenza di personale dedicato; assenza di strutture specifiche
- presenza di personale dedicato e di strutture specifiche

9) Sono previste procedure scritte per l'accoglienza e per il trattamento di utenti all'esordio?
T0 ANNO 2006

- nessuna procedura scritta
 - procedure scritte generiche sia per l'accoglienza che per il trattamento
 - procedure scritte dettagliate per l'accoglienza, ma non per il trattamento o generiche
 - procedure scritte dettagliate per l'accoglienza e per il trattamento; non sono ben definiti i ruoli e le responsabilità
 - procedure scritte dettagliate per l'accoglienza e per il trattamento; sono definiti chiaramente i ruoli e le responsabilità (percorso assistenziale scritto)
- T2 ANNO 2008

- nessuna procedura scritta
- procedure scritte generiche sia per l'accoglienza che per il trattamento
- procedure scritte dettagliate per l'accoglienza, ma non per il trattamento o generiche
- procedure scritte dettagliate per l'accoglienza e per il trattamento; non sono ben definiti i ruoli e le responsabilità
- procedure scritte dettagliate per l'accoglienza e per il trattamento; sono definiti chiaramente i ruoli e le responsabilità (percorso assistenziale scritto)

10) Sono state svolte attività specifiche per il trattamento di utenti all'esordio?
T0 ANNO 2006

- in nessun caso
- nel 25% dei casi o meno
- nel 26%-50% dei casi
- nel 51%-75% dei casi
- in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- in nessun caso
- nel 25% dei casi o meno
- nel 26%-50% dei casi
- nel 51%-75% dei casi
- in più del 75% dei casi

11) Vengono utilizzate scale di valutazione per l'identificazione delle persone al primo episodio psicotico?

T0 ANNO 2006

- nessun utilizzo
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- nessun utilizzo
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

12) Sono impiegate tecniche di visualizzazione cerebrale (MRI e TC) per l'identificazione delle persone al primo episodio psicotico?

T0 ANNO 2006

- nessun utilizzo
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- nessun utilizzo
- utilizzo in meno del 26% dei casi
- utilizzo nel 26%-50% dei casi
- utilizzo nel 51%-75% dei casi
- utilizzo in più del 75% dei casi

13) Per gli utenti all'esordio è raccomandato il trattamento farmacologico (Indicazione 1); la scelta tra antipsicotici tipici o atipici deve essere valutata caso per caso (Indicazione 2).

Sono previste queste indicazioni per il trattamento farmacologico degli utenti all'esordio?

T0 ANNO 2006

- nessuna indicazione
- nessuna indicazione, ma esiste il progetto di introdurle
- le indicazioni adottate sono generiche
- le indicazioni adottate contengono almeno una delle due raccomandazioni
- le indicazioni adottate contengono entrambe le raccomandazioni

T2 ANNO 2008

- nessuna indicazione
- nessuna indicazione, ma esiste il progetto di introdurle
- le indicazioni adottate sono generiche
- le indicazioni adottate contengono almeno una delle due raccomandazioni
- le indicazioni adottate contengono entrambe le raccomandazioni

14) Quanti utenti, a rischio o agli esordi, hanno ricevuto un trattamento iniziale con antipsicotici tipici o atipici?

T0 ANNO 2006

numero utenti inviati per la prima volta e trattati con antipsicotici tipici per via orale

numero utenti inviati per la prima volta

Percentuale=

numero utenti inviati per la prima volta e trattati con antipsicotici atipici per via orale

numero utenti inviati per la prima volta

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti inviati per la prima volta e trattati con antipsicotici tipici per via orale

numero utenti inviati per la prima volta

Percentuale=

numero utenti inviati per la prima volta e trattati con antipsicotici atipici per via orale

numero utenti inviati per la

15) Nel periodo che segue l'esordio psicotico sono previste indicazioni per il trattamento farmacologico di mantenimento?

