

I percorsi assistenziali dei pazienti ricoverati nei 5 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di Napoli e provincia

Admissions to five General Hospital Psychiatric Wards in Naples, Italy

Dear Editor:

Uno dei principali problemi riscontrati in questi 25 anni di applicazione della riforma psichiatrica in Italia è rappresentato dal riscontro di una marcata variabilità nella realizzazione della riforma stessa rispetto a numerosi indicatori di tipo sia quantitativo che qualitativo (de Girolamo & Cozza, 2000; Tognoni & Saraceno, 1989). Questa variabilità è sia inter-regionale, che intra-regionale, con territori anche confinanti che presentano dotazione di servizi e stili di funzionamento degli stessi molto differenziati (si veda ad esempio l'analisi svolta in Lombardia da Lora *et al.*, 1996). In particolare, numerosi lavori pubblicati in questi anni hanno messo in luce gravi problemi nella diffusione e nella qualità delle prestazioni all'interno dei servizi di salute mentale nel Meridione d'Italia (Bollini, 1994). La variabilità quali e quantitativa nella dotazione e nel funzionamento dei servizi trova una sua concretizzazione paradigmatica nel caso delle strutture per il ricovero di pazienti acuti (servizi psichiatrici di diagnosi e cura, SPDC, e case di cura convenzionate). Il recente studio multicentrico coordinato da Terzian & Tognoni (2003) ha, infatti, messo in luce una considerevole eterogeneità sia nella dotazione che nell'organizzazione e nel funzionamento dei SPDC valutati.

Questo lavoro nasce, quindi, con l'obiettivo di studiare l'utilizzo dei SPDC in un contesto metropolitano del Sud Italia, rendendo possibile anche il confronto con le poche altre indagini compiute nell'Italia centro-settentrionale. In particolare, sono stati analizzati i percorsi terapeutici che hanno luogo prima, durante e dopo il ricovero nei SPDC delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) napoletane.

METODI

Setting

I dati qui presentati sono stati raccolti in 5 SPDC (S. Gennaro, S.G. Bosco, Monaldi dell'ASL Napoli 1; Apicella dell'ASL Napoli 4; Maresca dell'ASL Napoli 5) che servono i residenti in 3 ASL comprendenti il territorio di Napoli e della sua provincia. Sono stati esclusi i dati relativi alle due strutture universitarie di ricovero presenti a Napoli, in quanto esse non sono direttamente collegate ad un territorio di riferimento. Un altro SPDC che è situato nel territorio dell'ASL Na1 (SPDC Ascalesi) era chiuso per ristrutturazione al momento della raccolta dei dati.

Le ASL di riferimento amministrativo di questi 5 SPDC sono la Na1, la Na4 e la Na5, con un bacino di utenza totale pari a 2.229.271 abitanti. Tra queste, la ASL Na1 raccoglie l'intera utenza dell'area urbana di Napoli, pari a ben 1.040.000 abitanti. Tuttavia, i 5 SPDC funzionano come strutture di riferimento anche per gli utenti residenti nel territorio delle ASL Na2 e 3 dal momento che, a distanza di oltre 25 anni dalla legge 180, queste due aziende sanitarie erano, al momento di realizzazione dello studio, ancora sprovviste di un proprio SPDC; il bacino di utenza totale risulta così pari a ben 3.141.230 abitanti.

Lo staff in organico presso i SPDC considerati varia dalla singola unità del Monaldi e Apicella alle otto unità del Maresca (tabella I). Tutto il personale medico presta comunque servizio anche nei Centri di Salute Mentale (CSM), per un numero di ore variabile in relazione all'organizzazione dell'unità operativa.

Tabella I. – Caratteristiche riassuntive degli SPDC delle 5 ASL di Napoli e provincia.

