

CURE

La cartella socio-sanitaria unica regionale informatizzata dei Servizi del DSM-DP La centralità dell'assistito nel processo di cura

ABSTRACT

Da settembre 2021 è funzionante la nuova cartella socio-sanitaria unica regionale informatizzata dei Servizi del DSM-DP, denominata CURE. La cartella include le attività della Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infanzia adolescenza, Psicologia clinica e Servizi Tutela minori delle AUSL. Per tre anni, professionisti del DSM-DP, esperti nei settori ICT, programmazione, farmaceutica e medicina legale hanno collaborato e fornito indicazioni sulla progettazione della cartella clinica ora già operativa. I primi risultati sono stati: l'integrazione dei servizi, l'uso di nomenclatori condivisi, come ad esempio i trattamenti o le prestazioni, la gestione facilitata dei PDTA o percorsi, l'uso di testistica per le attività di outcome e assessment. L'aspetto più importante del progetto è aver definito la **centralità dell'assistito nel processo di cura**, attraverso la cooperazione dei diversi servizi, pubblici o privati, che intervengono nell'ambito delle proprie competenze.

Introduzione

L'eHealth, attraverso l'ausilio delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), rappresenta oggi uno strumento imprescindibile per ogni tipo di organizzazione sanitaria che ha necessità di facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti, favorire la sicurezza delle cure, accedere a informazioni strutturate e in tempi rapidi, realizzare la dematerializzazione delle informazioni sanitarie.

Questi temi sono nelle agende delle azioni strategiche della Commissione europea, Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna e Aziende sanitarie.

La *Commissione Europea*, attraverso il Programma UE per la salute e la strategia per il mercato unico digitale in Europa, ha indirizzato le politiche verso iniziative di telemedicina e sanità on line al fine di "migliorare l'interoperabilità tra sistemi sanitari elettronici e la continuità delle cure, oltre che garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria sicura e di qualità"¹. L'obiettivo è di utilizzare anche le tecnologie dell'informazione al fine di migliorare la qualità delle cure migliorando l'interoperabilità dei sistemi e la comunicazione di informazioni sanitarie², rendendo gli strumenti tecnologici "più efficienti e più facili da usare e promuoverne l'accettazione, coinvolgendo sia gli operatori sanitari che i pazienti nelle scelte strategiche e nella progettazione e attuazione"³. Lo stesso Ministero della Salute mette in evidenza come "Le iniziative di eHealth migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario"⁴.

Lo stesso OMS e OCSE ribadiscono quanto le informazioni e i dati raccolti sistematicamente sono fondamentali per monitorare e valutare la qualità dei livelli di assistenza erogate agli assistiti e programmare gli interventi nell'ambito dei Servizi di Salute mentale (Bramesfeld A., 2016).

E' nella DRG 2139/2018 "Piano Pluriennale 2019-2021 per lo sviluppo ICT del Sistema Sanitario e Socio-Sanitario regionale" che sono state definite le strategie della Regione Emilia-Romagna per lo sviluppo dei progetti dell'Information Communication Technology nell'area del sistema sanitario e sociosanitario per i

¹ Articolo 14 della direttiva 2011/24/UE

² Directive 2011/24/Eu of the European Parliament and of the Council, *On the application of patients' rights in cross-border healthcare*, March 2011.

³ https://ec.europa.eu/health/ehealth/overview_it

⁴ Presentazione delle iniziative di eHealth in Italia,

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2509&area=eHealth&menu=iniziativa

prossimi anni, compresi il Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche. Infatti dal 2016 l'Area Salute mentale e dipendenze patologiche del Servizio Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna è impegnata nella realizzazione di un progetto di rilevanti dimensioni: la costruzione di una **cartella socio-sanitaria informatizzata unica regionale dei Servizi del DSM-DP⁵**, che include le attività della Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infanzia adolescenza, Psicologia clinica e Servizi Tutela minori delle AUSL. Un progetto orientato a supportare la gestione della documentazione socio-sanitaria degli assistiti, facilitare le integrazioni tra i professionisti, aumentare l'appropriatezza nella progettazione dei percorsi di cura individualizzati. Ma l'obiettivo primario è di definire nuovi protocolli di cura condivisi tra i diversi servizi, finalizzati a migliorare la qualità delle cure erogate, attraverso la definizione e condivisione di obiettivi, strumenti, trattamenti e valutazione dei risultati.