T0 ANNO 2006

- nessuna indicazione
- nessuna indicazione, ma esiste il progetto di introdurle
- le indicazioni adottate sono generiche
- esistono precise indicazioni sul trattamento farmacologico di mantenimento

T2 ANNO 2008

- nessuna indicazione
- nessuna indicazione, ma esiste il progetto di introdurle
- le indicazioni adottate sono generiche
- esistono precise indicazioni sul trattamento farmacologico di mantenimento

16) Quali sono le pratiche nel trattamento farmacologico di mantenimento relativamente a:

a. durata per un anno del trattamento di mantenimento con antipsicotici dopo la crisi

T0 ANNO 2006

- i. in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%)
- ii. nel 10%-25% dei casi
- iii. nel 26%-50% dei casi
- iv. nel 51%-75% dei casi
- v. in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- vi. in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%)
- vii. nel 10%-25% dei casi
- viii. nel 26%-50% dei casi
- ix. nel 51%-75% dei casi
- x. in più del 75% dei casi

b. nel caso in cui si decida la sospensione del farmaco, questa avviene in modo graduale

T0 ANNO 2006

- i. in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%)
- ii. nel 10%-25% dei casi
- iii. nel 26%-50% dei casi
- iv. nel 51%-75% dei casi
- v. in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- vi. in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%)
- vii. nel 10%-25% dei casi
- viii. nel 26%-50% dei casi
- ix. nel 51%-75% dei casi
- x. in più del 75% dei casi

c. monitoraggio della sintomatologia dopo la sospensione del farmaco

T0 ANNO 2006

- i. in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%)
- ii. nel 10%-25% dei casi
- iii. nel 26%-50% dei casi
- iv. nel 51%-75% dei casi
- v. in più del 75% dei casi

T2 ANNO 2008

- vi. in nessun caso o in pochissimi casi (meno del 10%)
- vii. nel 10%-25% dei casi
- viii. nel 26%-50% dei casi
- ix. nel 51%-75% dei casi
- x. in più del 75% dei casi

17) Quanti esordi sono seguiti in modo continuativo?

T0 ANNO 2006

numero utenti che hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni

numero utenti in carico

Percentuale=

T1 ANNO 2007

numero utenti che hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto almeno un contatto ogni 90 giorni

numero utenti in carico

Percentuale=

18) Quanti esordi hanno ricevuto visite domiciliari durante il trattamento?

T0 ANNO 2006

numero utenti che hanno ricevuto visite domiciliari

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto visite domiciliari

numero utenti in carico

Percentuale=

19) Quanti esordi ricevono un trattamento:

a) solo da psichiatri

T0 - ANNO 2006

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psichiatri

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 - ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psichiatri

numero utenti in carico

Percentuale=

b) solo da psicologi

T0 - ANNO 2006

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psicologi

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 - ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto interventi solo da psicologi

numero utenti in carico

Percentuale=

c) interventi multidisciplinari

T0 ANNO 2006

numero utenti che hanno ricevuto interventi multidisciplinari

numero utenti in carico

Percentuale=

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto interventi multidisciplinari

numero utenti in carico

Percentuale=

PARTE TERZA

GENERALE

20) Esistono prove di efficacia della psicoterapia e di altre strategie cognitive comportamentali nelle psicosi.

Quante sono le figure professionali competenti in tal senso?

a) psichiatri

T0 31 DICEMBRE 2006

numero psichiatri in grado di effettuare CBT

numero psichiatri in servizio

Percentuale =

T2 31 DICEMBRE 2008

numero psichiatri in grado di effettuare CBT

numero psichiatri in servizio

Percentuale =

b) psicologi

T0 31 DICEMBRE 2006

numero psicologi in grado di effettuare CBT

numero psicologi in servizio

Percentuale =

T2 31 DICEMBRE 2008

numero psicologi in grado di effettuare CBT

numero psicologi in servizio

Percentuale =

c) assistenti sociali

T0 31 DICEMBRE 2006

numero assistenti sociali in grado di effettuare CBT

numero assistenti sociali in servizio

Percentuale =

T2 31 DICEMBRE 2008

numero assistenti sociali in grado di effettuare CBT

numero assistenti sociali in servizio

Percentuale =

d) infermieri

T0 31 DICEMBRE 2006

numero infermieri in grado di effettuare CBT

numero infermieri in servizio

Percentuale =

T2 31 DICEMBRE 2008

numero infermieri in grado di effettuare CBT

numero infermieri in servizio

Percentuale =

e) educatori

T0 31 DICEMBRE 2006

numero educatori in grado di effettuare CBT

numero educatori in servizio

Percentuale =

T2 31 DICEMBRE 2008

numero educatori in grado di effettuare CBT

numero educatori in servizio

Percentuale =

21) Sono previsti protocolli scritti per il trattamento con psicoterapia cognitivo comportamentale?