ASL	Popolazione	SPDC	Staff medico in organico presso il solo SPDC	Posti -letto	Posti-letto/10.000 abitanti
NA1	1.040.000	S. Gennaro	2	16	0,37
		S.G. Bosco	6	15	
NA2	519.856	Monaldi	1	8	
NA3	392.353				
NA4	546.329	Apicella	1	15	0.27
NA5	642.692	Maresca	8	6	0.09

Scheda di valutazione

Per ciascun paziente ricoverato in uno dei 5 SPDC partecipanti nel periodo 1 marzo-31 luglio 2003 è stata compilata una scheda di valutazione *ad hoc* (vedi Appendice) che si compone di due parti principali: la prima, compilata all'atto dell'ammissione dal medico di turno, definiva la modalità del ricovero (volontario o TSO) e dell'arrivo (inviato dal CSM, dal Pronto Soccorso, scelta autonoma del paziente, ecc.), l'anamnesi del paziente (precedenti ricoveri e tipo di trattamento negli ultimi 6 mesi) ed includeva una valutazione della gravità del quadro clinico mediante la *Clinical Global Impression* (CGI, I parte) (Guy, 1976).

La seconda parte, che è stata invece compilata al termine del ricovero da parte del medico che dimetteva il paziente, valutava il miglioramento globale e l'efficacia del trattamento (CGI II parte), specificava a chi veniva inviato il paziente per il *follow-up* e menzionava la documentazione fornita all'atto della dimissione dal reparto, con una classificazione diagnostica secondo le categorie proprie dell'ICD-9-CM (World Health Organization, 1997).

RISULTATI

La dotazione ed il funzionamento delle strutture di ricovero

Il numero di posti-letto dei 5 SPDC e l'organico presente in ciascuna struttura sono riassunti nella tabella I.

È evidente la grave sproporzione tra il numero di posti letto per 10.000 abitanti disponibili nel territorio metropolitano di Napoli, rispetto a quanto previsto dal Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale '98/'00 (1 posto letto/10.000 abitanti), nonché la disomogenea distribuzione degli stessi tra le diverse ASL: vi sono, rispettivamente, 0.37 posti letto per 10.000 abitanti nell'ASL

Na1, che salgono a 0.63 se si includono anche i posti letto disponibili presso i due Policlinici Universitari (essi, pur essendo situati nell'area territoriale dell'ASL Na1, non hanno un territorio specifico di riferimento); vi sono poi 0.27 posti letto per 10.000 nella ASL Na4 e 0.09 nella ASL Na5. Complessivamente il valore medio di posti letto in SPDC per le 5 ASL di Napoli e provincia (compresi i policlinici universitari) è pari a 0.27/10.000. Come si è ricordato in precedenza, le ASL Na2 e 3 non hanno, al momento dello studio, un proprio SPDC.

Per quanto attiene all'organizzazione dell'assistenza nei 5 SPDC esaminati, emerge con chiarezza l'esistenza di due modelli differenti. Un primo è ispirato al modello ospedaliero, in cui vi è uno staff prevalentemente impegnato nella struttura ospedaliera, che garantisce una continuità nella presa in carico del paziente durante il ricovero. L'altro modello, invece, è basato sulla presenza costante del solo responsabile della struttura di ricovero, con un avvicendamento degli altri medici che prestano la loro opera presso il SPDC solo saltuariamente e per un breve periodo di tempo. Questo secondo modello privilegia il territorio e relega il SPDC quasi in un'area di extraterritorialità, in cui sia il medico che il paziente devono risiedere il minor tempo possibile.

I percorsi assistenziali

Nel periodo di tempo considerato sono stati raccolti dati su 792 ricoveri relativi a 641 pazienti. Le schede non compilate sono state inferiori al 5% del totale dei ricoveri e sono risultate uniformemente distribuite fra le varie strutture.

Il campione è costituito in larga parte da soggetti di sesso maschile (N=398, 62.1%); la provenienza è principalmente urbana (N=408, 63.6%).

L'età media è pari a 40.8 anni (DS 12.3) con un range compreso tra i 14 ed i 77 anni. La maggior parte (63.5%) non ha al momento del ricovero alcuna occupazione con

un tasso di disoccupazione particolarmente elevato nel sesso femminile (88.9%). Il 79.4% è già stato ricoverato in passato.

La diagnosi più rappresentata, secondo l'ICD-9-CM, è quella di psicosi schizofrenica (39.0%), seguita dalle psicosi affettive (17.0%) (tabella II).

