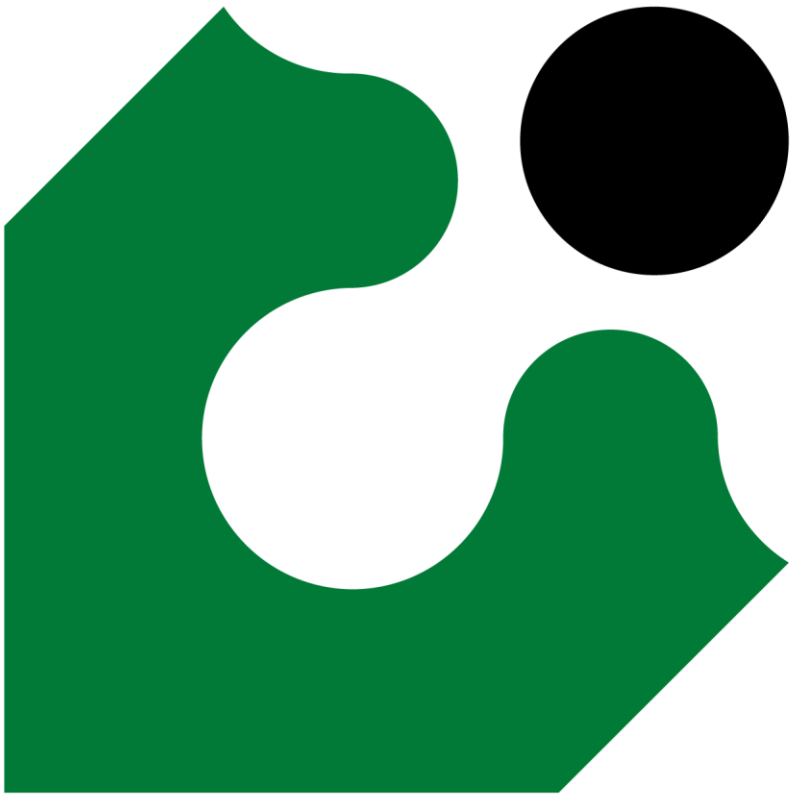
SERVIZIO PSICHIATRICO DI PREVENZIONE E RIABILITAZIONE PRECOCE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO

Stefania Chierici
Federico Raviglione
Marco Toscano

Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa
2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

DSC UNILIUC 2101/AE

Università Carlo Cattaneo – LIUC

GLI AUTORI

Stefania Chierici, DSC UO di Riabilitazione Specialistica Neurologica e Ortopedica Vascolare – ASST Rhodense schierici@asst-rhodense.it

Federico Raviglione, DSC UO di Neuropsichiatria Infantile – ASST Rhodense, fraviglione@asst-rhodense.it

Marco Toscano, DSC UO di Psichiatria Ospedaliera e Territoriale – ASST Rhodense, mtoscano@asst-rhodense.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Emanuela Foglia, Ricercatore, Università Carlo Cattaneo – LIUC

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Alessandro Creazza, Professore Associato di Logistica e Supply Chain Management presso la Scuola di Ingegneria Industriale dell'Università Carlo Cattaneo - LIUC

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE 3
INTRODUZIONE 4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO 7
DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO 8
METODOLOGIA ADOTTATA 9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE 12
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE 58
RISULTATI ATTESI 62
CONCLUSIONI 64
CONTRIBUTO PERSONALE 65
RIFERIMENTI NORMATIVI 66
BIBLIOGRAFIA 67

INTRODUZIONE

Il Project Work ipotizza la realizzazione di un servizio di nuova concezione non previsto dall'attuale Piano Regionale di Salute Mentale (PRSM). Il *core* del progetto verte sul trattamento, all'interno del medesimo servizio, di pazienti minori di età e pazienti giovani adulti. Sebbene si sia perfettamente consapevoli delle difficoltà che tale commistione comporta, la copresenza di minori e adulti all'interno di strutture psichiatriche di degenza è oramai prassi comune e risponde alla necessità di fronteggiare l'ubiquitaria carenza di posti letto psichiatrici per minori di età. L'Azienda socio sanitaria territoriale (Asst) Rhodense, da alcuni anni oramai, si è dotata di una équipe neuropsichiatrica multidisciplinare che interviene nel caso di ricovero di minori, con patologie psichiatriche acute, nei reparti di pediatria e psichiatria.

Parallelamente la nostra Azienda ha sviluppato un Programma Innovativo Regionale denominato "TR 105 - Prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici e dipendenze in età giovanile. Realizzazione di una équipe integrata multidisciplinare sovrazonale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) Rhodense" che tratta territorialmente pazienti di età compresa tra i 14 e i 25 anni.

La contaminazione di conoscenze, linguaggi e prassi ha permesso importanti e positive sinergie che meritano di essere ulteriormente espanse e arricchite attraverso la realizzazione di nuovi tasselli di un puzzle organizzativo e assistenziale che rappresenta «quell'esercizio critico della fantasia che da sempre costituisce un passaggio obbligato per il bambino che voglia diventare uomo» (Zoja, 2021).

La gran parte delle patologie psichiatriche maggiori presenti dell'adulto affonda le proprie radici in età evolutiva e comunque si manifestano nelle prime tre decadi di vita dell'individuo (DSM 5, 2013). In tal senso la schizofrenia è un esempio paradigmatico di disturbo psichiatrico che origina dall'intreccio di fattori genetici, epigenetici, evolutivi ed ambientali capaci di interferire con il normale sviluppo e con la maturazione cerebrale (Millan et al. 2016).

Analogamente il Disturbo Bipolare ed altri disturbi del Neurosviluppo come per esempio nel deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e nel disturbo dello spettro autistico (ASD) condividono una base genetica che si riflette nella giovane età di insorgenza di queste patologie e nella loro co-aggregazione familiare.

Dati epidemiologici europei della World Health Organization (WHO) indicano che vi è un alto e crescete tasso di problemi connessi alla salute mentale nella popolazione degli adolescenti. Secondo la recente "Health Behaviour in School-aged Children survey" (WHO Regional Office for Europe: Factsheet for World Mental Health Day, 2018):

- il 29% delle ragazze di 15 anni ed il 13% dei maschi di pari età dei paesi europei riferiscono di "sentirsi giù" più di una volta alla settimana; ancora, più di un adolescente ogni 10, sempre all'età di 15 anni, consuma regolarmente alcoolici in settimana (9% delle ragazze and 16% dei ragazzi).
- Metà di tutti i problemi mentali in età adulta fanno la loro comparsa durante o prima dell'adolescenza.
- I disturbi depressivi e ansiosi sono tra le prime cinque cause di "overall disease burden" (misurato in termini di "disability-adjusted life years").
- Il suicidio è la principale causa di morte tra gli adolescenti (10–19 anni) nei paesi a basso e medio reddito mentre sono la seconda causa di morte nei paesi ad alto reddito tra quelli in area Europea.
- I giovani con svantaggio socioeconomico, incluse le minoranze ed i migranti, sono particolarmente esposti al rischio suicidario.

Un ruolo significativo nella riduzione dell'età di insorgenza della patologia psichiatrica va sicuramente attribuito all'impiego sempre più diffuso delle sostanze d'abuso nella popolazione giovanile.

Lo studio multicentrico europeo (EU-GEI) condotto su 900 pazienti di età compresa tra i 16 e i 64 anni, consumatori di Cannabis, stabilisce in maniera inequivocabile la relazione tra insorgenza di psicosi e contenuto percentuale di Tetra Idrocannabinolo (THC) nella sostanza utilizzata, precisando come «Given the increasing availability of high-potency cannabis, this has important implications for public health.» (Di Forti et al, 2019).

La patologia psichiatrica, una volta esordita, non sempre viene intercettata rapidamente dai servizi. Spesso trascorrono mesi, se non addirittura anni, prima che il paziente approdi alla valutazione specialistica. Per questo motivo i servizi di neuropsichiatria Infantile e psichiatria dell'adulto vanno sempre più strutturandosi per offrire, il più precocemente possibile ed in ottica di prevenzione, valutazione e sostegno alla popolazione in giovane età che risulta essere ad elevato rischio di transizione verso disturbi psichici maggiori. Questi soggetti vengono definiti Ultra High Risk (UHR) in quanto presentano in anamnesi fattori biologici e/o ambientali che li espongono in modo significativo alla comparsa, negli anni a venire, di quadri psicopatologici rilevanti (Young et al. 1996). Dagli studi seminali di McGorry e colleghi, il concetto di "STATO MENTALE A RISCHIO" è divenuto centrale nel pensiero psichiatrico odierno motivo per cui oggi sono disponibili tre criteri diagnostici internazionalmente validati per porre diagnosi di stato mentale a rischio (Fusar-Poli et al. 2016).

Lo scopo di giungere a una diagnosi, quanto più precocemente possibile, è finalizzato alla riduzione di quell'intervallo temporale noto come "periodo di malattia non trattato" o "duration untreated psychosis" (DUP).

Tutte le evidenze di letteratura sull'argomento sono concordi nell'affermare che quanto più tardivamente viene diagnostica e trattata una psicosi e/o una patologia neuropsichica severa all'esordio, tanto peggiore sarà l'outcome in termini di risposta ai trattamenti e perdita di competenze funzionali (Drake et al. 2020). Altrettanto consolidata è la nozione che le principali patologie psichiatriche, sia le psicosi affettive, ma soprattutto i disturbi dello spettro schizofrenico, si associano a un progressivo depauperamento della popolazione neuronale che, nel tempo, dà luogo a un processo di ingravescente scadimento delle funzioni cognitive. Il deficit e il deterioramento cognitivo, una volta instauratosi, non solo non è passibile, allo stato attuale, di un trattamento farmacologico diretto ma costituisce uno dei più rilevanti fattori di non compliance ai trattamenti di qualunque tipo (El-Missiry et al. 2015).

Sul piano operativo trattamentale si assiste quindi al progressivo utilizzo di farmaci iniettivi long-acting che oltre a garantire una migliore stabilizzazione dei sintomi positivi e una maggiore compliance ai trattamenti permettono al paziente di rimanere correttamente in carico ai servizi completando i percorsi riabilitativi psicoeducazionali e cognitivi (Kane e Correll, 2019).

I trattamenti cognitivi hanno dimostrato la loro massima efficacia proprio agli esordi del disturbo quando l'architettura anatomica e funzionale del sistema nervoso non è stata ancora sovvertita dalla progressione della patologia. Numerose evidenze segnalano la non inferiorità di questi trattamenti rispetto alle terapie farmacologiche (Francey et al, 2020). L'aspetto della continuità delle cure e dell'integrazione ospedale-territorio sono oggi, sia in ambito regionale (legge 23/2015; legge 15/2016) sia nazionale considerati elementi imprescindibili e qualificanti per qualsiasi servizio sanitario compresi quindi i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'adulto. In aggiunta a tutto ciò, il bisogno di ricovero ordinario per disturbi neuropsichici dell'età evolutiva è aumentato negli ultimi anni in tutto il mondo, in particolar modo in ambito psichiatrico/comportamentale ma anche neurologico. Tali ricoveri dovrebbero, dove e quando possibile, avvenire in reparti di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adoloscenza (NPIA) o per lo meno, qualora non possibile, in reparti che abbiano adeguate competenze specifiche sia per età sia per patologia e siano in grado di attivare gli interventi più appropriati con minor dispendio di risorse.

Allo stato attuale spesso avvengono in reparto pediatrico o nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura per adulti (SPDC), in assenza di opportuni adeguamenti organizzativi, strutturali e di risorse umane per accogliere una popolazione senza dubbio con bisogni e caratteristiche differenti.

Scopo della proposta organizzativa è la realizzazione di un nuovo modello di Servizio Psichiatrico di day hospital, per pazienti subacuti e/o stabilizzati, che tenga conto della evoluzione del bisogno in ambito neuropsichiatrico e riabilitativo alla luce dell'importante cambiamento avvenuto, negli ultimi anni, nell'utenza della Salute Mentale.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Il Project Work in questione prevede la realizzazione di un nuovo modello di Servizio Psichiatrico e Neuropsichiatrico riabilitativo (mental health day hospital - MHDH) di degenza diurna che tenga conto della evoluzione del bisogno alla luce dell'importante cambiamento avvenuto, negli ultimi anni, nell'utenza della Salute Mentale. L'uso oramai epidemico di sostanze voluttuarie (sia sostanze tradizionali sia nuove sostanze) determina un progressivo spostamento dell'attività di ricovero in ambito psichiatrico verso le fasce di popolazione più giovane.

I danni neurocomportamentali connessi all'abuso di sostanze sono evidenti sin dagli esordi del disturbo, tanto che i professionisti della salute mentale si trovano a fronteggiare quadri clinici "atipici" sia per modalità di presentazione che di decorso nel tempo. Tali quadri rispondono poco e male ai consueti trattamenti farmacologici e sono caratterizzati, da subito, da un rilevante impairment cognitivo, funzionale, motorio e sociale.

Inoltre, negli ultimi 10 anni si è osservato un incremento di più del 50% degli utenti in carico ai servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA) in relazione, in particolare, all'aumento di incidenza delle patologie del neurosviluppo.

La precocità dell'intervento neuro-psico-riabilitativo, su pazienti almeno parzialmente stabilizzati sul piano clinico, può essere strumento di continuità di cura dell'episodio critico nonché di prevenzione terziaria del danno e rappresentare un canale sicuro di aggancio al territorio di riferimento in un'ottica di miglioramento della qualità delle cure.

Il Project Work definirà gli standard organizzativi, i percorsi di cura, gli indicatori di processo e di esito nonché gli investimenti necessari al funzionamento del servizio in oggetto proposto.

DESTINATARI E BENEFICIARI DEL PROGETTO

Il servizio di degenza psichiatrica e neuropsichiatrica diurna che si intende proporre, per utenti all'esordio dai 14 anni ai 25 anni, prevede un intervento di riabilitazione ad ampio spettro di natura neuromotoria, neurocomportamentale e psicoeducativa.

I pazienti che beneficeranno del trattamento saranno quindi pazienti che, ad esempio, vengono dimessi da un SPDC, appartenente al bacino di Agenzia di tutela della salute (ATS) Città Metropolitana , dopo un episodio acuto, e che necessitano - in regime di degenza ospedaliera diurna – di un percorso di riabilitazione cognitiva e psicoeducativa atta a ripristinare i deficit funzionali e la perdita di competenze sociorelazionali indotti dalla patologia.

Una volta dimessi dal servizio in oggetto i pazienti proseguiranno il percorso di cura nei servizi della rete psichiatrica e neuropsichiatrica di ATS già in essere.

Il servizio, primariamente concepito per la fascia di età adolescenziale/giovane età adulta, potrà comunque dedicarsi a tutti quei pazienti affetti da patologia psichiatrica maggiore per i quali, a giudizio dei curanti di reparto e/o territoriali, è indicato un trattamento di riabilitazione cognitiva fino ai 25 anni di età.

Condizioni che saranno prioritariamente trattate:

Livello 1-Disturbi del Neurosviluppo

Livello-2-Patologie Psichiatrica Maggiore

Livello 3-Stati Mentali a Rischio

Livello 4-Disturbi Neurocomportamentali

METODOLOGIA ADOTTATA

La prassi innovativa qui proposta prevede una stratificazione dei pazienti riguardo ai bisogni clinici e assistenziali. Qualora infatti sia necessaria l'attivazione di un percorso psichiatrico di prevenzione e riabilitazione precoce multidisciplinare integrato il servizio in questione procede alla presa in carico del paziente in regime di cura diurna.

Nel caso in cui il paziente presenti caratteristiche inquadrabili nelle quattro tipologie sopra descritte si procede pertanto alla verifica di arruolabilità e si struttura il percorso sino alle dimissioni attraverso i seguenti step:

1. Segnalazione dell'inviante
2. Valutazione di appropriatezza dell'invio
3. Raccolta dei consensi
4. Affidamento al Clinical Manager e all'Equipe per la stesura del Piano Terapeutico e Riabilitativo Integrato (PTRI)
5. Trattamento riabilitativo integrato
6. Valutazione di inserimento del paziente in programma di telemonitoraggio
7. Dimissione e invio ai servizi territoriali

Gli obiettivi dei percorsi riabilitativi, attraverso funzione di monitoraggio, empowerment ed engagement svolta dal Clinical Manager, con strumenti tradizionali e/o telematici, saranno:

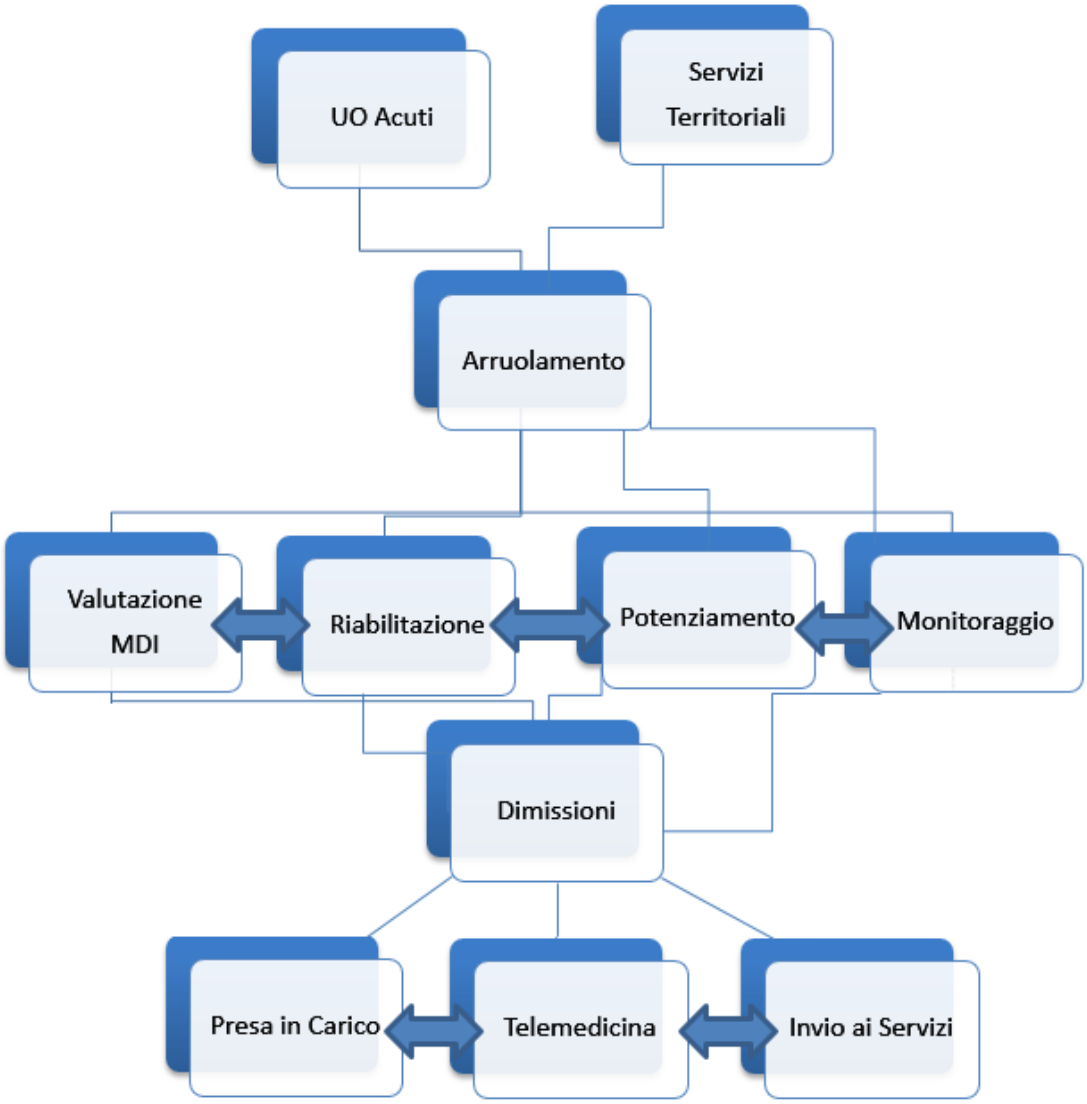
1. Valutazione multidimensionale e funzionale del paziente attraverso osservazione clinica diretta e somministrazione di scale specifiche
2. Individuazione dei bisogni
3. Trattamento di potenziamento cognitivo e riabilitazione delle funzioni deficitarie
4. Impostazione, prosecuzione e monitoraggio del trattamento farmacologico in atto con rinforzo dell'aderenza allo stesso
5. Monitoraggio della stabilizzazione del quadro clinico
6. Prevenzione delle ricadute e della riospedalizzazione
7. Prosecuzione del trattamento e monitoraggio del paziente reinserito al domicilio
8. Migliore integrazione con i servizi territoriali nell'ottica della continuità delle cure

Quest'ultimo passaggio dovrebbe avvenire evitando il consueto ricorso dei pazienti al Pronto Soccorso con il rischio di disperdere parte del patrimonio informativo acquisito durante la fase dell'intervento. Quando infatti non vi fosse necessità clinica di un trattamento per acuti ma solo quello di ottimizzare il trattamento valutativo e terapeutico-riabilitativo il setting appropriato sarebbe proprio quello sopra descritto.