T0 ANNO 2006

- nessuna indicazione
- nessuna indicazione, ma esiste il progetto di introdurli
- le indicazioni adottate sono generiche
- esistono precise indicazioni sul trattamento con CBT

T2 ANNO 2008

- nessuna indicazione
- nessuna indicazione, ma esiste il progetto di introdurli
- le indicazioni adottate sono generiche
- esistono precise indicazioni sul trattamento con CBT

22) Quanti utenti sono in trattamento con psicoterapia cognitivo comportamentale?

T0 ANNO2006

numero utenti che hanno ricevuto almeno cinque sedute di CBT

numero utenti in arruolati

Percentuale =

T2 ANNO 2008

numero utenti che hanno ricevuto almeno cinque sedute di CBT

numero utenti in arruolati

23) Quante sono le figure professionali con competenza negli interventi familiari di tipo psicoeducativo?

a) psichiatri

T0 - 26 MARZO 2007

numero psichiatri competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero psichiatri in servizio

Percentuale =

T2 - 25 MARZO 2009

numero psichiatri competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero psichiatri in servizio

Percentuale =

b) psicologi

T0 - 26 MARZO 2007

numero psicologi competenti in interventi psicoeducativi rivolto alla famiglia

numero psicologi in servizio

Percentuale =

T2 - 25 MARZO 2009

numero psicologi competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero psicologi in servizio

Percentuale =

c) assistenti sociali

T0 - 26 MARZO 2007

numero assistenti sociali competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero assistenti sociali in servizio

Percentuale =

T2 - 25 MARZO 2009

numero assistenti sociali competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero assistenti sociali in servizio

Percentuale =

d) infermieri

T0 - 26 MARZO 2007

numero infermieri competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero infermieri in servizio

Percentuale =

T2 - 25 MARZO 2009

numero infermieri competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero infermieri in servizio

Percentuale =

e) educatori

T0 - 26 MARZO 2007

numero educatori competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero educatori in servizio

Percentuale =

T2 - 25 MARZO 2009

numero educatori competenti in interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia

numero educatori in servizio

Percentuale =

24) Quanti familiari hanno ricevuto interventi psicoeducativi?

T0 - ANNO 2006

numero utenti i cui familiari hanno ricevuto interventi psicoeducativi

numero utenti in arruolati

Percentuale=

T - 2 ANNO 2008

numero utenti i cui familiari hanno ricevuto interventi psicoeducativi

numero utenti in arruolati

Percentuale=

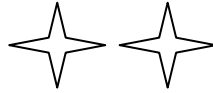
25) Il servizio ha organizzato attività informative e formative indirizzate ai medici di base, agli operatori di servizi sanitari del territorio, alla popolazione e alle istituzioni?

T0 - ANNO 2006

- nessuna attività informativa e formativa
- nessuna attività, ma inserimento di tali attività nella programmazione per il prossimo anno
- alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nelle attività programmate
- attività informative e formative frequenti, ma non ancora inserite nella programmazione
 - attività informative e formative stabili e continuative inserite nella programmazione

T2 - ANNO 2008

- nessuna attività informativa e formativa
- nessuna attività, ma inserimento di tali attività nella programmazione per il prossimo anno
- alcune attività specifiche, ma non sistematiche e non ancora inserite nelle attività programmate
- attività informative e formative frequenti, ma non ancora inserite nella programmazione
- attività informative e formative stabili e continuative inserite nella programmazione



ALLEGATO n° 4

Frontespizio documento illustrativo e operativo Piattaforma Informatica

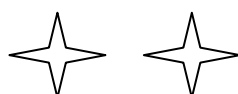
FONDAZIONE
ONLUS
CeRPS
Centro Ricerche
sulla Psichiatria e
le Scienze Umane

FONDAZIONE CeRPS

RICERCATORE

Breve tutorial dell'area ricercatori per la gestione della piattaforma on-line
ricerca CCM

GESTIONE PAZIENTI



ALLEGATO n° 5

Relazioni aggiuntive di due singole Unità Operative

1. Milano - Niguarda

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano – Programma 2000

Premessa

Il “Programma 2000”- Centro per l’individuazione e l’intervento precoce nelle psicosi

La prima esperienza organica di prevenzione secondaria delle psicosi attualmente in corso in Italia è rappresentata dal “Programma 2000”, programma di individuazione e intervento precoce all’esordio di patologie mentali, che ha avviato l’attività sul campo nel 1999, nell’ambito del Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca’ Granda di Milano.