Tabella II. – Distribuzione diagnostica nel campione secondo la classificazione ICD-9 CM (N=641).

Diagnosi ICD-9 CM	N°	%
Psicosi Schizofreniche	250	39,0
Psicosi Affettive	109	17,0
Disturbi di Personalità	51	7,9
Stati Psicotici Organici	38	6,0
Disturbi Nevrotici	32	4,9
Abuso/Dipendenza Da Sostanze	19	2,9
Stati Paranoici	6	0,9
Altro	136	21,2

Tabella III. – Durata media dei ricoveri, percentuali di TSO e provenienza da altre ASL.

ASL	SPDC	DURATA RICOVERI (gg)	% TSO	% PROVENIENZA DA ALTRE ASL
NA1	S. GENNARO	8,4	44,9	33,7
	S.G. BOSCO	10,6	20,2	19,4
	MONALDI	12,7	51,1	21,6
NA4	APICELLA	11,8	46,0	37,7
NA5	MARESCA	13,0	51,9	27,2

Il 56.1% del nostro campione veniva considerato notevolmente-gravemente ammalato all'atto della valutazione basale mediante CGI.

Valutando la proporzione di TSO sul totale dei ricoveri, si nota che essa si attesta su un valore prossimo al 50% per tutte le strutture considerate, ad eccezione del S.G. Bosco che presenta una percentuale di TSO pari al 20% dei ricoveri totali (tabella III). Il tasso di TSO per abitanti/anno è pari a 2.7/10.000, per un totale di 362 TSO eseguiti nel periodo suddetto (226 maschi e 136 femmine).

Abbiamo anche valutato la corrispondenza territoriale tra l'ASL di appartenenza rispetto a quella in cui è stato effettuato il ricovero di ciascun paziente. Le percentuali di pazienti ricoverati in strutture che fanno parte di un'ASL diversa rispetto a quella di appartenenza variano dal 19.4% per il S.G. Bosco al 37.7% per l'Apicella (tabella III). È singolare che il SPDC Apicella (ASL Na4) ospiti numerosi pazienti provenienti dalla ASL Na1 (1/3 di pazienti provenienti da fuori area), nonostante la maggiore disponibilità di posti letto in quest'ultima ASL. Il SPDC dell'Ospedale S. Gennaro (ASL Na1), per quanto situato in pieno centro cittadino, è quello che accoglie, subito dopo il SPDC Apicella, il maggior numero di pazienti provenienti da altre ASL (33.7%), forse per una maggiore di-

sponibilità di posti letto in assoluto, per l'elevato *turn-over* e per la storia che lo caratterizza (sino al 1978 era il Pronto Soccorso psichiatrico di Napoli e provincia dove transitavano la quasi totalità dei pazienti che sarebbero stati poi trasferiti in Ospedale Psichiatrico). Buona parte dei pazienti provenienti dalle due ASL prive di SPDC (ASL Na3 e ASL Na4) vengono ricoverati proprio presso questa struttura. L'assenza di SPDC nelle ASL Na2 e 3 (nel 2005, successivamente alla nostra indagine, è stato aperto un SPDC nell'ASL Na2 e uno nell'ASL Na3) accresce naturalmente la proporzione di pazienti ricoverati in una struttura sita in altra ASL rispetto a quella di appartenenza.

La durata del ricovero, come si evince dalla tabella III, oscilla tra gli 8.3 giorni del S. Gennaro ed i 13.0 giorni dell'SPDC dell'Ospedale Maresca. La durata media dei ricoveri è differente a seconda che il ricovero stesso sia

stato volontario o fatto in regime di TSO: la durata media di questi ultimi è, infatti, superiore rispetto ai ricoveri volontari in maniera statisticamente significativa (12.5 vs 9.3 giorni, $p < 0.01$).

Considerando la *modalità di invio*, il 59.0% dei ricoverati proviene dai CSM; nel 12.6% dei casi, invece, i

SPDC vengono utilizzati come struttura di primo livello. Le percentuali di utilizzazione dei SPDC come strutture di primo livello vanno dal 7.2% per il SPDC Monaldi al 20.1% per il SPDC Apicella, con una evidente difformità negli accessi ai SPDC da mettere presumibilmente in relazione alla centralità dell'ospedale in alcune aree rispetto ad altre.