1. I capisaldi della progettazione

Il progetto si è basato su alcuni principi di base dettati dalla programmazione nazionale e regionale, dalle linee guida su appropriatezza dei percorsi di cura, interazione tra i Servizi e non di meno dalle indicazioni derivanti dalle conoscenze scientifiche e tecniche dei professionisti nell'ambito della Salute mentale e Dipendenze patologiche. In particolare se ne evidenziano alcune che hanno rappresentato la base culturale su cui sviluppare un progetto:

Piano attuativo Salute mentale 2009 – 2011 (DGR 313/2009)

Fornisce alcune basilari direttrici relative alla organizzazione dei Servizi di Salute mentale e dipendenze patologiche sulla cura degli assistiti. Il sistema di cura per la salute mentale è costituito dall'*insieme di tutti i servizi pubblici e privati* che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita.

Piano di azioni nazionale per la salute mentale

Elaborato dal Ministero della salute in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni. Riporta che «diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali (CSM, Servizi NPIA), differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare *percorsi territoriali di cura diversificati* [...], la relazione di cura continuativa paziente – specialista, la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi *con progetto terapeutico condiviso*».

LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza, le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, è specificatamente indicata la necessità di *integrazione tra i Servizi del DSM-DP*. In particolare tra i Servizi di NPIA e SerDP «collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità», «progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta» (art. 25); Servizi di Salute mentale adulti «collaborazione e integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità», «progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta» (Art 26); Servizi per le dipendenze patologiche «collaborazione e integrazione con i servizi i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità» (Art. 28).

Competenze scientifiche e multidisciplinarietà

L'acquisizione dell'efficacia delle conoscenze scientifiche pone sfide anche nel ripensare l'organizzazione dei servizi del DSM-DP. Questi devono essere in grado di porre in essere *programmi di cura efficaci, con esiti di salute misurabili*, compatibili con le *risorse economiche* disponibili. I Dipartimenti devono essere in

⁵ Dal punto di vista medico-legale il progetto ha definito un "dossier sanitario elettronico", uno strumento costituito presso un'unica struttura sanitaria (ospedale, azienda sanitaria, casa di cura) che raccoglie informazioni sulla salute di un paziente al fine di documentarne la storia clinica presso quella singola struttura e offrirgli un migliore processo di cura.

grado sviluppare servizi che erogino *programmi di cura e non singole prestazioni* basati su *conoscenze scientifiche e competenze tecniche* specifiche riconosciute come efficaci nel rispondere ai bisogni della popolazione. Si dovranno garantire risposte nel campo della cura e della riabilitazione, e contemporaneamente nello sviluppo e mantenimento delle *capacità sociali degli individui*.

Devono essere sviluppati programmi di trattamento *integrato, interdisciplinare e multidimensionale*, che valutano le diverse dimensioni della patologia psichica (biologica, psicologica e sociale); intervengono sulle diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo); non trascurano le comorbidità fisiche; utilizzano le competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale individuati, indipendentemente dalla loro collocazione organizzativa; si sviluppano eliminando le separazioni orizzontali (i servizi) e longitudinali (l'età anagrafica). Questi programmi di trattamento richiedono la capacità dei professionisti di *lavorare in team operativi*. All'interno di queste équipe è centrale la condivisione delle informazioni relative alla *valutazione, agli obiettivi, ai metodi, alla evoluzione del trattamento, ai compiti e alle responsabilità dei singoli professionisti*.