Con tale sequenza il ciclo di cura viene caratterizzato dai requisiti di:

- Continuità
- Appropriatezza
- Monitoraggio
- Innovatività
- Personalizzazione
- Prevenzione

Figura 1 – Ipotesi di flusso del Paziente all'interno del MHDH



Questo servizio definisce la realizzazione di un ambiente trasversale, aperto e dinamico, all'interno del quale operano e si realizzano, con professionalità diversificate, relazioni organizzative e terapeutiche

eterogenee nell'ottica di una prevenzione e riabilitazione precoci correlate ai reali fabbisogni dei pazienti. Entro questo contesto le risorse descritte possono ingenerare diverse forme di interazione fra Ospedale, Servizi territoriali e Comunità.

Oltre a ciò, il Project Work ha definito anche l'opportunità di effettuare un'analisi economica, mediante il supporto dell'analisi del punto di pareggio, al fine di comprendere il numero di prestazioni da effettuare per garantire la sostenibilità del servizio medesimo.

L'analisi costo volume risultato, conosciuta anche come *break-even analysis*, o analisi del punto di pareggio (BEP), rispetto alla quale esiste un'ampia e consolidata gamma di contributi, mette in relazione l'andamento dei costi e dei ricavi totali con il livello di *output* prodotto, che viene assunto al rango di variabile indipendente.

L'analisi è orientata a determinare il BEP, ovvero quel punto in corrispondenza del quale la dimensione del volume consente di eguagliare i ricavi totali ai costi totali. In altre parole, è quel volume di prestazioni, di attività o di quantità erogate per il quale si è in una situazione di sovrapponibilità tra i ricavi totali generati e i costi totali sostenuti: a questo livello di volume di attività, non si genererà profitto né perdita, ma si è in un contesto di complessivo equilibrio economico.

Il presente Project Work si concluderà con una SWOT Analysis avente lo scopo ultimo di rilevare i punti di forza e le criticità nonché le opportunità e i rischi di questo modello organizzativo.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Dati attuali neuropsichiatrie infantili Regione Lombardia e situazione nazionale

SITUAZIONE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE NAZIONALE

Negli ultimi 10 anni si è osservato il raddoppio degli utenti seguiti nei servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA). In nessun'altra area della medicina si è assistito a un aumento degli accessi ai servizi così rilevante, a parità di personale, e senza comunque riuscire a garantire le risposte adeguate agli utenti. Già prima della pandemia:

- 200 bambini e ragazzi su 1000 avevano un disturbo neuropsichico, ovvero 1.890.000 minorenni,
- solo 60 su 200 riuscivano ad accedere ad un servizio territoriale di NPIA,
- solo 30 su 200 riuscivano ad avere risposte terapeutico-riabilitative appropriate,
- 7 su 1000 si recavano al pronto soccorso per un disturbo psichiatrico,
- 5 su 1000 venivano ricoverati per un disturbo neurologico o psichiatrico,
- solo 1 su 5 riusciva ad essere ricoverato in un reparto di NPIA,
- 4 su 5 venivano purtroppo ricoverati in reparti non appropriati, di cui 1 in reparto psichiatrico per adulti.

La perdurante mancanza di un sistema informativo nazionale per la salute mentale dei minori rende difficile poter analizzare nel dettaglio i dati delle attività territoriali a livello nazionale, ma l'andamento in aumento dei ricoveri negli ultimi anni è purtroppo ormai un indicatore evidente della carenza di risposte appropriate.

Tra il 2017 e il 2018 (ultimi dati disponibili!), i ricoveri per disturbi neurologici tra 0 e 17 anni sono aumentati dell'11% e quelli per disturbi psichiatrici sono aumentati del 22%. Di 43.863 ricoveri nel 2018, solo 13.757 (31%) sono avvenuti in reparto NPIA e hanno pertanto ricevuto l'assistenza di cui avrebbero avuto necessità. Molti ragazzi in grave stato di bisogno non hanno ricevuto alcuna risposta e sono stati rimandati a casa dal Pronto Soccorso o hanno dovuto rivolgersi a una presa in carico privata, con un aggravio per le famiglie.

Per molti altri, il ricovero si è reso indispensabile per il peggioramento dei sintomi conseguente alla carenza di risposte con adeguata intensità assistenziale nel territorio.

A fronte del continuo aumento della domanda già evidenziato, permane infatti la grave disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi di NPIA nelle diverse regioni italiane, che determina disomogeneità nei percorsi e rende complesso garantire equità di risposte e uniformità della raccolta dei dati e della programmazione.

In molte regioni non è stato strutturato un sistema di servizi di NPIA: quando esistenti, essi non sempre sono integrati in una rete coordinata di cura. In particolare, mancano non solo i letti di ricovero dedicati, ma soprattutto le strutture semiresidenziali terapeutiche e diagnostico-riabilitative, indispensabili per garantire interventi a maggiore complessità e intensità e per prevenire, per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero e alla residenzialità terapeutica. Nei servizi territoriali, spesso non sono previste e adeguatamente presenti tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi (si pensi alle continue segnalazioni delle Associazioni dei familiari delle persone con Disturbi dello Spettro Autistico) e vi sono significative difficoltà nel garantire la presenza anche solo delle figure mediche indispensabili, già sottodimensionate e di cui molte verranno collocate a riposo a breve senza che vi sia un numero sufficiente di neospecialisti per sostituirle.

Inoltre, la pandemia e le strategie indispensabili per il suo contenimento non solo hanno aumentato lo stress e il sovraccarico su bambini e ragazzi e sulle loro famiglie, in particolare sulle situazioni più vulnerabili, ma hanno reso non più praticabili le strategie di tamponamento che venivano messe in atto in precedenza, sia dai singoli sia da parte della collettività. Pronto Soccorso, degenze pediatriche e degenze di psichiatria dell'adulto sono saturi di altri bisogni, e non sono più in grado di gestire neanche transitoriamente le situazioni critiche.

Ai 325 letti di NPIA esistenti a livello nazionale si chiede di garantire risposte per più del doppio dei pazienti che sarebbero in grado di assorbire, a cui si aggiungono le nuove criticità portate dalla pandemia, e senza alcuna possibilità di fare affidamento su adeguati interventi intensivi nel territorio. In alcune realtà si è assistito a un raddoppio degli accessi per tentati suicidi o atti autolesivi gravi, in altre le richieste sono in aumento, ma paiono ancora compatibili con il trend precedente. È ancora difficile prevedere le effettive conseguenze della pandemia sulla salute mentale degli adolescenti e dei giovani adulti, sia nell'immediato che in futuro, ma certamente è già evidente che la tipologia e qualità delle risposte messe in atto e delle concrete esperienze di vita incontrate in questo anno così complesso determinano differenze molto significative.

DATI NEUROPSICHIATRIE INFANTILI REGIONE LOMBARDIA

I presenti dati sono stati raccolti attingendo da più fonti, non essendo al momento implementato un sistema informativo specifico per la NPIA in Lombardia. In particolare, si è fatto riferimento per i ricoveri alle Schede di Dimissione Ospedaliera e per le prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e territoriali in genere al Flusso ambulatoriale NPIA (ex 28/SAN). La rappresentazione delle strutture di ricovero e cura, residenziali e semiresidenziali, i Poli Territoriali e gli ambulatori, deriva dall'estrazione dal sistema informativo Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie (ASAN).

ENTI E STRUTTURE

L'attività di ricovero specifico per la disciplina di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) fa riferimento a 6 enti dislocati sul territorio Lombardo con una capacità totale di 112 posti letto.

Tabella 1 Posti letto NPIA

ENTE	ATS	STRUTTURA	NR_POSTI_LETTO
FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE CASIMIRO MONDINO	ATS DI PAVIA	PAVIA	20
FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE NEUROLOGICO CARLO BESTA	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	MILANO	39
ASST DEI SETTE LAGHI	ATS DELL'INSUBRIA	VARESE	10
ASST SANTI PAOLO E CARLO	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	MILANO	8
ASST DI MONZA	ATS DELLA BRIANZA	MONZA	15
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	ATS DI BRESCIA	BRESCIA	20

Sempre nell'ambito delle strutture di degenza sono presenti posti tecnici di Day Hospital per un totale di 22 posti letto.

Tabella 2. Posti DH/NPIA

ENTE	ATS	STRUTTURA	NR_POSTI_LETTO
ASST DI MONZA	ATS DELLA BRIANZA	MONZA	3
ASST SANTI PAOLO E CARLO	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	MILANO	5
ASST RHODENSE	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	RHO	1
FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE NEUROLOGICO CARLO BESTA	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	MILANO	2
ASST DI LODI	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	LODI	2
ASST DI CREMONA	ATS DELLA VAL PADANA	CREMONA	1
ASST DEI SETTE LAGHI	ATS DELL'INSUBRIA	VARESE	2
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	ATS DI BERGAMO	BERGAMO	2
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	ATS DI BRESCIA	BRESCIA	2
FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE CASIMIRO MONDINO	ATS DI PAVIA	PAVIA	2

In relazione alle strutture territoriali, sono presenti sul territorio Lombardo 304 posti in Strutture Residenziali Terapeutiche e 629 posti per attività semiresidenziale (di Centro Diurno) in particolare numerosità rappresentati da Enti Privati Accreditati.

DATI DI ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA

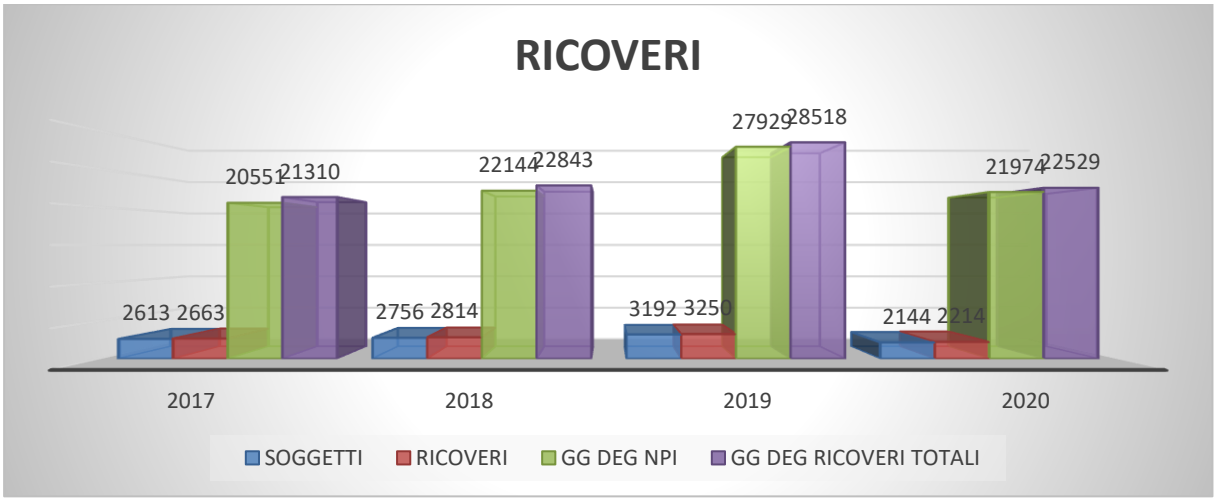
Al fine di rappresentare il trend di utilizzo dei posti letto, si riportano i dati relativi agli ultimi 4 anni. L'attività di ricovero e cura nei reparti ospedalieri nel corso del 2020 si scosta di circa un 30% rispetto all'anno precedente sia nel numero dei soggetti sia dei ricoveri: condizione strettamente legata alla pandemia e vincolata alla rimodulazione degli spazi nel rispetto delle norme di prevenzione del contagio.

Le giornate di ricovero totali nei reparti NPIA e più in generale anche negli altri reparti (sempre con diagnosi principale SDO afferente alla disciplina NPIA, si scostano rispetto all'anno precedente di circa il 22%.

Tabella 3. Giornate di ricovero totali NPIA

	2017	2018	2019	2020
SOGGETTI	2613	2756	3192	2144
RICOVERI	2663	2814	3250	2214
GG DEG NPI	20551	22144	27929	21974
GG DEG RICOVERI TOTALI	21310	22843	28518	22529

Figura 2 – Andamento ricoveri NPIA 2017-2020

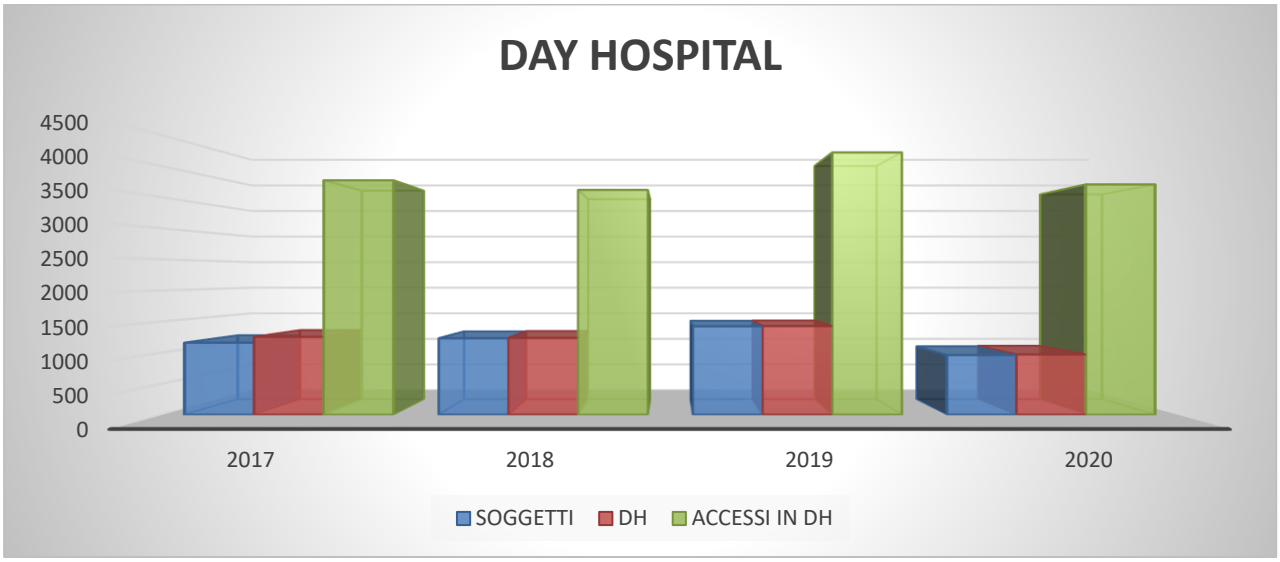


L'attività di Day Hospital riproduce una tendenza simile ai ricoveri ordinari.

Tabella 4. Andamento attività di DH/NPIA 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
SOGGETTI	1159	1230	1423	960
DH	1252	1236	1427	970
ACCESSI IN DH	3773	3618	4221	3706

Figura 3 - Andamento giornate DH/NPIA 2017-2020



Si sono inoltre rilevate le diagnosi principali riportate nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), in correlazione ai disturbi di interesse neuropsichiatrico o ad esso riconducibili.

Dalle percentuali riportate in fondo alla tabella, risulta evidente come tali diagnosi siano particolarmente impattanti rispetto al totale complessivo dei ricoveri e dei restanti Diagnosis Related Groups (DRG), medici e chirurgici, registrati nelle SDO.