Il Programma 2000, nasce come una possibile risposta preventiva di fronte alle usuali abitudini terapeutiche prevalentemente riparative, ed ha come destinatari giovani **al primo episodio psicotico**, o comunque al primo contatto con il Servizio e con una durata della psicosi non trattata (DUP) inferiore a 2 anni, e giovani considerati, per una combinazione di fattori e di evidenti segnali, **ad alto rischio di psicosi**. I criteri di inclusione del Programma 2000 consistono in sintomi psicotici specifici e/o una combinazione di fattori o segnali di rischio quali la familiarità con i disturbi psicotici, complicanze perinatali, depressione, ansia, ridotta concentrazione ed attenzione, ritiro e deterioramento sociale, disturbi fisiologici, sintomatologia positiva anche in forma attenuata.

E’ un programma mirato alle esigenze e agli obiettivi delle singole fasi del disagio o della malattia, multidimensionale, strutturato in una articolazione di procedure ed operazioni, che corrispondono alle componenti indicate dalla letteratura come essenziali negli interventi precoci: **individuazione e sensibilizzazione, segnalazione, aggancio e assessment, trattamento, valutazione e ricerca**.

Il Progetto CCM si è ispirato a questa esperienza e utilizza in parte il know how accumulato nel corso di 11 anni di lavoro.

Metodologia di lavoro.

La metodologia di lavoro, opportunamente adattata, è stata applicata al presente Progetto e può essere sintetizzata come segue.

- 1. Sia che la persona che si presenti spontaneamente, senza alcun invio clinico, sia che venga segnalata da altre strutture del DSM (CPS o SPDC) o che venga inviata da un altro professionista con un quesito clinico:**

il primo screening viene effettuato con la somministrazione di Checklist ERiraos. Se il punteggio è uguale o superiore a 12 e/o vi è un dubbio o valutazione clinica del professionista - in genere uno psicologo-, viene proseguito l'assessment al soggetto e alla sua famiglia

- 2. In tal caso la valutazione clinica è effettuata da almeno due professionisti (psicologo e psichiatra) ed è rivolta:**

al soggetto, con l'utilizzo di:

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Cognitive Behavioral Assessment (CBA), , Satisfaction Profile (SAT-P), Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), batteria di test neurocognitivi.

alla famiglia, con l'utilizzo di:

Disability Assessment Schedule (DAS II), Camberwell Family Interview (CFI),

Questionario Economico per l'attività clinica dei Servizi Psichiatrici (QESP)

Con gli elementi ricavati da questa articolata valutazione e in seguito a un accordo di tutta l'équipe, viene decisa l'opportunità dell'**inclusione e della presa in carico** nel Programma.

- 3. Se la Persona viene presa in carico, viene steso un programma che prevede l'integrazione degli strumenti sopra descritti con:**

al soggetto: ERiraos Symptomlist (non prevista dal protocollo standard) e batteria di assessment neurocognitivo

alla famiglia: Valutazione delle Conoscenze sulla Psicosi (VCP) e Satisfaction Profile (SAT-P)

- 4. Tutti gli strumenti sopradescritti, oltre che al momento dell'assessment iniziale, vengono ri-somministrati ad intervalli di 6 (per alcuni strumenti) o 12 mesi.**

L'utilizzo di questi strumenti oltre a rivestire un fondamentale valore diagnostico, segnatamente nelle situazioni prodromiche o ad alto rischio, svolge anche un importante funzione di motivazione e coinvolgimento costruttivo del soggetto interessato e della sua famiglia.

Presa in carico

Il trattamento prevede una modalità flessibile e personalizzata, attuata in un ambiente dove l'utente giovane non rischia di entrare in contatto con pazienti in una fase avanzata o più grave di malattia. Si tratta infatti di un intervento specifico, in un luogo specifico, con una équipe specificamente individuata e dedicata, anche se interconnessa con le altre strutture del Dipartimento e con uno stile di lavoro specifico.