Valorizzazione competenze professioni sanitarie

Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017 – 2019 (DGR 120/2017) dà informazioni molto chiare sul livello di valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie nel processo di cura e riabilitazione degli assistiti. «Ascoltare e assecondare [...] le espressioni di autoaffermazione diventa un obiettivo prioritario dei servizi sociosanitari. Nei Servizi sanitari è necessaria *una transizione da un modello medico-centrico verso un modello che valorizzi tutte le professioni sanitarie* per la costruzione di relazioni negoziali in grado di favorire la messa in campo delle risorse e delle energie del cittadino utente». Il *“lavoro di squadra”* e la buona *“comunicazione”* sono essenziali per garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, accompagnata da una certificazione documentale dell'intero processo clinico-assistenziale, in quanto strumento di lavoro per la tutela del paziente e dei professionisti.

Documentazione clinica

La promozione del corretto utilizzo della documentazione sanitaria è uno degli obiettivi fondamentali del progetto, per favorire l'integrazione tra le professionalità del DSM-DP, del privato sociale, del privato profit e dei Servizi sociali degli Enti locali. Una buona qualità dell'intervento passa anche attraverso una documentazione completa, che integri le diverse professionalità, che fornisca sicurezza nelle cure e la conseguente riduzione di rischio di errori.

2. Rischi e soluzioni dell'uso dell'eHealth nel DSM-DP

L'uso dell'eHealth ha sicuramente molti vantaggi nel supportare le attività cliniche, ma al contempo non bisogna sottovalutare i possibili rischi connessi all'implementazione della tecnologia informatica nei Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche.

Gli attuali sistemi gestionali della documentazione clinica dei Servizi del DSM-DP sono percepiti dai professionisti, come strumenti funzionali agli obblighi informativi regionali o nazionali, più che a supportare la propria attività. L'obiettivo è costruire uno strumento che soddisfi appieno i molteplici bisogni dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di riferimento, diventando un supporto reale nella gestione quotidiana della documentazione socio-sanitaria.

Non di meno vi è il rischio di costruzione di uno strumento che non soddisfi appieno i molteplici bisogni dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di riferimento, diventando l'ennesima *“cartella obbligo informativo”*, avulsa dalla reale necessità quotidiana di gestione della documentazione socio-sanitaria.

Si è ritenuto che per ridurre i rischi descritti, fosse necessario strutturare un progetto che implementasse una *logica bottom-up*, che partisse dall'analisi dei bisogni dei dirigenti e dei professionisti socio-sanitari e delle organizzazioni, ma che allo stesso momento puntasse verso l'innovazione delle organizzazioni dei servizi, come ad esempio la gestione dei PDTA o percorsi trasversali di cura tra Servizi.

Un altro elemento di rischio di uso eccessivo dell'informatica emerso durante i lavori di progettazione, è la necessità di non snaturare l'oggetto principale della Salute mentale e le Dipendenze patologiche - la relazione con il paziente - attraverso l'uso della tecnologia; sarà oggetto della formazione erogata ai professionisti.

Questo è il principale motivo per il quale sono stati necessari *tre anni di progettazione*, suddivisi in diversi step di sviluppo e che ha coinvolto, come mostra la Tabella 1, tantissimi professionisti con diverse aree di competenza.

Le dimensioni del progetto erano talmente importanti che i primi otto mesi sono stati dedicati alla realizzazione di uno *studio di fattibilità*, che consentisse di valutare gli impatti organizzativi, informatici, informativi ed economici connessi alla progettazione e implementazione della cartella unica. Oltre agli elementi valutativi sono stati considerati tutti gli aspetti che avrebbero portato eventuali vantaggi dalla realizzazione del progetto, come l'adozione di nomenclatori unici (prestazioni, trattamenti, sistemi diagnostici, test diagnostici), la definizione di percorsi trasversali, uso di tecnologia di supporto, accesso al Fascicolo sanitario elettronico (FSE), sicurezza nelle cure, come nella prescrizione ed erogazione di farmaci. Ma il vero obiettivo finale è stato quello di facilitare lo sviluppo di una *cultura professionale condivisa* tra i professionisti e i Servizi del DSM-DP, che ha dato valore innovativo al progetto. Per mesi i professionisti di SerDP, CSM, SPDC, NPIA e Psicologia si sono confrontati sulle modalità di accoglienza degli assistiti, appropriatezza delle valutazioni, progettazione degli interventi, valutazione dei risultati.