L'11.4% dei pazienti non aveva mai avuto alcun contatto con i servizi di salute mentale prima del ricovero (anche se non si può escludere il contatto con professionisti privati).

L'indice di efficacia del ricovero, misurato in maniera globale con la CGI (II parte), mostra un buon risultato del trattamento erogato, con un miglioramento considerato marcato o moderato nell'86.1% dei casi; nel restante gruppo di pazienti il miglioramento è risultato lieve o assente.

Modalità di dimissione e *follow-up* dei pazienti ricoverati

Il *follow-up* post-dimissione viene previsto nell'83.5% dei casi presso il CSM competente territorialmente, mentre non è quasi mai previsto che il paziente torni a visita di controllo presso lo stesso SPDC dopo la dimissione (appena 4 segnalazioni di controlli di questo tipo).

L'86.8% viene dimesso con una prescrizione farmacologica. Indicazioni specifiche al professionista curante sono fornite nel 40.2% dei ricoveri, mentre nel 30.7% sono fornite indicazioni ai familiari circa le indagini strumentali e/o di laboratorio da eseguire e le modalità con cui attuare le prescrizioni terapeutiche. Tuttavia, una modalità più adeguata di dimissioni è stata realizzata solo in 149 casi (pari al 19% circa del totale dei ricoveri), in cui, oltre alla ricetta medica, sono state date informazioni sia ai familiari che allo specialista.

DISCUSSIONE

I risultati di questa indagine confermano l'esistenza di una marcata disomogeneità nella distribuzione delle risorse assistenziali tra le diverse ASL del territorio napoletano. La sola ASL Na1 ha una popolazione afferente pari all'incirca a quella delle ASL Na4 e Na5, ma un numero di posti nettamente superiore (66 vs 21, vale a dire circa il triplo), pur senza tenere conto della chiusura del SPDC dell'ospedale Ascalesi, che renderebbe ancor più vistoso il divario già esistente. L'assenza di SPDC in due ASL contribuisce di certo ad aggravare le gravi carenze organizzative registrate.

Inoltre, si conferma la disomogenea distribuzione delle risorse tra pubblico e privato e la forte concentrazione nell'area urbana di Napoli di strutture private, che, in larga misura, compensano la mancanza di posti letto pubblici: vi sono, infatti, ben 310 posti letto in case di cura psichiatriche convenzionate sul territorio della ASL Na1 e 40 in quello della Na4.

Complessivamente, il numero di posti letto psichiatrici pubblici nell'area metropolitana di Napoli (0.27/10.000 abitanti) è pari a meno della metà di quello riscontrato in Italia, ad eccezione della Sicilia, nell'ambito del progetto PROGRES-Acuti (Norcio *et al.*, 2004).

Caratteristiche della popolazione afferente

Dai dati da noi ottenuti emerge che i SPDC funzionano prevalentemente come strutture per pazienti con numero- se ospedalizzazioni, patologie potenzialmente invalidanti quali quelle dello spettro psicotico e CGI con punteggio elevato.

L'11.4% dei pazienti inclusi nel campione è, invece, rappresentato da pazienti al loro primo contatto con i servizi psichiatrici; tra questi, circa la metà è dimesso con una diagnosi di disturbi dello spettro psicotico. Va notato che tale percentuale è inferiore a quella riscontrata nei SPDC lombardi (29.2%) (Politi *et al.*, 1997). Pertanto, circa un

paziente su 10 ha il suo primo contatto con la psichiatria pubblica in occasione di un evento certamente stressante, rappresentato da un ricovero in SPDC, a prescindere che esso venga realizzato in forma coattiva o volontaria.