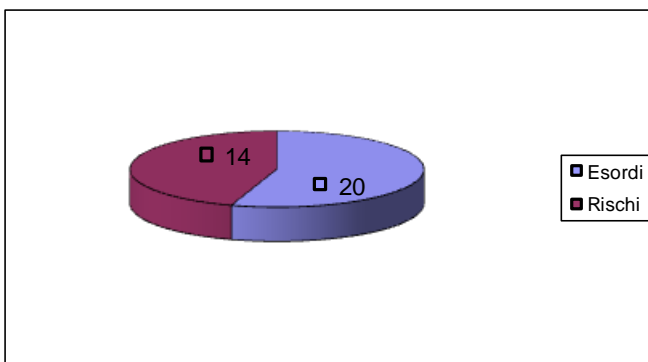
La presa in carico infatti prevede l'attuazione di programmi individualizzati ("tagliati su misura") di trattamento sviluppati da una équipe pluriprofessionale e consiste nella scelta di una o nella combinazione di alcune delle seguenti attività: colloqui psichiatrici e trattamento farmacologico, colloqui individuali di consultazione e motivazione, intervento sulla famiglia, psicoeducazione individuale e familiare, sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale, partecipazione ad attività di gruppo, in particolare ai gruppi di gestione dell'ansia, di competenza

sociale e problem solving, supporto sociale individuale o di gruppo volto a sostenere o rinforzare il funzionamento nella scuola, nel lavoro, nel tempo libero e, infine, corsi di computer e di lingua inglese, laboratorio musicale e multimediale.

Assieme al giovane viene immediatamente presa in carico la sua famiglia, con modalità e intensità diversificate, ma essenzialmente centrate sia su strategie di miglioramento delle abilità di comunicazione e di problem solving che psicoeducative.

Di grande interesse ed attualità è anche la costituzione autonoma di un gruppo utenti (Gruppo Giovani Menti), con funzioni consultive e con una intensa attività di visibilità e di ricerca (partecipazione con lavori a congressi nazionali ed internazionali di area) e con l' avvio di un significativo processo di empowerment.

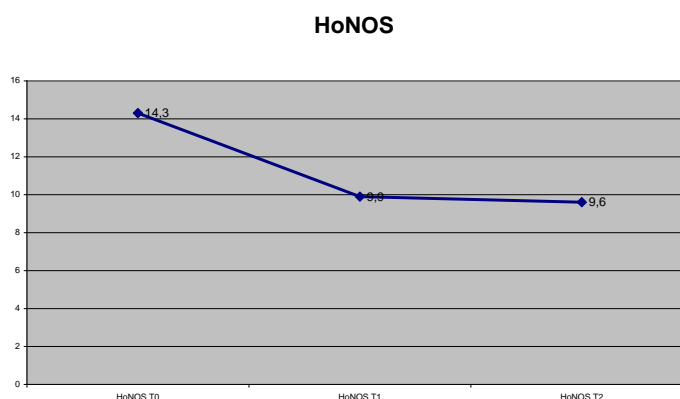
Pazienti arruolati



Accenni ai risultati preliminari

Ci limitiamo a presentare l'andamento della media dei punteggi totali ricavati dalle scale HoNOS e BPRS riguardanti i soggetti che hanno ricevuto almeno tre valutazioni a distanza di 6 mesi ciascuna (T0, T1, T2).

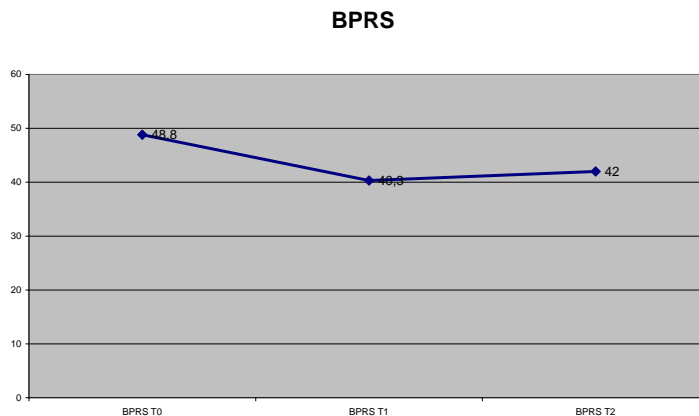
Si tratta di dati che aggregano, provvisoriamente per questa descrizione iniziale, i soggetti all'esordio e i soggetti ad alto rischio



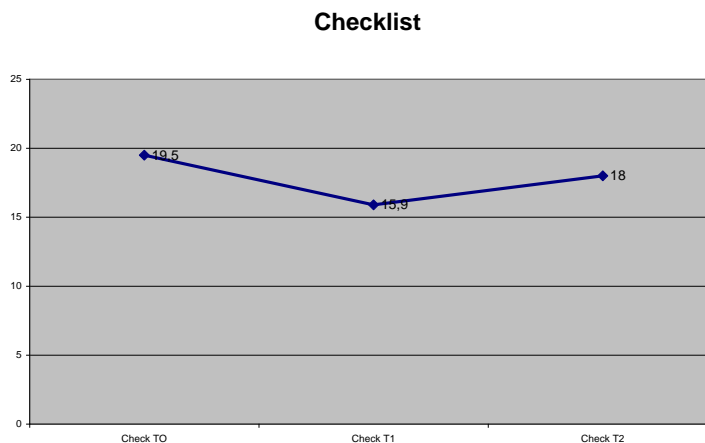
N=16

I soggetti inseriti nel Progetto hanno presentato cambiamenti significativi sia per quanto concerne i risultati HoNOS che per quanto concerne la BPRS.