L'impatto previsto era così rilevante che lo studio di fattibilità è stato presentato, discusso e approvato da: Direttori DSM-DP, Direttori dei Dipartimenti Salute Donna Infanzia e Adolescenza AUSL Romagna, Direttori UONPIA, Responsabili Programma dipendenze, Comitato tecnico allargato costituito dai Direttori ICT delle AUSL, Consulta Salute mentale e CUFO, Responsabili Sistema informativo e Osservatori dipendenze delle Aziende USL.

Basterebbe solo un elemento che indica quanto e quale tipo di attività sia stata necessaria per realizzare la progettazione della cartella: tra aprile 2016 ad oggi sono state dedicati oltre 400 incontri, suddivisi tra professionisti, esperti nei settori medico-legali, privacy, ICT.

3. Dalla torre di Babele all'esperanto

I Servizi del DSM-DP hanno una propria struttura organizzativa, caratterizzata da competenze cliniche specifiche, ma soprattutto hanno una storia diversa. Si veda ad esempio la specificità dei SerDP, nati negli anni '90 anche a fronte di emergenze sanitarie collegate alla tossicodipendenza, oppure la specificità della NPIA dove a problematiche prettamente psichiatriche si associano disturbi psicopatologici, neurologici, neuropsicologici e neuromotori dei bambini e adolescenti o le attività della Psicologia clinica erogate a livello trasversale, sia in ambito psichiatrico che in integrazione con gli altri servizi di cura aziendali.

Gli strumenti informativi sino ad oggi non hanno agevolato il processo di integrazione auspicato con Piano attuativo salute mentale 2009-2011; di fatto il DSM-DP è organizzato a "silos organizzativi", suddivisi per stretta competenza di trattamento (NPIA, SerDP, Salute mentale adulti, SPDC, psicologia, ...). Questo ha portato a sviluppare una organizzazione funzionale alla propria specifica peculiarità, che si è tradotta in propri trattamenti, prestazioni, nomenclatori, sistemi di codifica della diagnosi, utilizzo di specifici test di assessment e outcome. In breve, i Servizi hanno coniato un proprio "linguaggio" che di fatto mal si adatta ad un sistema orientato alla condivisione strategica degli interventi socio-sanitari e che funzioni per programmi trasversali.

In tre anni di lavoro, specifici gruppi di lavoro si sono adoperati per individuare un linguaggio comune, che si può tradurre nelle seguenti azioni:

- unico sistema di codifica delle diagnosi per tutti i Servizi del DSM-DP: l'ICD-10 - sistema di Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Oggi sono utilizzati l'ICD9-CM-1997 e diverse versioni di ICD10;
- nomenclatore unico delle prestazioni (51 prestazioni), legato al catalogo accessorio SOLE, condiviso tra i Servizi, alcune specifiche per figura professionale, alcune trasversali ai diversi attori dell'équipe. Il processo di semplificazione diviene ancora più rilevante se si considera che in precedenza vi erano oltre 160 prestazioni dei SerDP, 75 per l'NPIA e 54 per la Salute mentale adulti;
- nomenclatore unico dei trattamenti (24), condivisi tra i servizi, anche in questo caso in forte miglioramento rispetto al passato;
- un'unica modalità di rilevazione dell'anamnesi, suddivisa per aree specifiche (familiare patologica, fisiologica, patologica remota e prossima, farmacologica e trattamenti, sociale) e domini, ambiti da esplorare utili come guida per i professionisti che devono inserire le informazioni anamnestiche.