Mentre la presenza di pazienti al primo episodio psicotico offrirebbe opportunità di attivare, durante e dopo il ricovero, interventi ad alta specificità ed intensità, oggi raccomandati a livello internazionale, l'attuale organizzazione dei servizi rende tale eventualità molto difficile da attuare. Si pone, quindi, con forza la necessità di ripensare criticamente l'intera organizzazione assistenziale per realizzare strutture dedicate esclusivamente al trattamento dei primi casi, in quanto è proprio su questi che si gioca la frontiera della cronicità.

Revolving door

L'84% circa dei pazienti ricoverati è già stato ospedalizzato due o più volte nel corso dell'ultimo anno; tra essi, solo un terzo è stato ricoverato presso la stessa struttura, mentre i restanti due terzi hanno fatto ricorso a due o più strutture diverse. Il fenomeno dell'alta percentuale di "migrazione" (questi pazienti potrebbero essere definiti *revolving door* "erranti") tra diverse strutture può essere interpretato come l'effetto di una ridotta capacità di programmazione dei servizi, in particolare per quanto concerne la gestione delle emergenze, dovuta in parte alla carenza ed alla disomogenea distribuzione dei posti letto. La discontinuità terapeutica che inevitabilmente si associa a questo fenomeno può ulteriormente alimentarlo, innescando un pericoloso circolo vizioso. Del resto, la mancanza di liste di attesa nelle strutture considerate risponde sostanzialmente alla sola logica dell'emergenza, che poco ha a che vedere con un'adeguata programmazione degli interventi terapeutici.

La durata media della degenza tra i vari SPDC (11.3 giorni) è pari alla media regionale e leggermente inferiore a quella nazionale (11.4 giorni) (Bassi *et al.*, 2003).

TSO e funzionamento dei servizi

Un'altra grave anomalia si riscontra nel funzionamento dei servizi pubblici di ricovero dell'area napoletana: circa il 50% dei ricoveri consiste di TSO, a fronte di una percentuale di TSO riscontrata nel campione nazionale di pazienti valutati nel *census-day*, nell'ambito del progetto PROGRES-Acuti, pari all'8% (Norcio *et al.*, 2004); la regione che aveva la percentuale più elevata di TSO, la Sardegna, ne registrava la metà (25%) rispetto a quelli rilevati nell'area napoletana nel periodo in studio. Si conferma, quindi, una grave anomalia nel funzionamento del-

le strutture pubbliche di ricovero, che, a causa della estrema limitatezza di posti letto disponibili, diventano una sorta di 'imbuto' obbligato e in gran parte riservato a pazienti in TSO.

Rapporto tra SPDC e servizi territoriali

A fronte di un numero elevato di pazienti in carico ai DSM (poco meno del 90%), l'invio dai servizi territoriali riguarda solo il 59.2 % dei ricoveri; tuttavia, Politi et al. (1997), analizzando dati relativi ai ricoveri nei SPDC lombardi, hanno trovato una percentuale ancor più bassa di invii da parte dei CSM, pari al 25%. Restano, quindi, da indagare molto meglio i rapporti funzionali che intercorrono tra strutture di ricovero e servizi territoriali, che appaiono molto più frammentari di quanto si afferma di solito, in genere senza far riferimento a dati precisi.

L'invio alla dimissione ai suddetti servizi è, invece, molto più frequente (82.9%). In quest'ultimo caso i pazienti sono spesso accompagnati dalla sola prescrizione farmacologica (nella metà dei casi non vi sono indicazioni per il medico a cui verrà affidato il paziente). Solo 1/5 dei pazienti vengono dimessi con più dettagliate informazioni per lo psichiatra del territorio e per i familiari. Se si aggiunge il discreto numero di soggetti che migrano tra diverse strutture, nonché, in particolare per alcuni SPDC, la provenienza da aree non pertinenti dal punto di vista territoriale, si comprende quanto scarsa possa essere la continuità terapeutica tra servizi territoriali e SPDC, quanto meno rispetto ai ricoveri, alle dimissioni ed alla modalità con cui queste sono avvenute.