Tabella 5. DRG NPIA- 2017-2020

	2017		2018		2019		2020	
DRG	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH
425 - REAZIONE ACUTA DI ADATTAMENTO E DISFUNZ. PSICOSOC.	60	710	66	743	71	748	46	512
426 - NEVROSI DEPRESSIVE	9	162	23	411	58	1044	68	1436
427 - NEVROSI ESCL. NEVROSI DEPRESSIVE	24	264	53	640	93	1089	51	860
428 - DISTURBI DI PERSONALITA' E CONTROLLO DEGLI IMPULSI	515	5449	488	5505	478	5960	423	5824
429 - DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	220	803	237	977	317	1253	176	1048
430 - PSICOSI	180	2570	207	3185	300	4639	202	3456
431 - DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	539	2043	677	2553	769	3706	452	2205
432 - ALTRE DIA. RELATIVE A DISTURBI MENTALI	217	997	277	1504	437	2867	450	3376
451 - AVVEL.,EFFETTI TOSSICI DA FARMACI,ETA' <18	10	234	8	213	16	297	6	57
454 - ALTRE DIA. TRAUMATISMI, AVVEL., ETC. CON CC			1	11				
455 - ALTRE DIA. TRAUMATISMI, AVVEL., ETC. SENZA CC			1	2	1	1	1	5
467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	102	132	96	128	130	192	77	134
Totale parziale DRG area Salute Mentale	1876	13364	2134	15872	2670	21796	1952	18913
Percentuale DRG area Salute Mentale sul totale DRG	**48%**	**53%**	**53%**	**60%**	**57%**	**67%**	**61%**	**72%**
Totale complessivo DRG	3915	25083	4050	26461	4677	32739	3184	26235

Di seguito i ricoveri ricondotti allo specifico Ente

Tabella 6. Giornate di degenza e accesso DH NPIA per singolo Ente 2017-2020

	2017		2018		2019		2020	
STRUTTURA	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH	NUMERO RICOVERI	GG DEGENZA E ACCESSI DH
FOND.IRCCS IST.NAZ.NEUROLOGICO C.BESTA-MILANO	1214	7889	1215	7363	1285	7510	710	4123
FOND.IST.NEUROL.C.MONDINO-PAVIA	1024	4327	1167	5575	1210	5646	755	4265
ASST BRESCIA	457	5794	398	5872	463	5775	383	5167
ASST RHODENZE	25	98	17	50	36	120	21	60
ASST CREMONA	3	3	5	5	6	17	40	79
ASST VARESE	182	272	205	878	430	4191	305	3756
ASST LODI	30	39	23	34	43	43	6	7
ASST PAPA GIOVANNI XXIII – BG	98	103	91	95	97	101	50	61
ASST SANTI PAOLO E CARLO - MILANO			9	113	161	2667	223	3355
ASST MONZA	882	6558	920	6476	946	6669	691	5362
Totale complessivo	3915	25083	4050	26461	4677	32739	3184	26235

Le informazioni relative all'attività residenziale e semiresidenziale vengono rappresentate nel confronto degli anni 2019 e 2020.

Come è possibile evincere dalla tabella riassuntiva di seguito riportata, il complesso sistema organizzativo della NPIA pubblica e privata ha mantenuto un regime di attività tutelante nei confronti dell'utenza: i Servizi – come da DGR n. 2906 dell'8/3/2020 – sono stati mantenuti aperti anche nella prima fase di lockdown, venendo equiparati ai Servizi di dialisi e chemioterapia e quindi considerati "salvavita" proprio per l'importanza dell'azione nei confronti dei piccoli pazienti e dei loro familiari.
Nello specifico dell'attività ambulatoriale è stata introdotta fin dall'inizio dell'emergenza pandemica (marzo 2020) la modalità di erogazione delle prestazioni in "remoto" (Telemedicina e Teleriabilitazione), anche a garanzia della continuità terapeutica e relazionale nei confronti degli utenti che per un lungo periodo non hanno potuto frequentare i Centri Diurni.
Le Strutture Residenziali hanno visto, come per i reparti di degenza, una riorganizzazione degli ingressi e delle dimissioni in virtù delle norme in materia di contenimento dell'infezione.

Tabella 7. Attività RESIDENZIALE-SEMIRESIDENZIALE-AMBULATORIALE/TERRITORIALE NPIA 2019-2020

	2019	2020
PRESTAZIONI AMBULATORIALI/TERRITORIALI	1.287.445	1.054.307
GIORNATE RESIDENZIALI	74.738	72.720
PRESENZE SEMIRESIDENZIALI	90.035	86.663

Figura 4- Attività ambulatoriale NPIA 2019-2020

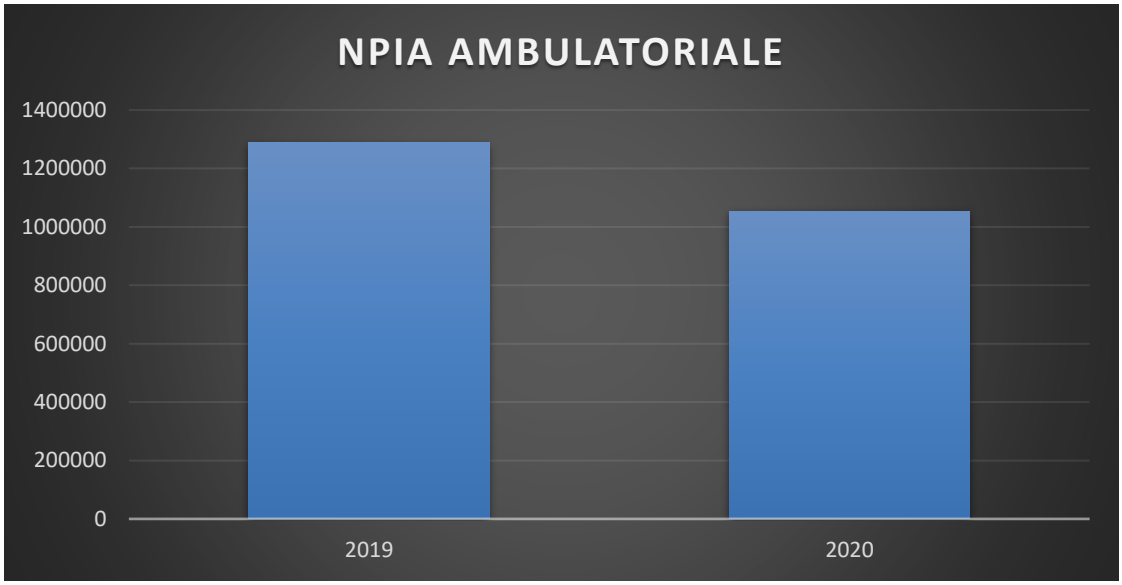
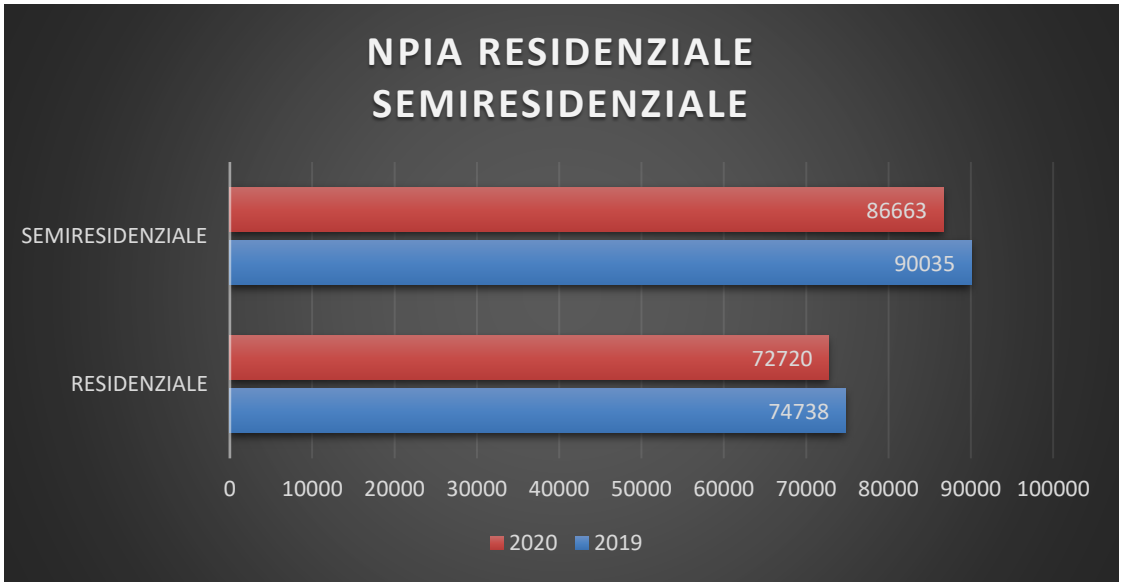


Figura 5- Attività residenziale/semiresidenziale NPIA 2019-2020



SITUAZIONE ATTUALE DEI RICOVERI PSICHIATRICI IN ETÀ EVOLUTIVA DATI NAZIONALI

I ricoveri ordinari 0-17aa per Major diagnostic categories 19 (MDC) sono aumentati del 32% tra il 2011 e il 2015, e del 24% circa dal 2017 al 2018 passando da 21077 a 26049 unità, considerando la fascia 0-25, e del 19%, passando da 7534 a 8946 considerando la fascia 0-14.
I ricoveri in NPIA sono diminuiti dello 0.3%.

I ricoveri in pediatria sono aumentati rappresentando il 38% del totale e il 55% dei ricoveri in urgenza.
I ricoveri in SPDC sono aumentati rappresentando il 23% del totale e il 33% dei ricoveri in urgenza.
Includono, inoltre, una rilevante percentuale di utenti con abuso di sostanze (37%), con agiti autolesivi, TS o elevato rischio suicidiario (28%) e una rilevante percentuale di adottivi (13% contro 0,8 nella popolazione generale).
Vi è un elevato rischio di inappropriatezza, in particolare in SPDC:

- la percentuale di utenti con meno di 16 anni è molto elevata (20%),
- la percentuale di contenzioni (20%) è quasi doppia della media per gli adulti (11%),
- la percentuale di invio in strutture residenziali terapeutiche è molto elevata (18% alla dimissione, contro 6% all'ingresso).

Ogni utente inserito in residenzialità terapeutica ha un costo compreso tra 60.000 e 120.000 euro all'anno.

Inoltre, il ricovero di minorenni in SPDC è possibile solo per un paziente per ciascun reparto (quindi per un numero limitato di utenti nell'anno), e diminuendo le accettazioni per gli adulti aumenta ulteriormente il carico di lavoro per i SPDC, non consentendo l'accoglienza di tutti i pazienti adulti che ne hanno necessità aumentando inevitabilmente i costi.

Figura 6 - Confronto pazienti in carico NPIA 2008-2016, dati Nazionali

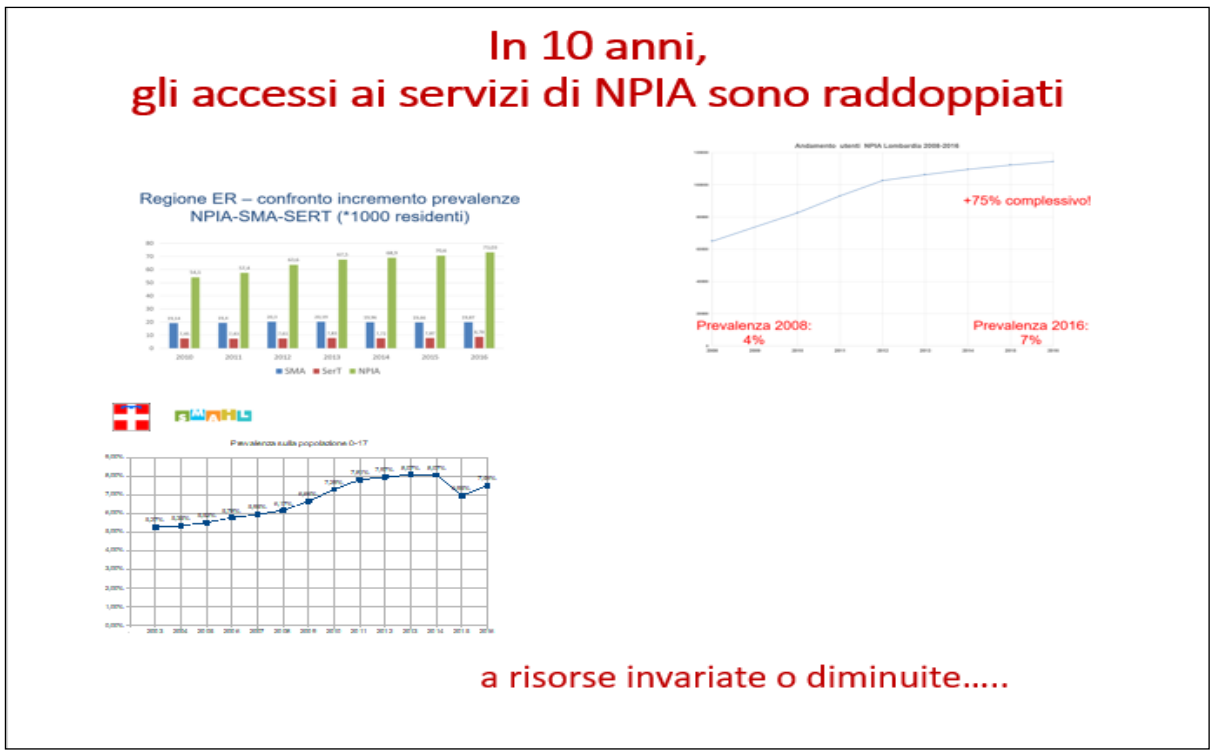
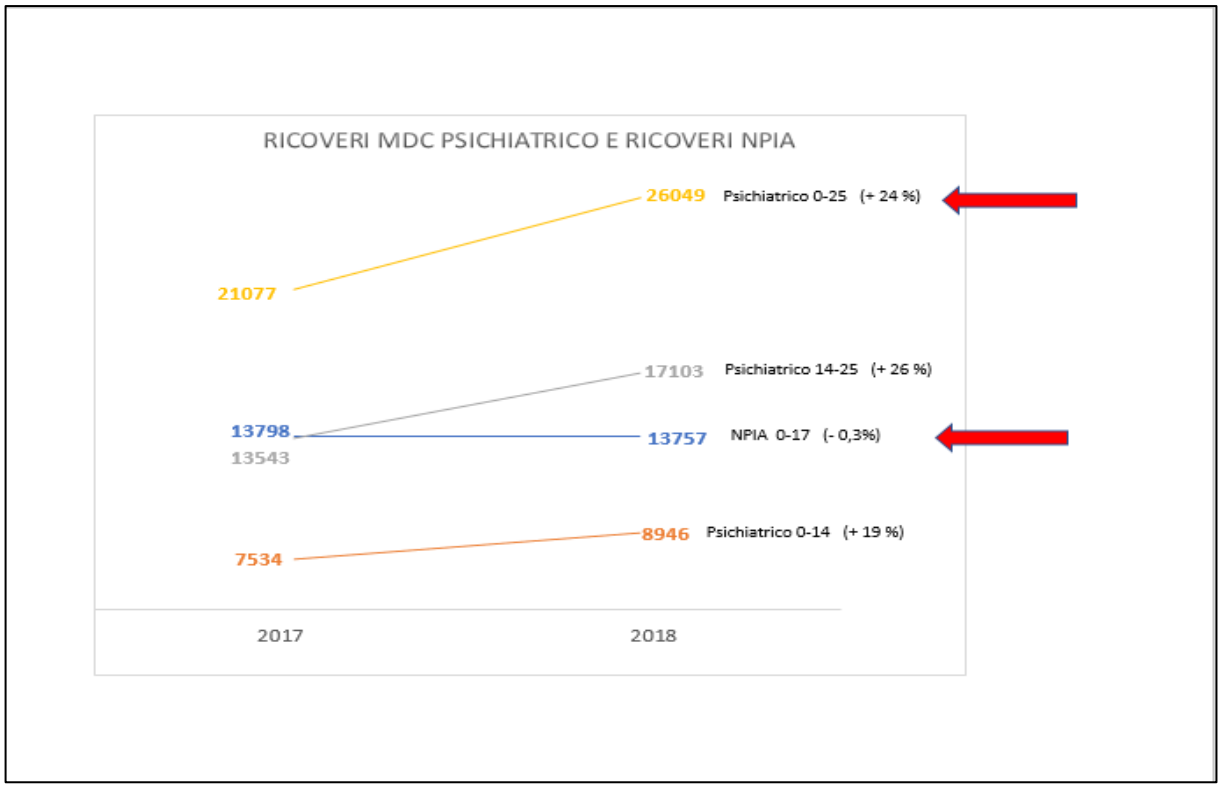


Figura 7 - Confronto ricoveri con DRG NPIA 2017-2018, dati Nazionali



Dati e Organizzazione dei servizi neuropsichiatrici, psichiatrici e neuroriabilitativi della ASST Rhodense

Organizzazione della UONPIA della ASST Rhodense

L'UONPIA della nostra ASST, a differenza di molte altre UONPIA di ATS Milano presenta un livello di complessità ed integrazione molto elevato: sono presenti due Poli Ospedalieri di NPIA, con più di 15 medici NPIA dipendenti strutturati a tempo indeterminato; due centri diurni (Alice e Itaca, 15 e 10 posti); vengono garantiti ricoveri in DAY HOSPITAL/MAC per patologie neurologiche, genetiche, psichiatriche e comportamentali.

È presente una struttura residenziale terapeutica (Marco Polo, 8 posti letto), è garantito un supporto diurno e notturno al PS per le acuzie psichiatriche in adolescenza (h 24, 7 giorni su 7 con Servizio attivo di Reperibilità) e nei week-end/festivi 8-14 anche per le acuzie Neurologiche.
È presente un'équipe per le Acuzie Psichiatriche in Adolescenza (APA) di supporto, strutturatasi a partire da un progetto innovativo di ATS Milano, ormai da 5 anni composta da 1-2 medici NPI, 1 Assistente Sociale, 2 Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e 2 Psicologi.

È già attivo il necessario supporto, nel corso di eventuali ricoveri, da parte della Pediatria e del PS sia del Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese che di Rho, sia il supporto psichiatrico da parte dell'SPDC di Passirana e dell'SPDC di Garbagnate Milanese, nonché la possibilità di consulenza dei medici Anestesisti e Rianimatori per i casi più complessi.
All'interno del Servizio, dal punto di vista organizzativo, sono attivi anche il Centro Regionale ADHD e un Centro Epilessia Riconosciuto Lega italiana contro l'epilessia (LICE), rispettivamente per i pazienti con disturbo comportamentale di tipo ipermotorio/inattentivo e per i pazienti con epilessia in età evolutiva. L'attivazione di consulenze specialistiche NPIA in pronto soccorso e nei reparti ospedalieri è assicurata dalla presenza dei medici della UONPIA.