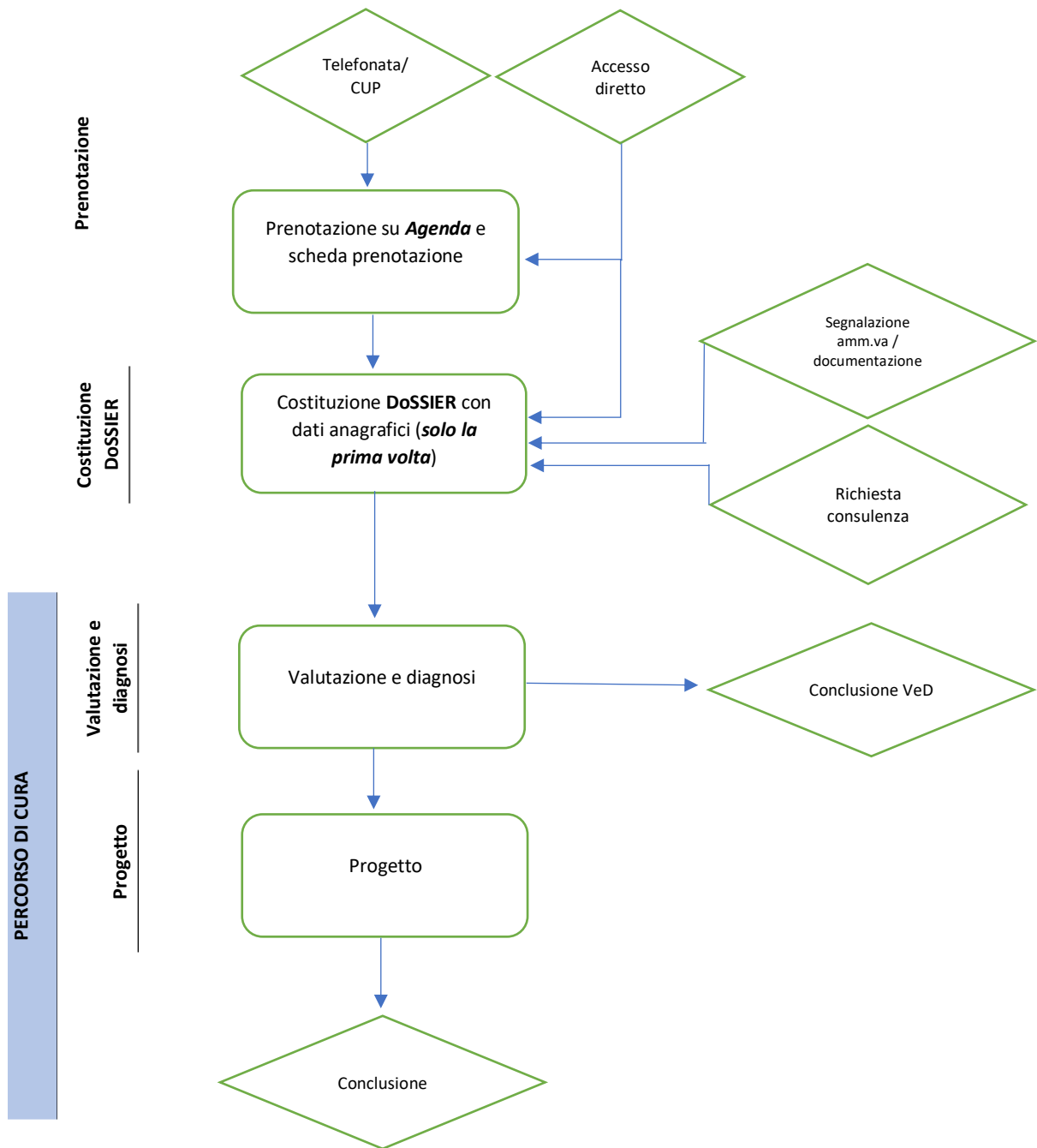
4. Processi clinici, Percorsi e PDTA

Nel processo di facilitazione della gestione della documentazione clinica, molte delle sovrastrutture organizzative/culturali generate dai precedenti applicative sono state, nel limite del possibile, fortemente semplificate, almeno nella eccezione della compilazione attraverso uno strumento informatico.