Meno chiaro risulta il profilo della Checklist ERIraos.



N=16



N=16

Queste prima descrizione dovrà essere completata dai dati forniti dagli altri strumenti usati nell'assessment per essere integrata nella casistica globale, analizzata ed elaborata in vista di una valutazione di esiti significativa..

2.DSM USL 9 di Grosseto

Nel 2008 si è consolidato il gruppo di lavoro multidisciplinare del Dsm già costituito con più figure professionali (psichiatri, NPI, psicologi, educatori professionali, ass. sociali, infermieri). Il gruppo lavora sull'assessment diagnostico per il triage (Check List ERI raos) e lo screening veloce dei casi a rischio e degli esordi psicotici.

Viene individuato uno spazio in centro città a Grosseto in un luogo non marcato psichiatricamente presso il Punto Famiglia del Consorzio per la Gestione dei servizi sociali dei Comuni dell'Area Grossetana, che è partner del progetto. Viene svolta un'intensa campagna stampa in tutta la provincia con manifesti, locandine, pieghevoli. Vengono attivati i mass media locali. Vengono

contattate tutte le scuole superiori della provincia, le organizzazioni della MG e dei PLS per l'inserimento dei corsi sull'esordio psicotico e l'intervento precoce nei programmi di formazione. Due corsi in 3 moduli secondo l'esperienza dei colleghi del Programma 2000 di Milano sono tenuti in due istituti superiori ed un corso a 50 insegnanti della rete degli insegnanti per l'educazione alla salute. Gli psichiatri e gli psicologi del DSM iniziano i trattamenti farmacologici e psicoterapici individuali. Gli educatori e gli infermieri avviano i programmi di trattamento psicoeducazionale delle famiglie. Complessivamente vengono valutati 11 casi e reclutati 8, quasi tutti sul Distretto "Area Grossetana". Mensilmente si riunisce tutto il gruppo di operatori coinvolti nel Progetto, mentre gli interventi vengono concentrati nelle giornate in cui sono presenti gli psicologi. Siccome è insufficiente la preparazione degli operatori del Progetto nelle terapie cognitivo-comportamentali, si programma il reclutamento di 2 psicologi esperti in queste tecniche consigliate per il trattamento precoci dell'esordio psicotico.

Nel 2009 il numero complessivo dei casi reclutati è di 12, altri 2 vengono valutati e non presi in carico. Il programma multicomponentiale è arricchito con altri interventi: il gruppo delle famiglie, il gruppo dell'apprendimento delle abilità sociali; vengono attivati alcuni percorsi individuali di avviamento al lavoro. Ciò che incontra maggiore difficoltà è la collaborazione tra il gruppo ristretto del Progetto (2 psicologi, 1 assistente sociale) e il resto della resto dei servizi di salute mentale. Si sta cercando di ovviare alla criticità assegnando ad ogni persona in trattamento un case manager con il compito specifico di tenere i rapporti di tutti gli operatori coinvolti nel caso. L'altra difficoltà specifica sta nell'impostazione dei programmi psicoeducazionali per le famiglie, le quali sono in larghissima maggioranza composti da coniugi separati. Una terza difficoltà è la valutazione dei risultati ottenuti, che è stata affidata ad una "piattaforma" informatica nazionale, che se pur in avanzato stato di applicazione non ha ancora prodotto risultati definitivi. I dati vengono attivamente ricercati. Da quanto sappiamo c'è una riduzione significativa dei risultati alla Check List Eriraros da prima a dopo il trattamento.

Oggi è programmata l'attivazione di un corso di PC, per entrare maggiormente nel mondo hitek dei giovani e per creare ulteriori possibilità di formazione verso il lavoro.

Prof. Dott. Angelo Cocchi
angelo.cocchi@ospedaleniguarda.it
02 64445554
Milano, 31.1.2010