Tabella 8 - Valorizzazione UONPIA 2018-2019 ASST-Rhodense

PERIODO ANALIZZATO Gennaio-Dicembre — 03/03/2020

DIPARTIMENTO	CDR	Prestazioni 2018	Prestazioni 2019	Valorizzazione 2018	Valorizzazione 2019	Δ Quantità	Δ Valore	Δ % Quantità	Δ % Valore
Total		79.688	97.471	€3.289.717,17	€5.915.828,63	17.783	€2.626.111,46	22,3%	79,8%
	3426-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE INFANZIA E ADOLESCENZA	67.617	85.524	€3.031.206,62	€5.672.349,13	17.907	€2.641.062,51	26,5%	87,1%
5-DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	34261-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE INFANZIA E ADOLESCENZA	342	0	€18.596,00	€0,00	-342	-€18.596,00	-100,0%	-100,0%

Organizzazione della UOPOT della ASST Rhodense

L'Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera e Territoriale (UOPOT) nasce con il Piano organizzativo aziendale strategico (POAS) del 2107 dalla fusione delle tre "storiche" unità operative di psichiatria presenti rispettivamente sui territori di Garbagnate, Bollate e Rho con un bacino di utenza di circa 385.000 soggetti, in età adulta, distribuiti in 17 Comuni attorno alla Città di Milano.

L'UOPOT si articola nei seguenti servizi:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Garbagnate dotato di 15 posti letto con ambulatorio MAC interno,
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Passirana dotato di 15 posti letto, (temporaneamente chiuso e convertito in Centro vaccinale Aziendale)
- Centro Psico Sociale di Rho, Settimo Milanese, Bollate POT e Cassina Nuova di Bollate,
- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) di Rho (18 posti letto); Bollate (18 posti letto),
- Comunità Protette a Media Assistenza (CPM) di Garbagnate (8 posti letto), Bollate (8 posti letto e Senago (12 posti letto),
- Centro Diurno (CD) di Rho e Bollate,
- Residenzialità Leggera (RL) 15 posti letto in gestione a Cooperativa della zona.

Tabella 9 - Attività ospedaliera e territoriale della UOPOT anni 2017-2018-2019

			RICOVERI ORDINARI																
ANNO	DIPARTIMENTO	DIVISIONE	Casi Tot	Importo Tot	Casi 0-1	Importo 0-1	Casi >1gg	Importo >1gg	GG Tot	GG > 1 gg	Deg Media Osserv	Deg Media Trim	Deg Media Attesa	Indice Comp Perfor	%Casi Oltre Soglia	Età Media	Peso Medio	Peso Medio Reg	Indice Case Mix
2019	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	Total	751	€2.191.633	55	€12.960	696	€2.178.673	9.402	9.347	13,4	10,6	12,8	1,05	6,9%	44	0,65	0,73	0,89
		PSICHIATRIA GARBAGNATE	381	€1.148.983	21	€5.083	360	€1.143.900	4.901	4.880	13,6	10,6	12,7	1,07	8,1%	45	0,65	0,73	0,89
		PSICHIATRIA PASSIRANA	370	€1.042.650	34	€7.877	336	€1.034.773	4.501	4.467	13,3	10,7	12,8	1,04	5,7%	44	0,65	0,73	0,89
2018	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	Total	856	€2.443.145	55	€13.166	801	€2.429.979	9.362	9.307	11,6	9,5	12,7	0,92	5,1%	43	0,66	0,73	0,91
		PSICHIATRIA GARBAGNATE	435	€1.267.172	21	€4.923	414	€1.262.249	4.764	4.743	11,5	9,1	12,5	0,91	5,3%	44	0,66	0,73	0,91
		PSICHIATRIA PASSIRANA	421	€1.175.973	34	€8.243	387	€1.167.730	4.598	4.564	11,8	9,9	12,8	0,92	4,9%	43	0,67	0,73	0,92
2017	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	Total	960	€2.780.557	73	€17.716	887	€2.762.841	8.935	8.862	10,0	8,3	12,7	0,79	3,0%	44	0,67	0,73	0,91
		PSICHIATRIA GARBAGNATE	475	€1.355.243	42	€10.775	433	€1.344.468	4.717	4.675	10,8	8,6	12,4	0,87	3,9%	43	0,65	0,73	0,89
		PSICHIATRIA PASSIRANA	485	€1.425.314	31	€6.941	454	€1.418.373	4.218	4.187	9,2	8,1	12,9	0,71	2,2%	45	0,68	0,73	0,94

Tabella 10 - Attività Territoriale Psichiatrica 2017-2019 UOPOT ASST-Rhodense

Agg al 31/12/2019	Attività a dicembre 2017_2018_2019														
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Pazienti in carico per CPS	CPS Rho	CPS Rho	CPS RHO	CPS Settimo M.	CPS Settimo M.	CPS SETTIMO M.	CPS Cassina	CPS Cassina	CPS CASSINA	CPS Bollate	CPS Bollate	CPS BOLLATE	totale	totale	totale
	n. pt	n. pt	n.pt.	n. pt	n. pt	n. pt	n. pt	n. pt	n. pt.	n. pt	n. pt	n.pt.	n. pt	n. pt	n.pt.
	1701	**1634**	1577	**802**	**803**	754	**1635**	**1621**	1425	**1269**	**1346**	1246	**5407**	**5404**	**5002**
TOTALI prestazioni	**26603**	**24106**	**22771**	**8708**	**8175**	**6969**	**23589**	**20347**	**14883**	**13766**	**12701**	**11027**	**72666**	**65329**	**55650**
Interventi per qualifica professionale	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	**n.**
Medico	8317	5350	7974	2796	2646	3780	5607	4152	6013	4490	3853	5769	21210	16001	**23536**
Psicologo	1878	2111	4860	1884	1585	2171	3321	3843	3393	1648	1898	2450	8731	9437	**12874**
Infermiere	6065	4873	7056	1627	1419	1551	4194	3368	3435	2634	2116	2772	14520	11776	**14814**
Educatore	3571	3952	3010	19	37	15	2466	1990	2886	1208	1307	1234	7264	7286	**7145**
Ass Soc	1704	2074	2318	361	281	268	1391	1222	1583	1044	1472	2165	4500	5049	**6334**
Altra figura professionale	4	710	3233	15	11	45	236	442	585	311	329	544	566	1492	**4407**
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Personale CPS	CPS Rho	CPS Rho	CPS Rho	CPS Settimo M.	CPS Settimo M.	CPS Settimo M.	CPS Cassina	CPS Cassina	CPS Cassina	CPS Bollate	CPS Bollate	CPS Bollate	totale	totale	totale
Medici	**5,67**	**6,7**	5	**2,97**	**1,6**	2	**4,65**	**3,8**	3,3	**4,9**	**3,9**	6,4	**18,19**	**16**	**16,7**
Psicologi	**0,9**	**0,9**	1	**0,5**	**0,6**	0,8	**2**	**2,1**	3	**0,8**	**0,4**	2	**4,2**	**4**	**6,8**

Organizzazione della Unità Operativa di Riabilitazione Neurologica e Ortopedica, Vascolare ASST Rhodense

L'Unità Operativa di Riabilitazione Specialistica Neurologica e Ortopedica Vascolare della ASST Rhodense che afferisce al Dipartimento di Medicina e Riabilitazione, si trova all'interno del Presidio Ospedaliero (PO) di Garbagnate Milanese.

Svolge attività riabilitativa specialistica intensiva rivolta a pazienti con disabilità derivanti da patologie a carico del sistema nervoso centrale e periferico, dell'apparato osteoartromuscolare e vascolare periferico sia in regime di ricovero ordinario (42 posti letto di riabilitazione intensiva e 10 posti letto di riabilitazione estensiva allocati nel PO di Garbagnate Milanese) sia in regime ambulatoriale semplice e di alta complessità (MAC riabilitative nel PO di Garbagnate Milanese e nel Presidio ospedaliero territoriale di Bollate).

In particolare, la UO ha sviluppato un'organizzazione specifica al fine di ottimizzare l'approccio multidisciplinare richiesto per la definizione del Progetto Riabilitativo e l'attuazione dei programmi riabilitativi di pazienti con diversi gradi di disabilità. Disabilità derivanti da danno del sistema nervoso centrale e periferico come gli stati vegetativi, i postumi di cerebro e mielolesioni e le paralisi nervose periferiche; danno osteoartromuscolare come gli esiti d'interventi chirurgici ortopedici sulle articolazioni maggiori e sulla colonna vertebrale; danno vascolare periferico in modo particolare nelle protesizzazioni degli amputati agli arti inferiori.

All'interno dell'équipe sanitaria sono presenti 14 figure specialistiche mediche (neurologi, fisiatri, geriatri e internisti), 39 riabilitative (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicomotricisti), 32 infermieristiche riabilitative e 17 Operatori Sociosanitari. Tutte le figure professionali partecipano alle diverse fasi del processo riabilitativo, dalla definizione del bisogno clinico e riabilitativo,

all'attuazione dei provvedimenti terapeutici indicati sino alla predisposizione delle condizioni necessarie per l'inserimento del paziente nel contesto lavorativo familiare.

L'UO mantiene rapporti di stretta collaborazione ed integrazione nei processi assistenziali con l'UO di Neurologia del Presidio di Garbagnate Milanese e con la Stroke Unit ad essa afferente, con la UO di Chirurgia Vascolare del Presidio di Garbagnate Milanese, con le UO di Ortopedia e Traumatologia aziendali (Garbagnate Milanese, Rho), nonché con la Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Generale Geriatrica e la Struttura Semplice di Cure Subacute allocate nel Presidio Riabilitativo di Passirana di RHO.

Analoghe interazioni funzionali sono state realizzate e consolidate nel tempo, con le UOC di Neurochirurgia dell'Ospedale di Niguarda e di Legnano e con la UOC di Ortopedia dell'ospedale di Saronno e Legnano. Tutto ciò con l'intento di assicurare la presa in carico riabilitativa al paziente residente nel territorio di riferimento ma ricoverato in realtà ospedaliere limitrofe.

L'UO fornisce consulenze specialistiche riabilitative fisiatriche, neurologiche e geriatriche a tutte le UO per acuti dei due poli ospedalieri della ASST Rhodense sia per la presa in carico riabilitativa diretta all'interno delle suddette realtà operative per acuti sia per l'attuazione di progetti di integrazione territoriale in stretta collaborazione con le realtà territoriali della ASST Rhodense.

Tabella 11 - Dati attività triennio 2017-2019 UOC RIABILITAZIONE ASST-Rhodense

Prestazioni per esterni ambulatoriali	**2017**	**2018**	**2019**
3228-RIABILITAZ SPECIALISTICA NEUROLOGIA ORTOPEDICA VASCOLARE	62.307	67.579	59.076

prestazioni di ricovero (dimessi)	**2017**	**2018**	**2019**
2561 - RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	593	581	600
2601 - RIABILITAZIONE GERIATRICA	102	112	83

Occupazione Pl medi ordinari	**2017**	**2018**	**2019**
2561 - RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	110,47%	105,98%	113,93%
2601 - RIABILITAZIONE GERIATRICA	61,01%	63,06%	49,07%

Complessità della casistica (Descrizione primi 10DRG)

2561 - RIABILITAZIONE SPECIALISTICA (INTENSIVA)	**2017**	**2018**	**2019**
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	**134**	**196**	**210**
249 - Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	277	196	134
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	128	111	116
236 - Fratture dell'anca e della pelvi		35	80
009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	19	14	18
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	5	4	8
023 - Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	12	13	8
034 - Altre malattie del sistema nervoso con CC	3	2	7
027 - Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4	3	7
035 - Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2	2	4

Complessità della casistica (Descrizione primi 10DRG)

2601 - RIABILITAZIONE GERIATRICA (ESTENSIVA)	**2017**	**2018**	**2019**
236 – Fratture della anca e della pelvi	16	34	27
248 - Tendinite, miosite e borsite	38	27	23
249 - Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5	23	13
012 - Malattie degenerative del sistema nervoso		9	8
235 - Fratture del femore	18	7	4
254 - Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	1	1	3
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3	7	2
253 - Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	3	3	2
445 - Traumatismi, età > 17 anni senza CC	3	0	1
034 - Altre malattie del sistema nervoso con CC		1	0

Contesto normativo

La Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 in materia di "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo" ha delineato il nuovo modello di cura e assistenza in relazione ai cambiamenti socio-economici e demografici presenti sul territorio lombardo.

Con la legge regionale 23/2015 si stabilisce un cambiamento nella prospettiva sanitaria «dalla cura al prendersi cura» per rispondere ai bisogni della persona e della famiglia. La cronicità e la fragilità si inseriscono nella nuova struttura assumendo un ruolo prioritario.

In particolare, l'area della Salute Mentale è andata incontro ad un processo di ridefinizione descritto nella legge regionale n. 15 del 29 giugno 2016 - "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) TITOLO V NORME IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE". Per Area della salute mentale ai fini della presente legge si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche potrebbero causare.

Afferiscono all'Area di salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. L'Area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui al precedente art. 51, in forma dipartimentale coerentemente con la programmazione regionale e quella dell'ATS competente per territorio. A tal fine il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze istituito nelle ASST comprende di norma: una o più Unità operative dei servizi dipendenze (UOSD); una o più Unità Operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA); una o più Unità Operative di Psichiatria (UOP); una o più Unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché i servizi dedicati alla disabilità psichica.

Gli obiettivi di particolare interesse e riforma si sono rivolti agli ambiti di seguito riportati:

- Inclusività, reinserimeto sociale e scolastico. La valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante i budget di salute, è stata finalizzata a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del *case management*, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile.
- L'integrazione interdisciplinare di attività ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e

familiari, assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico delle persone e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle competenze acquisite.

- La promozione della collaborazione tra servizi territoriali, in particolare gli enti locali, i servizi di tutela dei minori e l'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegua l'obiettivo di salute mentale.
- La riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero o alle altre forme di intervento residenziale, mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali.
- La continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnino la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi.
- La diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio.
- La formazione permanente degli operatori, con attenzione al lavoro di rete e di équipe e al coinvolgimento di utenti e familiari, inclusi adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenzione meccanica.
- I percorsi di auto aiuto con particolare riguardo al trattamento dei quadri delle dipendenze.

Un discorso a parte merita il tema dell'Autismo in età di transizione dall'adolescenza alla fase adulta.
1. La Regione, promuove condizioni di benessere e stabilisce le linee di azione in materia di prevenzione, assistenza, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.
2. Le disposizioni di cui al presente capo hanno l'obiettivo di promuovere una cultura attenta alle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e di dare supporto alla famiglia, quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Gli interventi sono rivolti a tutte le persone che, in ogni età della vita, sono affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, diagnosticati e valutati secondo i sistemi di classificazione e le metodologie più recenti, riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale, e alle famiglie che ne sostengono l'impegno di cura.

3. La Regione, attraverso il Piano sociosanitario integrato lombardo (PSL) di cui all'articolo 4 e le regole di sistema di cui all'articolo 17, al fine di realizzare gli obiettivi previsti dal presente articolo, promuove e sostiene:

a) la diffusione della cultura per una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

b) La piena accessibilità alle informazioni relative allo spettro autistico e alla disabilità complessa, ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali correlati.

c) La partecipazione a progetti nazionali e internazionali di ricerca.

d) La collaborazione, attraverso un proprio sistema integrato di raccolta dati (registro) con le banche dati ministeriali al fine di monitorare l'andamento epidemiologico e i risultati degli interventi preventivi, terapeutici, abilitativi e riabilitativi erogati dal sistema integrato dei servizi sanitari sociosanitari, sociali ed educativi.

e) Centri di riferimento specialistici regionali con compiti di coordinamento dei presidi della rete sanitaria regionale, al fine di garantire la diagnosi tempestiva e stabilire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali e strategie psicoeducative strutturate per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico.

f) La presa in carico globale delle persone con approccio di équipe multi-professionale e interdisciplinare, attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. La presa in carico di soggetti in età evolutiva e in età adulta è effettuata dai soggetti di cui all'articolo 53, avvalendosi di un gruppo di lavoro istituito attraverso l'individuazione di esperti, appartenenti a enti accreditati, con comprovata e qualificata formazione ed esperienza nella diagnosi e nella predisposizione di percorsi individuali per soggetti con disturbi dello spettro autistico.

g) L'accesso alle terapie e ai metodi di approccio comportamentale in linea con le più recenti evidenze scientifiche stabilite dalle linee guida ministeriali.

h) La formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la valutazione multidimensionale del bisogno.

i) Iniziative di formazione, orientamento, accompagnamento e supporto alla famiglia quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza.

j) Idonee misure di coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza, psichiatria e servizi per la disabilità, per garantire la presa in carico e il corretto trasferimento di

informazioni riferite alla persona affetta dalla patologia, assicurando la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della vita.

k) La disponibilità sul territorio di posti tecnici nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali accreditate, con competenze specifiche per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

l) La promozione di progettualità finalizzate all'inserimento lavorativo dei pazienti che ne valorizzino le capacità, anche con percorsi di vita indipendente.

Il POAS – ASST RHODENSE

Nella ASST Rhodense l'attuale POAS, come indicato dalla Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto, nell'ottica di valorizzare l'integrazione fra ospedale e territorio e la presa in carico del paziente cronico o fragile ha articolato un piano nel quale sono state implementate strutture connesse fra loro che afferiscono alla Direzione sociosanitaria e che sono in collaborazione con strutture che afferiscono alla Direzione sanitaria.