CONCLUSIONI

Il quadro generale che sostanzialmente emerge dalla nostra indagine nell'ambito metropolitano di Napoli mette in luce gravi problemi, sia in termini strutturali (disponibilità di posti letto) che organizzativi (funzionamento dei SPDC e loro relazioni con i servizi territoriali di provenienza dei pazienti). Questi aspetti confluiscono nel rinforzare una logica emergenziale che spesso rende difficile, o impossibile, la creazione di un contesto assistenziale appropriato, favorendo discontinuità nella presa in carico che possono agevolare la creazione di fenomeni di *revolving door*. Aspetto, quest'ultimo, che rischia di autoalimentarsi in quanto è proprio la presenza di precedenti ricoveri che favorisce, accanto alla severità ed al tipo di disturbo, un nuovo ingresso nel SPDC (Giampieri et al. 2002).

Peraltro, va notato che il *gap* strutturale di posti letto pubblici è parzialmente colmato, nell'area in questione, da

una elevata offerta di posti letto in case di cura private che, tuttavia, sfuggono a qualsiasi reale controllo ed hanno con i servizi territoriali rapporti del tutto elusivi.

I pazienti al primo ricovero hanno un accesso ai SPDC e ricevono modalità di trattamento sostanzialmente analoghi alla maggioranza degli utenti che hanno, invece, alle spalle una lunga storia clinico-istituzionale, accompagnata da frequenti ricoveri.

Saranno necessari, quindi, grossi cambiamenti per razionalizzare l'offerta di servizi per il ricovero di pazienti con disturbi mentali: al pari del quadro generale dell'assistenza sanitaria, che pone nel Meridione d'Italia gravi ed irrisolti problemi, sarà necessario impegnarsi a fondo affinché tali problemi trovino una rapida ed efficace soluzione.

Massimo Morlino *

Alessandro Avvisati *

Vittorio Schiavone *

*Dipartimento di Neuroscienze,

Area Funzionale di Psichiatria,

Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli

Via Pansini 5, 80131 Napoli (Italy)

Fax:: +39-081-746.2649

E-mail: morlino@unina.it

Declaration of Interest: Authors declare they have no competing interests that can undermine the objectivity, integrity or perceived value of this study.

BIBLIOGRAFIA

- Bassi M., di Giannantonio M., Ferrannini L., Mencacci C., Munizza C., Petrovich L. & Scapicchio P. L. (2003). *Politiche Sanitarie in Psichiatria*. Masson: Milano.
- Bollini P. (1994). L'applicazione e l'impatto della riforma psichiatrica in Italia. Le evidenze disponibili. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 3, 83-85.
- de Girolamo G. & Cozza M. (2000). The Italian psychiatric reform, a 20 year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 23, 197-214.
- Giampieri E., Ratti A., Beretta A., Mattavelli C., Ferrarini E., Pruneri C. & Carta I. (2002). Determinations of hospitalization from psychiatric ER from S. Gerardo hospital in Monza: epidemiological cross-sectional study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11(4), 266-276.
- Guy W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Revised. DHEW Publication, 76-338. US National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch: Rockville, MD.
- Lora A., Cocchi A., Civenti G. & Blaco R. (1996). Analisi di cluster dei servizi psichiatrici lombardi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 5, 126-135.
- Norcio B., Bracco, R. & Ciliberti P. (2004). Una panoramica dei risultati della Fase I: il censimento delle strutture pubbliche. Relazione presentata al Convegno "Il ricovero in psichiatria: il progetto nazionale "PROGRES-Acuti". Bologna, 25-26, 2004.
- Politi P., Tagliavini G., Colleoni V., Donati D., Florian A., Griffi P.G., Mita P., Panetta B. & Regazzetti M. (1997). Sulla richiesta di ricove-

ro psichiatrico: i dati di otto SPDC in Lombardia, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 6, 69-76.

Terzian E. & Tognoni G. (2003). Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Suppl. 2.

Tognoni G. & Saraceno B. (1989). Regional analysis of implementation. *International Journal of Social Psychiatry* 35(1), 38-45.

World Health Organization (1997). *International Classification of Diseases 9th Revision, Clinical Modification*. Versione italiana, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Libreria dello Stato.

Appendice

Scheda rilevamento dati SPDC

ASL

Dati Paziente

Iniziali Cognome e nome

ASL di appartenenza

Nato il

UOSM di appartenenza

Data di ingresso/...../.....

