INDICE

1) **Scopo**
2) **Descrizione, Azioni e Responsabilità**
3) **Indicatori**
4) **Verifica**

Approvato dai Resp. San.	Accettazione Direzione Aziendale	Assunto a sistema
Firma GESTI-VAR s.r.l. Il Responsabile Sanitario	Firma GESTI - VAR s.r.l. Il Legale Rappresentante	Firma

1) Scopo

Questa procedura intende delineare le modalità con le quali la Struttura attua la presa in carico del paziente, incentrando l'intervento sui bisogni emergenti dello stesso. E' inoltre esplicitata la regolamentazione con la quale si garantisce che tutte le attività relative all'assistenza si basino su protocolli diagnostici e terapeutici.

2) Descrizione, Azioni e Responsabilità

La presa in carico del paziente rappresenta l'avvio del trattamento terapeutico-socioriabilitativo nella Struttura Residenziale ritenuta idonea dall'UVM (SRTRe o SRSReia). L'accettazione del paziente (inserimento) è pertanto, da quel momento, formalmente confermata al CSM/DSM/UVM di competenza territoriale avendo acquisito la Struttura l'impegnativa di ricovero.

Nella fase preliminare all'inserimento, si procede alla rilevazione dei dati anagrafici, clinici e sociali che, in linea con gli obiettivi globali formulati dal CSM/DSM/UVM di riferimento, consentiranno di orientare l'intervento terapeutico e di pianificare l'assistenza necessaria per il paziente. In questa fase, ma anche durante il periodo di residenzialità, sono applicate le procedure per la valutazione delle abilità/disabilità specifiche del paziente tramite tests psicodiagnostici le cui risultanze, unitamente alle informazioni rilevate, consentiranno di definire gli obiettivi dell'intervento terapeutico-socioriabilitativo.

L'esito della valutazione e gli obiettivi iniziali individuati dall'équipe della Struttura sono oggettivati nel progetto riabilitativo e saranno utilizzati anche per valutare se le condizioni del paziente hanno o meno subito variazioni dalla precedente valutazione del DSM/CSM/UVM inviante. Se del caso, l'esito di valutazione del paziente sarà inviato al CSM/DSM/UVM su apposito modulo codificando anche il responso dell'eventuale sopraggiunta inidoneità del paziente al trattamento e alla tipologia di Struttura individuata. In entrambi i casi, si acquisiscono i CONSENSI del paziente al trattamento dei dati personali (GDPR UE/2016/679) ed al trattamento sanitario.

Una volta identificata l'idoneità e la struttura di riferimento, il paziente viene inserito in una lista d'attesa pubblica attraverso il portale regionale SIPC (Sistema Informativo Psichiatria di

Comunità). L'inserimento avviene tramite le iniziali di nome e cognome del paziente, ASL e CSM di riferimento.

All'atto della programmazione della prima dimissione utile, si procede a comunicare al CSM competente per l'utente in lista d'attesa, la disponibilità all'accoglienza con documentazione da presentare all'atto dell'ingresso.

Successivamente, ad inserimento avvenuto, si fornisce una finestra di osservazione di sette/dieci giorni nella quale viene valutato il paziente, l'eventuale suo contesto familiare ed il suo adattamento al contesto di cura per poter stilare il PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato) sulla base del PTI (progetto terapeutico individualizzato) inviato precedentemente dal CSM/DSM/UVM. Il PTRP viene effettuato dalla Direzione Sanitaria con la supervisione del Responsabile Sanitario (Medico Psichiatra) e dello psicologo della struttura di riferimento.

Il protocollo diagnostico e terapeutico della Struttura ospitante si basa su: 1) colloquio clinicopsichiatrico (misurazione dei sintomi-bersaglio); 2) esame medico obiettivo; 3) profilo psicologico; 4) valutazione delle abilità compromesse e preservate.
Le scale che si utilizzano sono: A) MINI MENTAL (Mod.A); ASSE K (Mod.B); BPRS (Mod.C).

La valutazione e l'approccio diagnostico fanno pertanto riferimento alla diagnosi d'invio del CSM/DSM/UVM nonché alle evidenze dei test somministrati all'ingresso; BPRS quale strumento rapido di valutazione clinica nei pazienti psichiatrici.
Il progetto terapeutico-riabilitativo è conseguentemente elaborato in funzione della valutazione iniziale delle condizioni e dei bisogni del paziente ed è quindi predisposto in maniera individualizzata; è inoltre vincolato all'individuazione di un operatore referente dell'assistenza fornita al paziente, il cui il nominativo, e/o di eventuale sostituto, è riportato sull'intestazione del "progetto terapeutico riabilitativo" .

Dall'avvio del progetto terapeutico-riabilitativo, e per l'intera durata della residenzialità, il paziente, con la sottoscrizione del CONSENSO informato al trattamento sanitario, è costantemente informato sulle sue condizioni di salute e coinvolto nelle decisioni in merito ai trattamenti. Nel caso di paziente non collaborante, sono costantemente adottate le modalità indicate nella procedura delle "fragilità".