Figura 8 - Attuale POAS ASST Rhodense

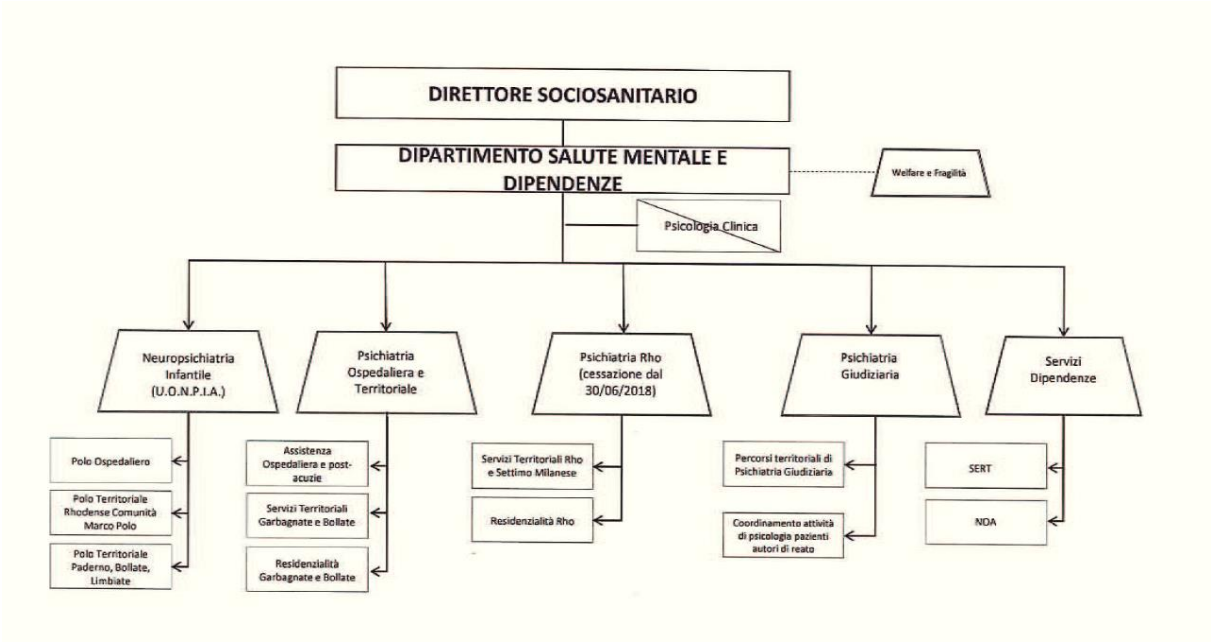


Tabella 12 - CENTRI DI RESPONSABILITA' E CENTRI DI COSTO DSMD ASST- Rhodense

cdr	Descrizione	CDC	CDC_STAND	Descrizione
3426	STRUTTURA COMPLESSA UNITA' OPERATIVA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA - UONPIA AZIENDALE	4098		Costi Comuni
		4099		ATTIVITA' OSPEDALIERA RHO
		4100		DAY HOSPITAL RHO
		4101		ATTIVITA' TERRITORIALE RHO
		4102		CENTRO TERAPEUTICO MARCO POLO
		4103		ATTIVITA' TERRITORIALE LIMBIATE
		4104		CENTRO DIURNO ITACA LIMBIATE
		4105		ATTIVITA' OSPEDALIERA DI GARBAGNATE
		4106		N.P.I. ATTIVITA' TERRITORIALE DI GARBAGNATE E BOLLATE
		4107		N.P.I. ATTIVITA' TERRITORIALE DI PADERNO (ex Bollate a Giugno 2013)
		4108		PROGETTI INNOVATIVI NPI
		4109		CENTRO DIURNO ALICE
		4110		MAC NPI RHO
		4189		ATTIVITA' AMBULATORIALE NPI MED.SPEC.AMBUL. CONVENZIONATI

cdr	Descrizione	CDC	CDC_STAND	Descrizione
3130	STRUTTURA COMPLESSA UNITA' OPERATIVA DI PSICHIATRIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	1063		Costi Comuni
		2104	3022140	ATTIVITA' DI DEGENZA SPDC GARBAGNATE
		5002	3022140	ATTIVITA' DI DEGENZA SPDC PASSIRANA
		5003	3021200	DAY HOSPITAL PASSIRANA
		2156	2061100	MAC PSICHIATRIA GARBAGNATE
		1064	2085100	CPS DI CASSINA NUOVA
			2085100	CPS BOLLATE - SERVIZI DI PSICHIATRIA DI COMUNITA'
		1065	2091100	CENTRO DIURNO DI BOLLATE
		1066	2101200	SRP2_COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA_CPM_BOLLATE
		1067	2101200	SRP2_COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA_CPM_SENAGO
		1072	2101200	SRP2_COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA_SENAGO_P.T.-1°P
		1068	2101200	SRP2_COMUNITA' PROTETTA MEDIA ASSISTENZA_CPM_GARBAGNATE
		1069	2101100	SRP1_COMUNITA' RIABILITATIVA ALTA ASSISTENZA CRA BOLLATE
		1071		PROGETTI INNOVATIVI BOLLATE
		2114		PROGETTI INNOVATIVI GARBAGNATE

cdr	Descrizione	CDC	CDC_STAND	Descrizione
3530	STRUTTURA COMPLESSA UNITA' OPERATIVA DI PSICHIATRIA RHO	5001		Costi Comuni
		5004	2085100	CPS RHO - SERVIZI DI PSICHIATRIA DI COMUNITA'
		5005	2085100	CPS SETTIMO
		5007	2091100	CENTRO DIURNO RHO
		5008	2101100	SRP1_COMUNITA' RIABILITATIVA ALTA ASSISTENZA CRA RHO
		5009		PROGETTI INNOVATIVI PASSIRANA

cdr	Descrizione	CDC		Descrizione
				Costi Comuni
DA CREARE	STRUTTURA COMPLESSA UNITA' OPERATIVA SERVIZI DIPENDENZE	5421		N.O.A.
				N.O.A. - File F Tipo 6
		5412		SERT RHO
				SERT RHO - File F Tipo 6
		5413		SERT CORSICO
				SERT CORSICO - File F Tipo 6
		5417		UOS PROGETTUALITA TERRITORIALI

cdr	Descrizione	CDC		Descrizione
				Costi Comuni
7626	STRUTTRA SEMPLICE DIPARTIMENTALE PSICOLOGIA CLINICA	6133		PSICOLOGIA CLINICA GARBAGNATE
		6134		PSICOLOGIA CLINICA PASSIRANA
		5324		PSICOLOGIA CLINICA BOLLATE
		5327		PSICOLOGIA CLINICA RHO
		6135		SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA_PRESTAZ PER INTERNI

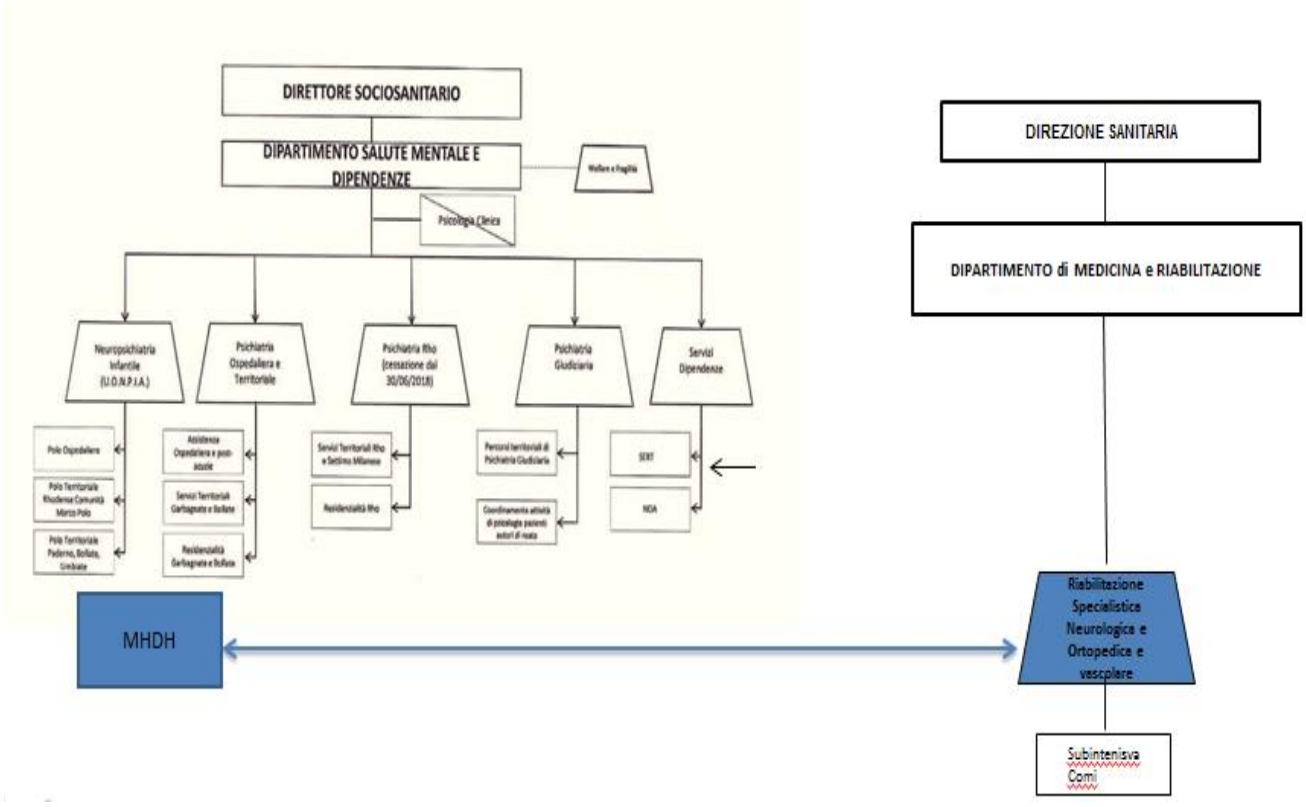
L'assetto del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) è stato approvato nella seduta del Comitato di Dipartimento del 15/06/2017:

- la UONPIA mantiene il suo assetto,
- entrano a far parte del Dipartimento i Servizi Dipendenze e la Psicologia Clinica,
- riguardo alle Unità Operative di Psichiatria, in attuazione del POAS, sono riorganizzate secondo il principio della trasversalità dipartimentale e del superando del principio della territorialità,
- a tendere entro il 30/06/2018 l'organizzazione prevede due Unità Operative di Psichiatria:
    - la prima di Psichiatria Ospedaliera e Territoriale
    - la seconda di Psichiatria Giudiziaria, dedicata ai pazienti con percorsi di cura caratterizzati da problematiche giudiziarie e per pazienti autori di reato. Tale assetto organizzativo è in atto dall'1/7/2017.

Collocazione del Mental Health Day Hospital (MHDH) nell'assetto dei servizi Dipartimentali

Il servizio si colloca a cavallo delle due UO di NPI e Psichiatria con Centri di Costo (CDC) condivisi all'interno di una collaborazione interdipartimentale con la UO di Riabilitazione Specialistica Neurologica e Ortopedica Vascolare del Dipartimento di Medicina e Riabilitazione.

Figura 9 - Proposta di modifica del POAS ASST-Rhodense



Contributo della Telemedicina alla gestione del paziente subacuto nell'ambito del progetto MHDH

L'innovazione tecnologica può contribuire ad una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale (da Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali (2012).

Benefici attesi:

- Equità di accesso.
- L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione dell' assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio.
- Migliore qualità e contemporaneamente garanzia di continuità delle cure.
- L'utilizzo della telemedicina nella cura delle malattie croniche anche psichiatriche rappresenta un ambito prioritario in quanto consentirebbe soluzioni di monitoraggio remoto e autogestione anche ai fini della deospedalizzazione precoce.
- Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza.
- Rendendo disponibili dati uniformi che consentono di verificare bontà dei processi messi in atto.
- Miglior coinvolgimento di pazienti in età adolescenziale e giovani adulti così detti *"nativi digitali".*

L'implementazione della telemedicina e del teleconsulto e della teleriabilitazione specialistica anche in ambito dei Servizi Territoriali UONPIA hanno riscosso notevole successo nell'ultimo decennio. La teleriabilitazione e le metodologie informatiche, app e riabilitazione web-based monitorate in remoto dagli specialisti della UONPIA sono già state sperimentate come efficaci precedentemente e dai risultati positivi vanno incrementate e messe a sistema anche nel progetto MHDH.

Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Comunication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.

La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Quindi deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario (Telemedicina, Linee di indirizzo, 2012).

FINALITA':

- Prevenzione secondaria
- Diagnosi
- Cura
- Riabilitazione
- Monitoraggio

CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI

Televisita: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *care giver*. Tuttavia, la televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza durante la degenza di MHDH.

Teleassistenza da parte di professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc): è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente.

Controllo e monitoraggio a distanza: grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali, la Telemedicina permette di tenere sotto controllo medico il paziente classificato a rischio di sviluppare determinate patologie oppure già affetto da patologie con significativo rischio di complicazioni rilevanti. Questo allo

scopo di ridurre il rischio di malattia e/o ridurre l'insorgenza di complicazioni o riacutizzazioni o almeno di controllarle in maniera più efficace.

Ciò avviene per mezzo di due modalità operative:

- Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura.
- Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza.

Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di Telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona.

Le prestazioni di Telemedicina, rispetto all'appropriatezza erogativa, sono suddivisibili in quattro tipologie:

- prestazioni che possono essere assimilate a qualunque prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone un'alternativa di erogazione.
- Prestazioni che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale ma piuttosto la supportano rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva.

- Prestazioni che integrano in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti.
- Prestazioni che risultino capaci di sostituire completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecniche diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti.

RIFERIMENTI NORMATIVI DELLA TELEMEDICINA

L'art. 8 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. prevede che «Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza […] avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonchè di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies.»

L'Intesa sancita in data 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR) in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali", esamina aspetti inerenti all'inquadramento strategico degli interventi, alla definizione e classificazione dei servizi di telemedicina, ai possibili modelli organizzativi, alla integrazione della telemedicina nel servizio sanitario, individuando gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione e impiego dei sistemi di telemedicina nell'ambito del SSN.
L'Accordo tra lo Stato e le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano del 22 gennaio 2015 prevede la teleconsulenza per potenziare le reti regionali di Malattia Rara. Il Piano Nazionale della Cronicità (accordo sancito ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28.8.1987, n. 281, in data 15 settembre 2016 - Rep. atti160/CSR) afferma che le tecnologie della sanità digitale (e-Health) e in particolare la Telemedicina e la Teleassistenza, consentono di favorire la gestione domiciliare della persona, anche nei processi di presa in carico del paziente cronico, e che il medesimo Piano propone la sperimentazione di modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, individuando tali modelli nella teleassistenza domiciliare, nel teleconsulto specialistico, nel telemonitoraggio medicale, nella telesorveglianza, nel telecontrollo.

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502" e in particolare l'art.15, comma 4, che specifica che le Regioni e le Province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle

prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, e l'art. 21, comma 4, che specifica che nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio. Il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica amministrazione, approvato dal Presidente del Consiglio il 31.05.2017 e smi, documento realizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale e dal Team per la Trasformazione Digitale attraverso il quale si definisce il modello di riferimento per lo sviluppo dell'informatica pubblica italiana, ed in particolare per la sanità un ruolo centrale è ricoperto dal Fascicolo sanitario elettronico (FSE), il Centro unico di prenotazione (CUP), il Progetto Telemedicina.

In ultimo le Linee nazionali di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19 del 3 giugno 2020, per la riattivazione delle attività ambulatoriali prevedono l'opportunità di privilegiare modalità di erogazione a distanza (telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (esempio alcune tipologie di visite di controllo, aggiornamento di piani terapeutici).

IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO

È noto che il ricovero ospedaliero per eventi acuti può causare un peggioramento dello stato cognitivo, dell'autonomia motoria e sociale, che può non essere strettamente correlato al problema clinico che ha portato il soggetto al ricovero, ma può essere correlato ad altri fattori tra cui le condizioni funzionali pre-morbose, gli effetti delle terapie effettuate, gli effetti dell'allettamento prolungato, le comorbidità. Per questo motivo si è scelto di ipotizzare una organizzazione del servizio che avesse una "basso profilo" sanitario senza tuttavia rinunciare alle garanzie proprie di un assetto assistenziale più protetto rispetto all'offerta della territorialità.

In particolare, l'Azienda dispone di un Presidio Ospedaliero sito in Passirana di Rho che tradizionalmente ha svolto la funzione di Ospedale Riabilitativo. Tale struttura negli anni è andata incontro a notevoli rimaneggiamenti che hanno progressivamente visto lo spostamento dei reparti per acuti presenti in quella sede verso altri presidi ospedalieri. Alcuni mesi orsono anche l'SPDC di Passirana è stato chiuso lasciando libera un'ampia superficie da riconvertire.

Di seguito vengono descritti gli aspetti strutturali, di dotazione e di funzionamento del servizio in oggetto.

a) Aspetti strutturali

La struttura deve garantire:

- Accessibilità per persone disabili
- 7 letti

- Tisaneria
- Sala potenziamento cognitivo
- Sala TAA
- Sala attività ricreative
- Infermeria
- Studio medici
- Palestre/Giardino

b) Dotazione di personale

L'équipe professionale è composta da:

- N. 1 medico psichiatra o neuropsichiatra a rotazione, presenti ore 2 al giorno su due turni nelle fasce orarie 8-12 e 12-16 per un totale di massimo 14 DH/die
- N.1 fisiatra consulente ed esperto in Interventi assisiti con gli Animali (IAA) 2 ore al giorno
- N. 2 psicologi di cui 1 esperto di IAA
- N. 2 terapisti della riabilitazione psichiatrica (TERP)
- N. 2 terapisti occupazionali (TO)
- N. 2 infermieri
- 1 operatori sociosanitari (OSS)
- 1 medico veterinario esperto in IAA come consulente esterno

c) Strumenti di assessment e monitoraggio clinico

□ La CAARMS (Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State), un'intervista semi-strutturata atta ad esplorare prospetticamente i sintomi e i segni predittivi di un disturbo psicotico e a identificare gli individui che, in assenza di trattamento adeguato, correrebbero un alto rischio di sviluppare una psicosi (Yung et al. 2005). Tale scala e la classificazione che ne deriva è stata proposta dal gruppo australiano fondato da Patrick McGorry, il quale nel 1994 ha creato la PACE clinic (Personal Assessment and Crisis Evaluation service), un servizio clinico in Melbourne, Australia, che fa parte del programma EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) ed è stata poi tradotta e validata anche in Italiano (Fusar-Poli et al. 2012). Per ottenere la classificazione nei tre gruppi che definiscono i soggetti ad Ultra High Risk (UHR) assieme ai primi quattro item della CAARMS, relativi ai sintomi psicotici, viene compilata la Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), per valutare il

funzionamento sociale nel corso dell'ultimo anno. Le informazioni ricavate da questi strumenti di assessment vengono integrate con quelle ricavate dall'esame anamnestico e clinico per individuare l'eventuale presenza di una condizione di rischio psicotico, che si può configurare su 4 livelli di gravità crescente: Gruppo Vulnerabilità; Gruppo Psicosi Attenuata: 2A: Intensità sottosoglia - 2B: Frequenza sottosoglia; Gruppo BLIPS (Sintomi Psicotici Brevi Limitati Intermittenti); Gruppo Soglia Psicotica/Soglia di Trattamento Antipsicotico.

- La PQ-16 che è la versione a 16 item del Prodromal Questionnaire, uno strumento di screening, recentemente sviluppato e auto-compilato dai giovani utenti, che ha dimostrato di correlare positivamente con le categorie di stati mentali a rischio identificate dlla CAARMS (Ising et al., 2012).

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24 item), scala eterocompilata per la valutazione psicopatologica globale (copre aree sintomatologiche relative ai disturbi affettivi, ansiosi e psicotici).