ALL'ACCETTAZIONE

Modalità di ricovero TSV TSO **Era in lista di attesa** si no non esiste lis. att.

Modalità di arrivo:

- | | | |
|---|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Invio da CSM ASL | UOSM | <input type="checkbox"/> 118 |
| <input type="checkbox"/> Invio da medico di base | | <input type="checkbox"/> dal PS Ospedale Generale |
| <input type="checkbox"/> Scelta autonoma del paziente | | <input type="checkbox"/> da altro reparto o Ospedale |
| <input type="checkbox"/> Pressione dei familiari | | |
| <input type="checkbox"/> Forze dell'ordine | | |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | | |

Paziente già ricoverato nella sua storia clinica:

- Mai
- Si presso questa struttura
- Si presso altre strutture
- Si presso questa ed altre

Paziente già in trattamento (negli ultimi 6 mesi)?

- Non in trattamento perché mai seguito
- Presso CSM ASL
- Specialista privato
- Senza alcun trattamento perché sospeso dal paziente
- Altro (specificare)

GRAVITÀ DELLA MALATTIA (CGI)

In base alla vostra esperienza con questo tipo di pazienti quanto è ammalato, dal punto di vista psichico, il paziente in questo momento? (da 1 a 7)

- | | |
|--|--------------------------------|
| 0 = Non è stato valutato | 4 = Moderatamente ammalato |
| 1 = Normale (assenza di malattia psichica) | 5 = Notevolmente ammalato |
| 2 = Solo marginalmente ammalato | 6 = Gravemente ammalato |
| 3 = Lievemente ammalato | 7 = È tra i pazienti più gravi |

Firma medico di accettazione

ALLA DIMISSIONE

MIGLIORAMENTO GLOBALE

In che misura sono cambiate le condizioni del paziente rispetto all'inizio del trattamento?
(da 1 a 7)

- 0 = Non è stato valutato
- 1 = Molto migliorate
- 2 = Moderatamente migliorate
- 3 = Lievemente migliorate

- 4 = Nessun cambiamento
- 5 = Lievemente peggiorate
- 6 = Moderatamente peggiorate
- 7 = Molto peggiorate

INDICE DI EFFICACIA

VALUTARE QUESTO ITEM SOLO IN BASE ALL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO. SCEGLIERE LE VOCI CHE MEGLIO DESCRIVONO L'EFFETTO TERAPEUTICO E GLI EFFETTI COLLATERALI: SEGNARE LA CASELLA CHE SI TROVA NEL PUNTO DI INTERSEZIONE DELLE DUE VOCI.

ESEMPIO: Se l'effetto terapeutico è valutato come «moderato» e gli effetti collaterali sono giudicati come «non interferiscono in maniera significativa con le prestazioni del paziente», segnare la casella '06'.

Non valutato = 00

EFFETTO TERAPEUTICO	EFFETTI COLLATERALI			
	NESSUNO	NON INTERFERISC In misura significativa con le prest. del paziente	INTERFERISC In misura significativa con le prest. del paziente	PREVALGONO sull'effetto terapeutico
NOTEVOLE - Netto miglioramento Remissione completa o quasi di tutti i sintomi	01	02	03	04
MODERATO - Sensibile miglioramento Remissione parziale dei sintomi	05	06	07	08
LIEVE - Scarso miglioramento, che non implica modificazioni delle modalità di assistenza	09	10	11	12
IMMODIFICATO O PEGGIORATO	13	14	15	16

Invio a:

- CSM di provenienza
- Medico di base
- Ad altra struttura (specificare)
- All'ambulatorio dello stesso SPDC
- Altro (specificare)

Il paziente è stato fornito di (è possibile dare risposte multiple):

- Ricetta medica
- Scheda di dimissione (epicrisi)
- Indicazioni scritte per i familiari
- Indicazioni scritte per il professionista a cui è inviato
- altro

Data di dimissione:/...../.....

Diagnosi principale Codice ICD 9 CM

Diagnosi concomitante Codice ICD 9 CM

Firma