I pazienti o i parenti dei pazienti (per gli amministrati, i curatori, gli interdetti) sottoscrivono il progetto terapeutico ed una copia, per conoscenza, viene inviata a chi ha la responsabilità giuridica degli stessi.

In condivisione con il CSM/DSM/UVM inviante, le condizioni del paziente sono rivalutate periodicamente ai fini della ripianificazione assistenziale: evidenza della verifica intercorsa durante il percorso terapeutico-riabilitativo tramite l'utilizzo di alcune scale di valutazione sopra specificate, è riportata nelle *"verifiche periodiche del percorso terapeutico-riabilitativo"*. E' nel contempo garantito che il paziente abbia acquisito ogni informazione sul suo stato di salute, sul decorso clinico, sui possibili e successivi interventi, tramite firma sul predetto allegato del *FDSO*.

I pazienti sono informati sulle modalità di utilizzo della Struttura, di cura della propria persona e di rispetto per gli altri e per le cose altrui, di adesione alle prescrizioni terapeutiche dell'équipe, tramite opuscolo informativo di *"Educazione sanitaria e di buona norma comportamentale"*.

I pazienti sono costantemente monitorati sotto il profilo psicopatologico e sociale: il loro stato è riportato nei diversi settori del *FDSO*. Laddove dovessero evidenziarsi elementi di distress mentale che possono rappresentare criticità peggiorative per lo stato clinico del paziente, si attiva un intervento di recupero che vede coinvolta l'intera équipe. L'intervento può essere rappresentato da un più intenso sostegno e direzionamento psicologico e/o, ove necessario, una rimodulazione del trattamento psicofarmacologico. Qualora le condizioni del paziente non dovessero consentire la naturale prosecuzione del trattamento nella tipologia di Struttura, in accordo con gli organismi territoriali competenti, si provvede ad attuare la procedura di dimissione protetta con il relativo invio del paziente in Struttura più contenitiva o in altro contesto ritenuto idoneo dal CSM/DSM/UVM inviante. La condizione di criticità ed il conseguente distress mentale sono annotati nel "*diario clinico e sociale del FDSO"* che, oltre alle specifiche segnalazioni, rappresenta lo strumento di trasmissione di informative di rilievo agli operatori interessati al momento terapeutico-riabilitativo, ad ogni cambio turno.

La Struttura, per la sua caratteristica organizzativa, realizza ogni attività sociosanitaria con l'intervento dell'équipe multidisciplinare interna, governata dal Responsabile Sanitario. L'équipe è composta da tutte le figure professionali coinvolte nel trattamento terapeutico. Le sedute dell'équipe sono, di fatto, momento di collegamento funzionale "interno" fra i servizi propri della Struttura.

Il collegamento funzionale con le Strutture Territoriali esterne è attuato per il tramite di informative che caratterizzano i diversi momenti della residenzialità.
Questi momenti si possono sintetizzare con:

- Trasmissione di "ammissione/non ammissione del paziente" con allegato eventuale "esito di valutazione" al CSM/DSM/UVM;
- Trasmissione periodica al CSM/DSM/UVM, di rivalutazione delle condizioni del paziente, intese come aggiornamento clinico o proposta di proroga;
- Foglio permesso per notiziare il CSM/DSM in merito ai periodici rientri del paziente in ambito socio familiare di origine anche relativamente alla terapia psicofarmacologica praticata in quel momento

La Struttura organizza ed assicura l'assistenza continuativa con turni di servizio settimanali, regolarmente resi noti a tutto il personale tramite affissione in bacheca.
La Struttura, per la sua caratteristica organizzativa, progetta ed attua i processi operativi collegialmente (équipe socio-sanitaria), garantendo il coordinamento operativo tra i professionisti che sono, di fatto, coinvolti nell'assistenza.
La Struttura provvederà a raccoglie nel *FDSO* tutta la documentazione clinica e sociale riferita al paziente. Così raccolte, tutte le informazioni utili al trattamento terapeutico-riabilitativo sono disponibili a tutto il personale coinvolto nel percorso clinico-assistenziale.
Ad eccezione dei trattamenti riabilitativi di gruppo, la Struttura garantisce e tutela la riservatezza del paziente svolgendo le attività in appositi locali in cui sono presenti solo il paziente ed il terapeuta di riferimento che deve rispettare il regolamento interno sul trattamento dei dati. Le informazioni e tutta la documentazione contenente dati sensibili sono contenuti nel FDSO, o in fascicoli amm.vi, resi disponibili al personale operativo che è tenuto al rispetto di quanto indicato nel richiamato documento sul trattamento dei dati.
La Struttura garantisce che al paziente morente siano prestati attenzione e supporto tramite personale medico e sanitario non medico, interno, e, ove del caso, del MMG e dei Servizi dell'emergenza-urgenza.
Le singole azioni e responsabilità sono attribuite, per i diversi fattori di qualità, al personale indicato nel paragrafo "Descrizione, Azioni, Responsabilità".

3) Indicatori

Corretta compilazione di tutti i campi riportati nei modelli del fascicolo ospiti richiamati.

4) Verifica

Il Responsabile Sanitario periodicamente verifica sulla corretta applicazione della presente procedura.