- HoNOS/HoNOSCA, la HoNOS è stata scelta come componente del Mental Health Minimum Data Set, l'insieme di dati registrati routinariamente dal sistema informativo psichiatrico inglese (1999) e come scala di riferimento nazionale per la valutazione di esito da parte del Ministero della Sanità australiano. La HoNOSCA (Health of the nation outcome scales for children and adolescents) è un adattamento per bambini ed adolescenti della scala HoNOS che valuta comportamenti distruttivi, antisociali o aggressivi; iperattività o difficoltà di attenzione o di concentrazione; gesti autolesivi non accidentali; uso di alcol o droghe; problemi di apprendimento o di linguaggio; malattie fisiche o disabilità fisiche; allucinazioni, deliri o percezioni anomale; sintomi somatici non organici; disturbi emotivi o altri tipi di disturbi; relazioni con i pari; cura di sé e autonomia; vita familiare e di relazione; frequenza della scuola.

- GAF, la scala di valutazione globale del funzionamento (GAF o VGF) è uno strumento che descrive la gravità del disturbo psichiatrico, indipendentemente dal tipo di malattia di base. Viene utilizzata dal medico per giudicare il comportamento del paziente durante un preciso arco di tempo in situazioni diverse: nei rapporti sociali, durante l'attività lavorativa, prevedendo, contemporaneamente, anche un'indagine sulle sue condizioni psicologiche. La scala VGF è di rapida compilazione, porta alla

definizione di un punteggio da 0 a 100 che va dal valore di massima gravità del disturbo con completo deficit funzionale a quello di maggior funzionamento in tutte le aree con, quindi, disturbo psichico minimo.

- □ Scala del livello di Funzionamento della Personalità (Sezione III, DSM-5) e Inventario di Personalità per il DSM-5, versione breve a 25 item (PID-5-BF, Sezione III, DSM-5). Gli inventari di personalità per il DSM-5 sono dimensionali e quindi adatti anche a misurare anche i disturbi sotto-soglia o in evoluzione. Essi misurano i tratti di personalità non adattivi in cinque domini: Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo. Sono disponibili per gli adulti e per i soggetti sopra gli 11 anni. La versione breve è costituita da 25 item e la versione completa da 220 item. È disponibile anche una versione lunga (220 item) per gli informatori (genitori).

- □ La Clinical Global Impression (CGI), è uno strumento di monitoraggio clinico che nasce dalla necessità di standardizzare il parere del medico curante riguardo alla gravità complessiva del paziente ed al suo miglioramento clinico. E' usata soprattutto nella ricerca clinica in campo psichiatrico. Valuta le condizioni psichiche globali considerando tre aree: gravità della malattia; miglioramento globale dei sintomi; efficacia dei farmaci rapportata ai loro effetti collaterali. All'inizio dello studio clinico, viene fatta un'analisi sulle condizioni della malattia prima di iniziare il trattamento, mentre ai tempi successivi, quando il trattamento è iniziato, se ne valuta l'eventuale miglioramento. Il terzo punto viene considerato quando è necessario stabilire il beneficio globale del trattamento, prendendo in esame anche la frequenza e l'entità degli effetti collaterali. La scala CGI, di rapida compilazione, è uno strumento utile nelle mani del medico per valutare lo stato globale del paziente e l'evoluzione clinica, in caso di monitoraggio.

- □ MATRICI PROGRESSIVE DI RAVEN Le matrici progressive di Raven, misurano l'intelligenza fluida. e furono pubblicate per la prima volta in Gran Bretagna nel 1938 da l'ideatore John Carlyle Raven. Le matrici di Raven hanno tre livelli di difficoltà: Matrici colorate (CPM) - Vengono utilizzate per valutare l'intelligenza dei bambini dai 4 ai 9/10 anni e di persone portatrici di handicap. Questo test ha soltanto le matrici A e B presenti nel test standard con un ulteriore test (AB) di 12 elementi. Quasi tutti gli

elementi presenti nelle matrici sono colorati – per essere maggiormente visibili - ad eccezione degli ultimi elementi della serie B, i quali vengono scritti con inchiostro nero su sfondo bianco. Matrici standard (SPM) - Queste sono le matrici progressive originali del 1938 utilizzate per gli adulti. Le PM38 sono composte da 5 serie ognuna suddivisa in 12 elementi scritti con inchiostro nero su sfondo bianco. Per risolvere il test è richiesta un'ottima abilità cognitiva. Matrici avanzate (APM) - Vengono utilizzate per cogliere i livelli di eccellenza. Le PM47 sono composte da 2 serie e 48 elementi: la prima contiene 12 elementi; la seconda 36. Gli elementi sono disegnati in nero su sfondo bianco. Questo test è piuttosto 'tosto' per adulti e adolescenti con un quoziente intellettivo medio.

□ VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES : Le Vineland-II, revisione delle Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS- VABS), valutano il comportamento adattivo (CA), ossia le attività che l'individuo abitualmente svolge per rispondere alle attese di autonomia personale e responsabilità sociale proprie di persone di pari età e contesto culturale. Nello specifico, hanno l'obiettivo di misurare il CA nei domini Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione (in individui da 0 a 90 anni di età) e Abilità motorie (in individui da 0 a 7 anni e da 56 a 90 anni). La valutazione del CA è necessaria per la diagnosi del disturbo di disabilità intellettiva e, in accordo con il DSM-5, per la valutazione del livello di gravità del disturbo (vedi anche oltre).

□ WISC-IV La *WISC-IV* è lo strumento clinico per eccellenza somministrato individualmente, per valutare le capacità cognitive dei bambini di età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi. Con la *WISC-IV* si possono calcolare 5 punteggi compositi: un *quoziente intellettivo totale (QIT)* per rappresentare le capacità cognitive complesse del bambino, e 4 punteggi aggiuntivi: l'*indice di Comprensione verbale (ICV)*, l'*Indice di Ragionamento percettivo (IPR)*, l'*Indice di Memoria di lavoro (IML)*, l'*Indice di Velocità di elaborazione (IVE)*.

□ WAIS IV La *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition* (WAIS-IV) dà una valutazione complessiva delle capacità cognitive di adolescenti e adulti di età compresa tra 16 e 90 anni.Fornisce un punteggio totale di QI, rappresentativo dell'abilità intellettiva generale, **e** quattro punteggi compositi, che misurano specifici domini cognitivi.

- □ DDE-2 BATTERIA PER LA VALUTAZIONE DELLA DISLESSIA E DELLA DISORTOGRAFIA EVOLUTIVA-2

- □ BATTERIA PER LA VALUTAZIONE DELLA SCRITTURA E DELLA COMPETENZA ORTOGRAFICA

- □ BDE 2 - BATTERIA DISCALCULIA EVOLUTIVA

- □ VALUTAZIONE DELLE ABILITA' DI LINGUAGGIO: BNT- Boston Naming Test; PPVT-Peabody Picture Vocabulary Test

- □ MEMORIA VISUO-SPAZIALE: Figura Complessa di Rey-B (ROCF-B), test percettivo visivo utilizzato per l'analisi neuropsicologiche, che permette di valutare le competenze visuo-spaziali di un soggetta, la sua organizzazione percettiva e la memoria visiva e di lavoro.

- □ TESTS DI ATTENZIONE SOSTENUTA: test delle Campanelle modificato; TOL Il test Torre di Londra (TOL) valuta le abilità di decisione strategica e di problem solving in bambini dai 4 ai 13 anni; BIA: Batteria Italiana per l'ADHD: la BIA, Batteria Italiana per l'ADHD, offre una gamma di strumenti utili per la comprensione dei problemi specifici presentati da bambini disattenti e iperattivi e/o con difficoltà nei processi esecutivi, nel controllo della risposta, dell'attenzione e della memoria.

- □ NEPSY-II La NEPSY-II è la batteria più nota a livello internazionale per valutare lo sviluppo neuropsicologico in età evolutiva. Composta da una batteria di più test, la NEPSY-II fornisce una valutazione neuropsicologica delle abilità cognitive di soggetti dai 3 ai 16 anni di età, in relazione a specifici domini cognitivi. Lo strumento permette sia una valutazione globale sia un'indagine mirata a uno o più domini, ed è in grado di accertare abilità cognitive o disturbi tipici generalmente diagnosticabili per la prima volta durante l'infanzia. La NEPSY-II consente perciò di effettuare una diagnosi accurata e di pianificare gli interventi necessari al recupero per la piena funzionalità a scuola e a casa. Il corso online analizza sia la struttura del test che i criteri di applicazione, grazie anche all'uso di casi clinici.

□ CBCL The Child Behavior Checklist (CBCL). La CBCL è parte del Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Èuna checklist completa per i genitori/insegnanti/operatori per rilevare problemi emotivi e comportamentali nei bambini e negli adolescenti. La revisione 2001 del CBCL / 6--18, si compone di otto scale:

- Ansia
- Depressione
- Disturbi somatici
- Problemi sociali
- Disturbi del pensiero
- Disturbi di attenzione
- Comportamento aggressivo/trasgressivo

La revisione del 2001 ha inoltre aggiunto sei scale coerenti con il DSM-V:

- problemi affettivi
- problemi di ansia
- problemi somatici
- ADHD
- problemi oppositivo-provocatori
- problemi di condotta

□ SCALE DI COMPORTAMENTO CONNERS: le Conners 3 indagano comportamenti psicopatologici o problematici di bambini e adolescenti, con una focalizzazione sull'ADHD e una valutazione ad ampio spettro di disturbi e/o difficoltà che possono verificarsi in comorbilità, come: problemi di condotta, di apprendimento, d'ansia, di depressione, familiari e sociali. Grazie alle informazioni fornite da genitori, insegnanti e ragazzi, si ottiene una panoramica generale delle difficoltà riscontrabili in molteplici aree di vita del bambino/adolescente. Rispetto alla precedente edizione è stato ampliato il range di età e sono state aggiunte 2 scale che indagano i due disturbi che più frequentemente si presentano in comorbilità con l'ADHD (disturbo della condotta e disturbo oppositivo provocatorio). Sono inoltre presenti item per valutare la compromissione del funzionamento e item di screening per l'ansia e la depressione.

□ CANS Child and Adolescent Needs and Strengths è uno strumento per l'integrazione di informazioni multiple pensato per essere l'esito di un processo di valutazione. Scopo di CANS è rappresentare accuratamente una visione condivisa tra il sistema dei Servizi che si occupano

di utenti di età compresa tra gli 0 e i 18 anni, gli utenti stessi e le loro famiglie. La compilazione di CANS avviene al fine di consentire una comunicazione efficace della "visione condivisa", in modo che essa possa essere impiegata a tutti i livelli del sistema. Dato che il suo scopo primario è la comunicazione, CANS è stata progettata sulla base della teoria della comunicazione più che su teorie psicometriche, le quali hanno invece influenzato lo sviluppo della maggior parte delle misurazioni.

□ SCALA MAST Multi-Attitude Suicide Tendency scale (MAST), scala di valutazione del rischio suicidario.

□ SSI Scale for Suicide Ideation - SSI (Beck et al., 1979), è una scala diretta alla valutazione dell'ideazione suicidaria. Essendo l'ideazione suicidaria la premessa per l'atto suicidario, gli Autori ritengono essenziale evidenziare l'intensità e la pervasività dell'ideazione e le sue caratteristiche al fine di giungere ad una ragionevole predizione del rischio di suicidio in modo da mettere in atto, se del caso, gli interventi preventivi. La scala non prende in considerazione le variabili sociodemografiche che si usano, di solito, per caratterizzare i gruppi ad alto rischio di suicidio, poiché hanno scarso peso per la valutazione del singolo individuo. Mediante la SSI ci si propone di quantificare l'entità dell'intenzionalità suicidaria cosciente, attuale, dando un peso alle diverse dimensioni dei pensieri e dei desideri autolesivi. Nella valutazione sono compresi anche le minacce di suicidio espresse verbalmente o con il comportamento.

□ SRS Social Responsiveness Scale La SRS è una scala di valutazione del comportamento sociale reciproco, della comunicazione e dei comportamenti ripetitivi e stereotipati caratteristici dei disturbi dello spettro autistico, in soggetti tra i 4 e i 18 anni.

□ ADOS Autism Diagnostic Observation Schedule**:** l'ADOS valuta quasi tutti i soggetti con sospetto di sindrome autistica, dai bambini che non parlano agli adulti senza disturbi nella verbalizzazione. L'ADOS è articolata in quattro moduli, ognuno costituito da un proprio protocollo contenente un elenco di attività. Il soggetto viene valutato attraverso un solo modulo a seconda della sua età cronologica e dello sviluppo linguistico.

- Modulo 1: il focus dell'osservazione è rivolto all'uso divertente di giocattoli e di altri materiali particolarmente importanti per bambini che non usano una fraseologia coerente, con un'età di sviluppo di meno di 3 anni.

- Modulo 2: le attività sono incentrate sull'uso ludico dei giocattoli e di altri materiali concreti che sono significativi per soggetti che hanno un linguaggio con frasi ma un livello espressivo minore di 4 anni.
- Modulo 3: le attività si focalizzano su comportamenti sociali, comunicativi e linguistici importanti per la diagnosi di disturbi dello spettro autistico in bambini con linguaggio fluente e negli adolescenti.
- Modulo 4: le attività si concentrano sui comportamenti sociali, comunicativi e linguistici importanti per la diagnosi di sindrome autistica e di altri disturbi dello spettro autistico in adolescenti e adulti verbalmente fluenti.

  CARATTERISTICHE CHIAVE: osservazione di comportamenti in contesti standardizzati; occasioni sociali pianificate (*presses*) in cui un particolare tipo di comportamento è facilmente evidenziabile; sequenze socio-comunicative che uniscono situazioni strutturate e non; procedimenti e principi generali per la codifica simili ai modelli del DSM-IV e dell'ICD-10; iImpiego di criteri standardizzati che facilitano il confronto tra gli operatori.

Tecniche riabilitative

Le tecniche riabilitative proposte all'interno del percorso di degenza sono le medesime che il paziente si troverà a praticare una volta dimesso e inserito all'interno di un programma riabilitativo territoriale. I pacchetti riabilitativi richiedono infatti un tempo prolungato di applicazione (diversi mesi) perché si possa apprezzare il beneficio in termini di recupero cognitivo e funzionale. L'impiego delle medesime tecniche, sia nella fase di degenza che nella fase successiva, permette di perseguire contemporaneamente più obiettivi: alfabetizzazione all'uso del computer; abilitazione al setting riabilitativo; motivazione al percorso del paziente nei confronti del trattamento riabilitativo con la possibilità di selezione da subito i canditati eventualmente inidonei. Inoltre la possibilità di creare un contesto di "full immersion" e trattamento "concentrato" permette un sensibile risparmio di tempo sulla successiva fase di applicazione territoriale.

Teniche riabilitative psichiatriche e neuropsichiatriche cognitivo-comportamentali

Di seguito vengono elencate le principali tecniche di riabilitazione cognitiva e relazionale, tra quelle *evidence based*, di possibile applicazione all'interno del costituendo servizio con alcune specifiche operative:

- ☐ Cognitive Remediation Therapy (CRT)

Trattamento individuale
Una sessione a settimana
Durata sessione 60-90 minuti
Durata ciclo riabilitativo 12 mesi
Figura professionale Psicologo, Educatore

- ☐ Interpersonal Therapy (IPT)

Trattamento di gruppo
Due sessioni a settimana
Durata sessione 40 minuti
Durata ciclo riabilitativo 12 mesi
Figura professionale Psicologo

- ☐ COG-PACK

Tecnica informatizzata di riabilitazione cognitiva composta da 64 test per 540 variabili
Trattamento sia individuale che di gruppo
Due sessioni a settimana
Durata sessione 40 minuti
Durata ciclo riabilitativo
Figura professionale Psicologo, Infermiere, Educatore

Tecniche riabilitative fisiatriche

L'intervento riabilitativo svolto dalla UO di riabilitazione prevede il coinvolgimento diretto quotidiano del fisiatra allocato al 25% nella MHDH in stretta e continua collaborazione con gli specialisti e le diverse figure professionali riabilitative della SPDC e UONPIA coinvolte nella presa in carico dei pazienti ricoverati in MHDH.

Per tutti i pazienti arruolati nel percorso di cura, il fisiatra all'interno dell'equipe multiprofessionale riabilitativa modulata sulle caratteristiche del paziente e della sua famiglia, elabora un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il PRI, tenuto conto sia delle criticità che delle potenzialità residue del paziente e della realtà socio-famigliare in cui vive, si realizza attraverso i vari programmi riabilitativi individuali messi in atto, ognuno per la propria competenza, dalle figure professionali riabilitative coinvolte.

Il percorso riabilitativo può iniziare in MHDH o ancor più precocemente durante il ricovero in un servizio per acuti in regime di consulenza diretta presso le unità operative di cura richiedenti. (esempio SPDC e/o reparto UONPIA).

Elemento innovativo della presa in carico riabilitativa previsto in questo Progetto è quello di affiancare e rinforzare i programmi riabilitativi cardine come la fisioterapia e la terapia occupazionale, con la Terapia Assistita con gli Animali (TAA).

La Terapia Assistita con gli Animali è uno dei tre ambiti di attività degli Interventi Assistiti con gli Animali anche comunemente conosciuti come Pet Therapy. Gli IAA si basano sull'interazione uomo-animale con lo scopo di migliorare il benessere psico-fisico delle persone e di facilitare un eventuale recupero dello stato di salute cognitivo e/o fisico.

Negli ultimi decenni la relazione uomo-animale si è sostanzialmente modificata e si è affermata la consapevolezza che da tale relazione l'uomo, in particolare i bambini, le persone anziane e coloro che soffrono di disagi fisici e psichici, può trarre notevole giovamento.

La convivenza con animali d'affezione, se correttamente impostata, può rappresentare già di per sé fonte di beneficio per la società e gli animali domestici possono svolgere anche un importante ruolo di mediatori nei processi educativi e terapeutici-riabilitativi.

In letteratura sono molteplici gli studi che dimostrano l'efficacia terapeutica/educativa dell'interazione uomo/animale. L'animale in modo particolare il cane, ha la peculiarità di essere non solo accolto con piacere ma di accogliere a sua volta, senza alcuna barriera, a prescindere dalle condizioni fisiche e mentali di chi ha di fronte.

In Italia, dal 2000 in poi, diversi riferimenti normativi hanno iniziato a definire la valenza terapeutica agli IAA e nel 2009, con Decreto Ministeriale, è stato istituito il Centro di Referenza Nazionale per gli IAA, con l'obiettivo di promuovere la ricerca scientifica su tutto il territorio nazionale e diffondere i dati alla comunità scientifica, standardizzare protocolli operativi, definire la formazione degli operatori coinvolti e definire i requisiti sanitari e comportamentali degli animali coinvolti nel rispetto della loro natura.

Il 25 marzo del 2015 sono state emanate dal Ministero della Salute le Linee Guida Nazionali per gli IAA che definiscono gli IAA, gli ambiti di intervento, le modalità di erogazione, la composizione dell'equipe e la formazione degli operatori coinvolti.

In base agli ambiti di attività gli IAA si classificano come:

- terapia Assistita con Animali (TAA): Intervento a valenza terapeutica finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, cognitiva, emotiva e relazionale, rivolto a soggetti con patologie fisiche, psichiche, sensoriali o plurime, di qualunque origine. L'intervento è personalizzato sul paziente e richiede apposita prescrizione medica.
- Educazione Assistita con Animale (EAA): Intervento di tipo educativo con finalità di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e progettualità individuale, di relazione ed inserimento sociale delle persone in difficoltà. L'intervento può essere anche di gruppo e promuove il benessere delle persone nei propri ambienti di vita, particolarmente all'interno delle istituzioni in cui l'individuo deve mettere in campo capacità di adattamento. L'EAA contribuisce a migliorare la qualità di vita della persona e a rinforzare l'autostima del soggetto coinvolto; attraverso la mediazione degli animali domestici vengono attuati anche percorsi di rieducazione comportamentale.
- Attività Assistita con Animali (AAA): Intervento con finalità di tipo ludico-ricreativo e di socializzazione attraverso il quale si promuove il miglioramento della qualità della vita e la corretta interazione uomo-animale.

Gli IAA, e in particolare la TAA e la EAA, prevedono sempre il coinvolgimento di una equipe multidisciplinare in grado di gestire la complessità della relazione uomo-animale. L'equipe è composta da diverse figure professionali, sanitarie e non, che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dell'intervento, ognuna per le proprie competenze, in stretta collaborazione.

Tutti i componenti dell'equipe devono avere sia le competenze specifiche del ruolo rivestito, sia la formazione in IAA con relativa attestazione di idoneità.

Per tutti gli IAA l'equipe multidisciplinare deve sempre prevedere:

- Il Medico Veterinario esperto in IAA che valuta l'idoneità degli animali coinvolti (verificando sia i requisiti fisici che comportamentali) e si accerta che non siano sottoposti a stress eccessivo durante le sedute assumendosene la responsabilità.
- Il Coadiutore dell'animale che prende in carico l'animale durante la seduta gestendolo adeguatamente in base al programma da attuare e lo supporta facendosi garante del suo benessere.

Inoltre, in base al tipo di intervento assistito sono previste altre figure quali:

- un Responsabile di progetto che ha il compito di coordinare l'equipe nella definizione degli obiettivi, nell'attuazione del progetto e nella valutazione dei risultati. Può essere rivestito da un Medico oppure da uno Psicologo/Psicoterapeuta (per le TAA), da un Educatore professionale o Pedagogista (per le EAA) oppure per le AAA non è necessaria una particolare qualifica ma è necessario aver frequentato il corso propedeutico negli IAA.
- Un Referente d'intervento: che prende in carico l'utente durante la seduta ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto. Può essere una figura con documentata esperienza e competenza appartenente alle professioni sanitarie, tra cui anche l'Infermiere.

L'idoneità di specie e del singolo animale, ai fini dell'intervento, viene sempre valutata dal veterinario dell'equipe congiuntamente al responsabile del progetto. Anche gli animali coinvolti di predisposizione caratteriale devono aver intrapreso un percorso specifico di educazione opportunamente certificato.

Per questo Progetto abbiamo scelto di intervenire con il percorso di Terapia Assistita con gli Animali (TAA) utilizzando come specie animale il cane su gruppi omogenei di pazienti per sintomatologia piuttosto che per patologia.

Tra i pazienti da trattare all'interno del Project Work vengono arruolati solo quelli che abbiamo almeno due dei seguenti requisiti:

- apatia, scarsa motivazione alle attività motorie/ricreative,
- difficoltà nelle relazioni sociali,
- scarsa cura di sé,
- scarsa autostima, fragilità emotiva,

Vengono invece esclusi i pazienti con:

- fobie nei confronti dei cani,
- allergie al pelo del cane,
- agiti aggressivi non controllati.

Il personale formato secondo le linee guida nazionali sugli IAA del Ministero della Salute coinvolto nel progetto è costituito da:

- 1 coadiutore del cane,
- 1 referente di TAA,
- 1 responsabile di TAA,
- 1 psicologo esperto in IAA,

- 1 medico veterinario esperto in IAA.

Il cane deve avere, secondo le linee guida, un certificato di buona salute redatta da un veterinario non più di 15 giorni prima dell'inizio delle attività. Deve essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie compresa la vaccinazione antirabbica e deve rispettare tutti i requisiti richiesti dai Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) aziendali.

Ad eccezione del medico veterinario coinvolto in rapporto libero-professionale di consulenza, le altre figure professionali sono già presenti all'interno del MHDH.

Gli interventi organizzati in due fasi, la prima di approccio e la seconda di prosecuzione e consolidamento alla TAA, possono essere messi in atto sia durante il ricovero in SPDC o NPI in previsione della dimissione e prosecuzione del percorso riabilitativo sia e soprattutto, in fase post-acuta all'interno del MHDH.

Nella fase iniziale di approccio alla TAA gli obbiettivi sono quelli di:

- instaurare l'interazione del paziente con il cane e favorire il controllo dell'ansia del paziente.
- Prendersi cura del cane e di sé stesso e degli altri.
- Favorire le relazioni sociali del paziente con gli altri pazienti veicolando la componente emotiva sul cane.
- Facilitare l'interazione e l'alleanza terapeutica con gli altri operatori coinvolti nel processo di fura.
- Favorire, in stretta collaborazione con i Terapisti Occupazionali, le attività di base della vita quotidiana compromesse dalle patologie.
- Promuovere iniziative psicomotorie di ri-orientamento spazio-temporale mediante attività esterne alla stanza e/o al reparto.
- Agevolare, sostenere gli interventi neuropsicologici di recupero dei deficit-cognitivo-comportamentali.

I tempi e modalità di esecuzione prevedono 5 incontri con cadenza settimanale di 45 minuti in seduta singola o in piccolo gruppo, massimo 3 pazienti.

Tabelle 13-14-15-16-17-18 - Strutturazione e calendarizzazione degli incontri TAA

1° incontro senza cane per presentare l'equipe e le attività ai pazienti e ai loro famigliari

attività	focus	materiali
Presentazione coadiutore, referente, cane e descrizione delle attività	Conoscenza dell'equipe e del progetto Conoscenza delle esigenze etologiche del cane	Libro con storia e immagini del cane. Cartellone con zone sensibili del cane

2° incontro, prendersi cura del cane

attività	focus	materiali
Spazzolare, pulire denti zampe orecchie del cane	Igiene del cane e personale, manipolazione, attenzione alle zone da toccare/non toccare Se in gruppo: rispetto delle regole, dei tempi e collaborazione per la preparazione dei materiali	Spazzole, pettine, guanto, spazzolino da denti, salviettine, asciugamani, paletta e scopino
Dare da bere, mangiare al cane	Attenzione ai bisogni dell'altro, manipolazione, riconoscimento e utilizzo di oggetti (abilità prassiche) Se in gruppo: rispetto delle regole, dei tempi e collaborazione per la preparazione dei materiali	Ciotole di diverse forme e colori, contenitori per cibo e acqua con diversi tipi di aperture
Accompagnare il cane all'esterno per passeggiata e bisogni (con pulizia)	Coordinazione, mantenere l'attenzione sul cane, igiene. Se in gruppo: rispetto delle regole, dei tempi e collaborazione per la preparazione dei materiali	Due guinzagli, sacchetti per deiezioni, acqua
Relax e coccole con il cane (se gradite)	Stimolazione parte affettiva/emotiva	Tappeto

3° incontro: esercizi di educazione di base

attività	focus	materiali
Esecuzione di comandi "seduto", "terra", "resta", "vieni" usando sia comando verbale che gesto	Coordinazione fra comando e gesto, conoscenza del linguaggio del corpo. Se in gruppo: rispetto delle regole, dei tempi e collaborazione per la preparazione dei materiali. autostima	Rinforzi per il cane, tappetino
Relax e coccole con il cane (se gradite)	Stimolazione parte affettiva/emotiva	Tappeto

4° incontro: piccoli percorsi di microagility in gruppo (esterno e/o interno)

attività	focus	materiali
Progettazioni di percorsi con ostacoli su carta	Capacità di progettazione, collaborazione	Cartelli
Posizionamento degli ostacoli	Orientamento spaziale, sviluppo di capacità motorie e prassiche, organizzazione del movimento, memoria di lavoro, collaborazione, socializzazione	Salti, tunnel, cerchi, coni, cartelli
Esecuzione del percorso con il cane	Orientamento spaziale, sviluppo di capacità motorie, attenzione verso il cane, rispetto dei tempi, collaborazione, coordinazione, autostima	Salti, tunnel, cerchi, coni, cartelli
Relax e coccole con il cane (se gradite)	Stimolazione parte affettiva ed emotiva	Tappeto

5° incontro: discussione in gruppo con la presenza del cane

attività	focus	materiali
Relax e coccole con il cane (se gradite)	Stimolazione parte affettiva/emotiva	Tappeto
Discussione delle attività svolte	Socializzazione, memoria, attenzione	Immagini/video degli incontri
Racconto di emozioni provate	Socializzazione, stimolo della parte emotiva	Immagini/video degli incontri

Nella successiva fase di consolidamento alla TAA gli obbiettivi sono quelli di:

- consolidare le competenze cinofile apprese,
- proseguire nel sostegno ai programmi riabilitativi motori, psicomotori, occupazionali e neuropsicologici già iniziati,
- sviluppare il rispetto dell'altro e dei suoi bisogni,
- migliorare le competenze sociali.

I tempi e le modalità prevedono 5 incontri settimanali di 45 minuti in gruppo strutturati come segue:

attività	focus	materiali
Attività della fase precedente	Come sopra	Come sopra
Giochi di attivazione mentale	Lavorare per l'altro (il cane), sviluppo di abilità prassiche, capacità di problem solving	Giochi di attivazione mentale
Laboratorio di creazione di giochi di attivazione mentale per il cane con materiali di riciclo	Lavorare per l'altro (il cane), sviluppo di abilità prassiche, capacità di problem solving, rispetto dell'ambiante	Materiali di recupero (bottiglie di plastica, vasetti yogurt, cartoni tetrapak, ecc)
Conoscenza delle caratteristiche della razza del cane convolto	Attenzione, memoria	Dispense, disegni
Conoscenza del linguaggio del cane, come il cane esprime le sue emozioni	Attenzione alle emozioni dell'altro	Immagini, video
Percorsi urbani da effettuare con il cane	Competenze sociali	Guinzaglio

Tra gli strumenti di assessment e monitoraggio clinico che vengono utilizzati nell'ambito dei programmi di riabilitazione motoria e di terapia occupazionale:

- Basic Activities of Daily Living (BADL) scala di valutazione dell'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana. La BADL proposta da Katz e coll. (1963) è uno degli strumenti più utilizzati nel campo della misurazione dell'autonomia del paziente. Lo strumento valuta in modo accurato 6 attività di base: fare il bagno – vestirsi – toilette – spostarsi - continenza urinaria e fecale – alimentarsi. L'indice misura le differenti abilità del paziente nel prendersi cura di sé e ciascuna è misurata nei termini di quanto il paziente è funzionale o meno. A ciascuno degli item va attribuito un punteggio dicotomico in cui: 0=dipendente 1=indipendente. L'assegnazione del punteggio si basa sul grado di indipendenza del paziente e sull'eventuale necessità di assistenza o supervisione durante lo svolgimento del compito. Il punteggio totale viene assegnato come somma delle attività indipendentemente eseguite. La valutazione da parte dell'operatore (infermiere, OSS) avviene sulla base di informazioni fornite dal soggetto stesso, se cognitivamente capace, oppure dal caregiver. Il punteggio va letto su una scala strutturata in modo gerarchico, che somma il numero delle aree di dipendenza e la loro importanza relativa secondo uno scalogramma a otto livelli, identificati da sette lettere (dalla A alla G) cui corrispondono diversi gradi di dipendenza, da A (indipendenza in tutte le funzioni) a G (dipendenza in tutte funzioni). Entrambi queste scale permettono di misurare il grado di compromissione dell'autonomia e monitorare nel tempo, gli effetti degli interventi terapeutico-riabilitativi sui pazienti trattati.

- Instrumental Activities of Daily Living (IADL) proposta da Lawton e Brody (1969) valuta la capacità di compiere attività complesse che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza. È costituita da un elenco di otto funzioni complesse che richiedono competenza nell'uso di strumenti. Le attività considerate sono: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, curare la casa, lavare la biancheria, usare i mezzi di trasporto, prendere le medicine e gestire il denaro. La scala è utilizzata nella forma dicotomica originale, che prevede per ogni funzione due punteggi: 0=dipendente 1=indipendente. L'assegnazione del punteggio si basa sul grado di indipendenza del paziente e sull'eventuale necessità di assistenza o supervisione durante lo svolgimento del compito. Il punteggio totale viene assegnato come somma delle attività indipendentemente eseguite. Alcune delle attività strumentali considerate sono genere specifico venendo abitualmente svolte solo da donne (preparare i pasti, curare la casa e lavare), ciò comporta una valutazione con punteggi differenziati tra i due sessi. È pertanto

importante barrare la casella corrispondente a “non applicabile” quando il mancato esercizio di un'attività non è dovuto a perdita della funzione (cioè quando l'attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti) oppure quando l’impossibilità è dovuta a cause ambientali. La valutazione da parte dell’operatore (infermiere, OSS) avviene sulla base di informazioni fornite dal soggetto stesso, se cognitivamente capace, oppure dal caregiver. Se una attività viene svolta solo qualche volta, ma il soggetto risulta capace in queste occasioni, si considera in grado di svolgere la funzione. Entrambe le scale permettono di misurare il grado di compromissione dell’autonomia e di monitorare l’efficacia degli interventi terapeutici riabilitativi.

Nell’ambito dei programmi di Educazione Assistita con Animali:

- □ Il Test Multimediale dell’Autostima (TMA) è un test di autovalutazione che misura in modo attendibile l’autostima complessiva di una persona. Viene utilizzato sia come test di screening e valutazione diagnostica dei disturbi della sfera cognitivoemozionale, comportamentale e di adattamento socioemozionale sia come monitoraggio dell’efficacia degli interventi terapeutici-riabilitativi. Può essere utilizzato da psicologi, pedagogisti, medici, insegnanti e altri operatori che lavorano in ambito psicoterapeutico, riabilitativo ed educativo. Il test suddivide il concetto di autostima in sei componenti ugualmente rilevanti, non indipendenti, ma ampiamente sovrapposte e interrelate, tanto che il punteggio globale del test è una misura attendibile dell'autostima complessiva. Il test è composto da 150 domande suddivise in 6 scale di 25 domande ciascuna: relazioni interpersonali, controllo sull’ambiente, emotività, successo scolastico, vita familiare e vissuto corporeo. Ogni domanda prevede 4 possibili risposte alternative: Assolutamente vero – Vero - Non è vero - Non assolutamente vero. Richiede un tempo di esecuzione di circa 20-30 minuti.

- □ Vineland Adaptive Behaviour Scales (VABS) sono il più noto e utilizzato strumento per la valutazione del comportamento adattivo (CA). Esse permettono di valutare le capacità di autosufficienza personale e sociale nelle situazioni della vita reale (vedi sopra), e di osservare come in pratica le abilità cognitive si traducano nella gestione della propria autonomia nella quotidianità. Attraverso un’intervista semi-strutturata somministrata a un genitore o di un adulto che meglio conosce il comportamento del paziente, il CA viene valutato in diversi ambiti di funzionamento:
  - comunicazione, ricezione, espressione, scrittura/lettura,
  - abilità quotidiane personali, domestiche, di comunità,

- socializzazione: abilità nella gestione delle relazioni interpersonali, del gioco e del tempo libero,
- abilità motorie: motricità fine e globale.

Il formato di un'intervista semistrutturata del questionario permette di instaurare una conversazione sul soggetto, in cui si evitano domande dirette ma si propongono domande generali a cui far seguire domande specifiche con lo scopo di approfondire la descrizione di ciò che il soggetto "fa". L'intervistato è incoraggiato a descrivere le varie attività con descrizioni accurate, senza che gli vengano lette direttamente i singoli item dei cluster dell'intervista.

La valutazione del comportamento adattivo, oltre a costituire una necessità diagnostica, permette anche la descrizione delle competenze e delle debolezze dei soggetti, rendendo possibile la pianificazione ed il monitoraggio di interventi mirati all'aumento delle autonomie.

Le scale sono utilizzabili con soggetti di età compresa fra 0-18 anni e 11 mesi, o adulti con disabilità, ogni volta che risulti necessaria una valutazione della prestazione nelle attività quotidiane di un individuo.

La versione estesa comprende 540 item, organizzati nel questionario per l'intervista in cluster elencati in ordine evolutivo. Gli item all'interno dei cluster sono ordinati per livelli crescenti di completezza della prestazione. Sono necessari 60-90 minuti per la somministrazione.

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Tabella 19. Costi personale sanitario

Numero		ore/anno	costo/anno
2	PERS. RIABIL. TERAPISTA OCCUPAZ.	3.702,40	**70.197,50**
2	PERS. RIABIL. EDUCATORE PROF.	3.702,40	**68.235,23**
1	PERS. RIABIL. FISIOTERAPISTA	1.851,20	**34.802,56**
2	PERS. INFERM. - INFERMIERE	3.827,20	**72.793,34**
1	OSS.	1.851,20	**27.823,54**
2	PSICOLOGO	2.600,00	**110.110,00**
1	PSICHIATRA	520,00	**25.542,40**
1	NEUROPSICHIATRA	520,00	**25.698,40**
1	FISIATRA	520,00	**21.907,60**
1	VETERINARIO	24,00	**907,20**
			458.017,78

Si sono calcolati innanzi tutto i costi relativi al personale dipendente che deve occuparsi delle problematiche e dei pazienti per garantire la presa in carico.

Tabelle 20-21-22-23. Altri costi non sanitari

costo/anno per 7pl	
Lavanolo	29.265,60 €

reparto Psichiatria di Garbagnate			
costo/giornata reparto DH		**costo/anno reparto DH**	
Pulizia - reparto di 134,75mq	477,02 €	Pulizia - reparto di 134,75mq	124.023,90 €

	costo/anno per 10pl

Altri costi e utenze (riscaldamento, smaltimento rifiuti, elettricità, acqua, gas, combustibile, utenze telefoniche)	Utenze	15.330,00 €

Così come si sono calcolati anche gli altri costi fissi sulla scorta del numero di posti letto necessari per garantire le attività proposte.

Tabella 24 - DRG DSMD

DRG	DESCRIZIONE DRG	TARIFFA DH	Produzione/anno	gg/anno
428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	192,00	139.776,00	728 (20%)
429	Disturbi organici e ritardo mentale	201,00	73.164,00	364 (10%)
430	Psicosi	180,00	65.520,00	364 (10%)
431	Disturbi mentali dell'infanzia	232,00	168.896,00	728 (20%)
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	242,00	352.352,00	1.456 (40%)
	TOTALI		**799.708,00**	**3.640**

Sulla scorta del case mix esistente si è considerato anche il volume possibile di attività e la tipologia delle stesse per comprendere un potenziale fatturato di riferimento. Ipotesi di 3640 giornate annue di DH, calcolate moltiplicando 14 accessi al giorno, per 5 giorni alla settimana per 52 settimane.

Tabella 25 - BEP

Analisi del Break Even Point			
P(DRG medio pesato)	Costi Fissi	Costo variabile unitario	BEP
219,6 Euro	633.140,28 Euro	34,79 Euro	Prestazioni di DH a pareggio pari a 3.423 accessi di DH ovvero 13 DH/die

Si è svolta un'analisi di BEP al fine di comprendere qualora vi fosse la possibilità di garantire il numero minimo di prestazioni necessarie, che sono inferiori rispetto a quelle che si ha intenzione di generare con il numero di personale integrativo che si è richiesto.

Tabella 26 - Analisi Costi-Ricavi

DAY HOSPITAL DI Mental Health (MHDH)	***COSTI ANNO***
VALORE DELLA PRODUZIONE	
Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	139.776,00
Disturbi organici e ritardo mentale	73.164,00
Psicosi	65.520,00
Disturbi mentali dell'infanzia	168.896,00
Altre diagnosi relative a disturbi mentali	352.352,00
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	***799.708,00***
COSTI PERSONALE	
PERS. RIABIL. TERAPISTA OCCUPAZ.	70.197,50
PERS. RIABIL. EDUCATORE PROF.	68.235,23
PERS. RIABIL. FISIOTERAPISTA	34.802,56
PERS. INFERM. - INFERMIERE	72.793,34
OSS.	27.823,54
PSICOLOGO	110.110,00
PSICHIATRA	25.542,40
NEUROPSICHIATRA	25.698,40
FISIATRA	21.907,60
VETERINARIO	907,2

COSTI PERSONALE TOTALE	***458.017,78***
CONSUMI FARMACI E ALTRI CONSUMI SANITARI TOTALI	
MEDICINALI	350
ALTRI PRODOTTI SANITARI	150
CONSUMI FARMACI E ALTRI CONSUMI SANITARI	***500***
SERVIZI NON SANITARI	
LAVANDERIA	29.265,60
PULIZIA	124.026,90
UTENZE (ACQUA, LUCE, RISCALAMENTO, ETC)	15.330,00
ALTRI COSTI	6.000,00
SERVIZI NON SANITARI TOTALE	***174.622,50***
AMMORTAMENTI	
AMMORTAMENTI BENI INFORMATICI	-
AMMORTAMENTI TOTALE	

MANUTENZIONI	
MANUTENZIONI APPARECCHIATURE SANITARIE	-
MANUTENZIONI TOTALI	

TOTALE COSTI DI PRODUZIONE	***633.140,28***

MARGINE DI CONTRIBUZIONE DI PRIMO LIVELLO	**166.567,72**

COSTI GENERALI DI PRODUZIONE	***126.628,06***

MARGINE DI CONTRIBUZIONE DI SECONDO LIVELLO	**39.939,66**

RISULTATI ATTESI

Tra i vantaggi di questo modello possiamo ipotizzare quelli di seguito descritti:

- ampliamento della rete dei servizi sociosanitari,
- riduzione del tempo di degenza nella struttura per la fase acuta con turn over più rapido dei posti letto,
- rimodulazione del tempo "totale" di degenza (fase acuta + fase subacuta diurna) con migliore stabilizzazione del quadro clinico e riduzione del fenomeno di "revolving door" dopo le dimissioni,
- impiego più efficiente del tempo di ricovero nelle due strutture, quella per la fase acuta e quella per la fase subacuta, grazie al perseguimento di una *mission* specifica e diversificata che riduce la presenza di tempi "morti" legati all'attesa della completa stabilizzazione del quadro clinico,
- inizio precoce del trattamento riabilitativo, associato al trattamento farmacologico, con possibile riduzione del danno terziario,
- integrazione più stretta sia con il servizio inviante che con i successivi servizi territoriali e/o riabilitativi deputati alla prosecuzione del trattamento del paziente nell'ottica della continuità delle cure,
- riduzione dello stigma legato alla lunga durata del ricovero in SPDC.

Si elencano nella tabella sottostante gli Indicatori di processo, di Realizzazione Finanziaria, di Output e di Outcome.

Tabella 27 - Indicatori

Tipi di indicatore	Cosa misurano	Alcuni esempi
Indicatori di realizzazione finanziaria	Indicano l'avanzamento della spesa prevista per la realizzazione dell'obiettivo o dell'intervento	*% di accessi/trattamenti su base annua per raggiungere il BEP*
Indicatori di processo	E' il volume dei prodotti e dei servizi erogati	*Numero di pazienti su base annua beneficiari dell'intervento* *% di utenti del Servizio Territoriale che accedono al DM2H* *% di utenti Ospedalizzati che accedono al DM2H* *Ammontare complessivo degli interventi completati su base annua* *% di utenti in transizione dai Servizi UONPIA*
Indicatori di risultato (*output*)	Rappresenta l'esito più immediato del programma di spesa	*% di prestazioni erogate* *% di drop out* *% di cicli riabilitativi completati* *tempo medio di attesa per l'accesso al servizio* *% di pazienti con improvement cognitivo*
Indicatori di impatto (*outcome*)	Esprimono l'impatto che il programma di spesa, insieme ad altri enti e a fattori esterni, produce sulla collettività e sull'ambiente.	*% di revolving door* *% di primi ricoveri ospedalieri* *% studenti che completano il percorso scolastico* *% di riduzione del consumo di Farmaci* *% di riduzione di sostanze di abuso* *% di provvedimenti giudiziari a carico degli utenti* *% di inserimento lavorativo e sociale*

CONCLUSIONI

La proposta organizzativa relativa al progetto presenta elementi di forza, opportunità e di criticità che abbiamo analizzato mediante la tecnica della SWOT Analysis qui di seguito riportata.

Tabella 28 - SWOT ANALYSIS

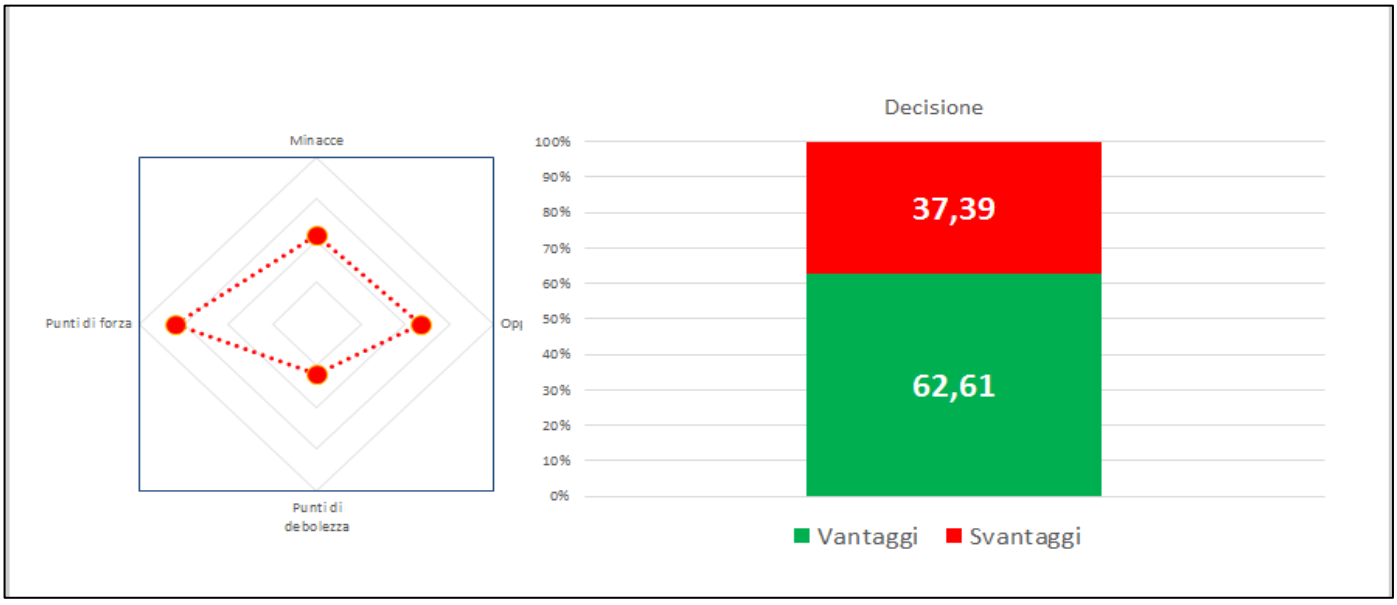
Fattori interni	Punti di forza		
	Punti di forza		*Impatto*
MODELLO DI ATTIVITA'	espansione della rete dei servizi		3 - Mediamente importante
	innovatività dell'intervento		5 - Elemento decisivo
	multidisciplinarità		4 - Molto importante
RISORSE UMANE	integrazione competenze		4 - Molto importante
RISORSE TECNOLOGICHE	specializzazione dell'intervento		4 - Molto importante

Fattori interni	Punti di debolezza	
	Punti di debolezza	*Impatto*
MODELLO DI ATTIVITA'	redditività bassa	2 - Abbastanza importante
	eterogeneità della popolazione	2 - Abbastanza importante
	attività unicamente diurna	4 - Molto importante
RISORSE UMANE		
RISORSE TECNOLOGICHE		

Fattori esterni	Opportunità			
	Descrizione opportunità		*Probabilità*	*Rilevanza*
ORGANIZZAZIONE	riduzione dei tempi di degenza (SPDC)		70%	4 - Molto importante
	ottimizzazione del tempo di degenza (MHDI		90%	5 - Elemento decisivo
	inzio precoce del percorso riabilitativo		90%	5 - Elemento decisivo
	continuità ospedale territorio		70%	5 - Molto importante
	riduzione stigma		50%	3 - Mediamente importante
	sovrazonalità		90%	5 - Molto importante
ENTI REGOLATORI /ASSOCIAZIONI				

Fattori esterni	Minacce		
	Descrizione minacce	*Probabilità*	*Impatto*
CLIENTI	riacutizzazioni	50%	5 - Elemento decisivo
	rifiuto del trattamento	60%	5 - Elemento decisivo
ENTI REGOLATORI/ASSOCIAZION	Unità di Offerta non inclusa nel piano reg. sal.men.	90%	4 - Molto importante
	posizioni antiistituzionali	50%	3 - Mediamente importante

Figura 10 - SWOT – Decision making

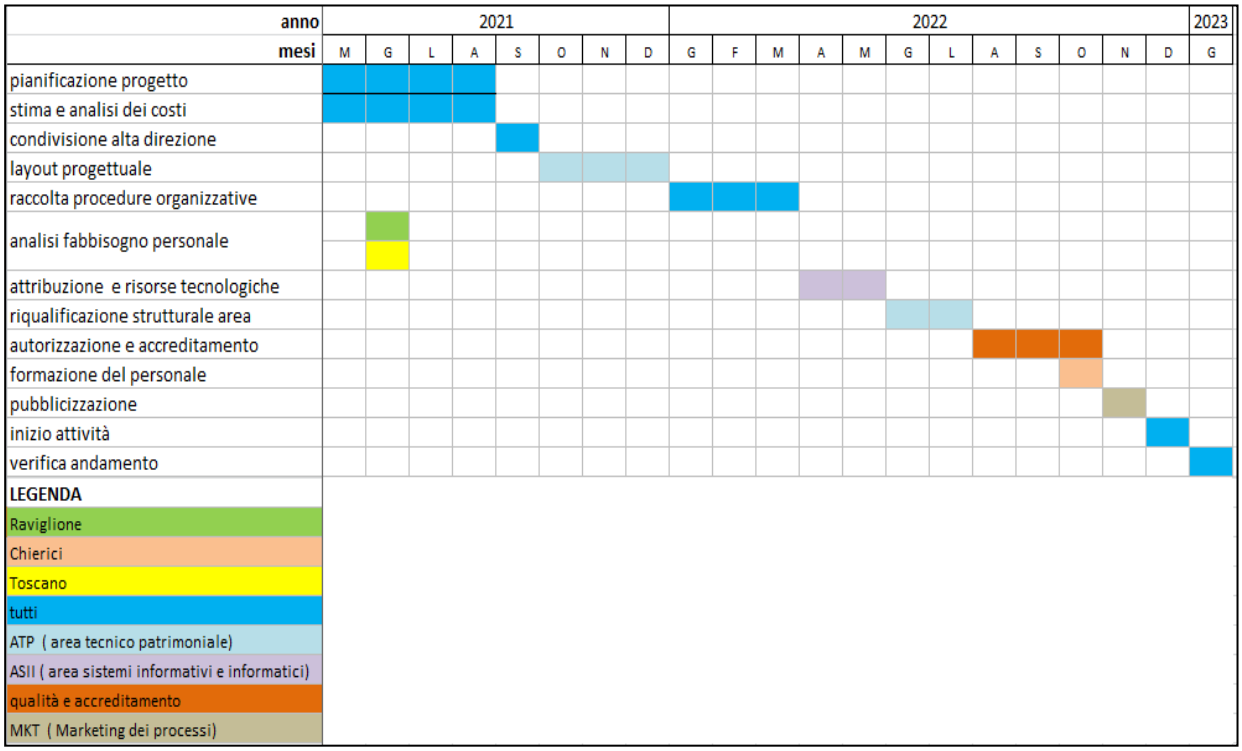


CONTRIBUTO PERSONALE

I tre autori hanno contribuito congiuntamente per le parti generali e per la valutazione economica del progetto mentre le parti cliniche specialistiche sono state redatte secondo le specifiche competenze. Il progetto è in fase di elaborazione in vista della presentazione nei primi mesi del 2022 come da cronoprogramma sottoriportato.

CRONOPROGRAMMA

Figura 11. Cronoprogramma



RIFERIMENTI NORMATIVI

Determinazioni in merito alle modalità di attuazione sul territorio regionale delle “linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)” ai sensi dell’accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, repertoriato agli atti con n. 60/CSR del 25 marzo 2015 - D.g.r. 18 aprile 2016 – n.X/5059

Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità)

Linee guida nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO Atti del 25 marzo 2015

Regolamento di attuazione delle disposizioni di cui al Titolo VIII, Capo II, della I.r. 33/2009 recante norme relative alla tutela degli animali di affezione e prevenzione randagismo, capo VI “Accesso di animali d’affezione alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate - Regolamento Regionale 13 aprile 2017, n. 2

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

BergetB, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for psychiatric disordes. *Ann Ist Super sanità* 2011;47:384-390

Bergamini L. e Pedrabissi L. Campione: 1062 ragazzi tra i 12 e i 15 anni residenti in 7 Regioni italiane - ITALIA -

Berry A., Borgi M., Francia N. et al. *Use of assistance and therapy dogs fon children with Autism Spectrum Disorders: a critical review of the current ecidence.* J Altern Complement Med . 2013 Feb;19(2):73-80. doi: 10.1089/acm.2011.0835. Epub 2012 Sep 14

Del Gatto ML., Morena M:, Truppi T., *Modelli organizzativi per la flessibilità degli ospedali. Archivio istituzionale della ricerca* – Politecnico di Milano- 2015 147-154

Di Forti M, Quattrone D., Freeman T. et al. and the EU-GEI WP2 Group: *The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study.* Lancet Psychiatry, 2019 Open Access Published:March 19, 2019 DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3

Drake R., Husain N., Marshall M. et al. *Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study*. Lancet Psychiatry. 2020 Jul;7(7):602-610. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30147-4.

El-Missiry A., Elbatrawy A., El Missiry M. et al. *Comparing cognitive functions in medication adherent and non-adherent patients with schizophrenia.* J Psychiatr Res. 2015 Nov;70:106-12. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.09.006.

Fusar-Poli P., Tantardini M., De Simone S. et al. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk . European Psychiaty, 2017 Eur Psychiatry. 2017 Feb;40:65-75. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.09.003. Epub 2016 Dec 16.

Kane J. and Correll C.: *Optimizing Treatment Choices to Improve Adherence and Outcomes in Schizophrenia*, J Clin Psychiatry . 2019 Sep 17;80(5):IN18031AH1C. doi: 10.4088/JCP.IN18031AH1C.

Lawton M.P, Brody E.M, *Assesment of older people: self-manteining and instrumental activities of daily living,* Gerontologist. Autumn 1969;9(3):179-86.

Le Roux MC, Kemp R. Effectof a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. *Psychogeriatrics* 2099;9:23-26

Millan M.J, Andrieux A., Bartzokis G. et al. *Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives* . Nature reviews, 2016 Jul;15(7):485-515. doi: 10.1038/nrd.2016.28. Epub 2016 Mar 4.

O'Haire ME, McKenzieSJ, Beck AM and Slaugter V. Social bahaviors increase in chandler with autism in the presence of animals compared to toys. *PloS one* 2013, 8, e57010

Solomon O. What a Dog Can Do: Children with Autism and Therapy Dogs in Social Interaction. *ETHOS, Journal of the Society for Psychological Anthropology* 2010; 38:143-66

Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984; adattamento italiano, a cura di Balboni e Pedrabassi, 2003 *Scale Vineland per il Comportamento Adattivo* Edizioni Giunti Psychometrics 2003

Yung A.R, McGorry P.D, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A: *Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis.* Schizophr Bull. 1996;22(2):283-303. doi:10.1093/schbul/22.2.283.

Vaccani R. (2012) Riprogettare la sanità: Modelli di analisi e Sviluppo. Carocci Roma 2012

Vettori M. (2019) IAA per bambini con ADHD. Edizioni Erikson 2019, Milano

Zoja L., (2013) *Utopie minimaliste*, Chiare lettere editore srl, Milano