Sostanzialmente la cartella è stata strutturata in processi che corrispondono alle principali fasi del processo di cura:

- *prenotazione*, gestita attraverso un'agenda interfacciata con più servizi: servizi CUP aziendali, che potranno inserire le prenotazioni dei cittadini che richiedono una prima visita, rivolgendosi direttamente al Servizio, o attraverso un appuntamento telefonico. L'idea è di seguire qualsiasi modello organizzativo oggi esistente e qualsiasi canale per permettere ai cittadini un accesso agevole al servizio.
- *fase di Valutazione e diagnosi*. Inizia con l'ingresso/reingresso dell'assistito, dei genitori nel caso dei minori, familiari e conoscenti, in un Servizio del DSM-DP per ricevere una prestazione erogata da uno o più professionisti. Questa fase coincide anche con l'apertura del *Percorso di cura*. La fase di valutazione e diagnosi comprende tutte le attività volte a definire i bisogni dell'assistito, l'anamnesi, l'esame obiettivo, i test e gli esami strumentali, un inquadramento diagnostico e funzionale, finalizzati ad ottenere informazioni utili, se necessario, alla formulazione di un progetto terapeutico-riabilitativo.
- *fase di Progetto* costituisce il "core" della cartella, in cui si co-progettano, in collaborazione con l'assistito, gli interventi programmati e gli obiettivi.

Fig. 1. Schema generale struttura del processo da attivare nel DoSSIER



La vera sfida della cartella sarà la gestione dei *Programmi e PDTA*, che nasce dalla necessità di esplicitare meglio gli obiettivi e le azioni, con la finalità di una maggiore trasparenza nei confronti di cittadini, proprio perché, richiesto dal nuovo modello organizzativo e dai professionisti, è necessario lavorare per percorsi di cura, in rete con altri servizi sanitari, sociali, con la comunità locale, con il volontariato e le associazioni, e in modo trasversale con le diverse aree del Dipartimento e altri Servizi.

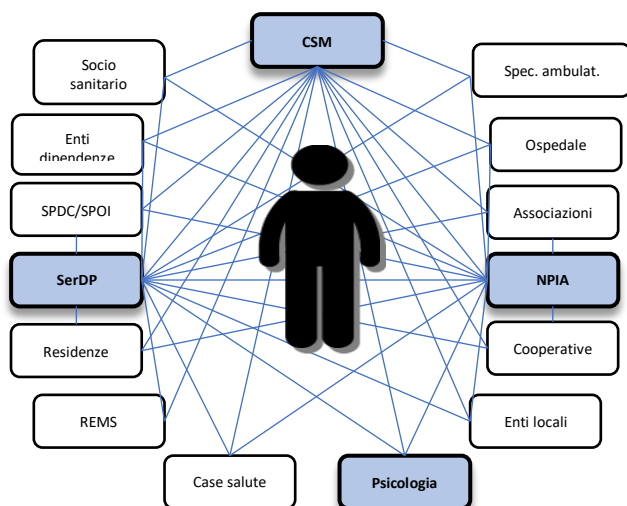
5. L'assistito al centro dell'intervento: i cinque punti basilari del Progetto di cura e riabilitazione

Il più importante concetto veicolato dalla nuova cartella e che entra nell'assetto organizzativo e funzionale dei Servizi è che *al centro del processo terapeutico riabilitativo vi è l'assistito, mentre i Servizi e i professionisti collaborano tra di loro in rete, erogando prestazioni nell'ambito delle proprie competenze*. Da un sistema a "canne d'organo" come è stato sino ad oggi, con cartelle informatizzate separate e non comunicanti tra di loro, si deve andare verso un *sistema unico e integrato (fig. 1)*, dove le équipe che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nell'ambito delle proprie competenze, operano su un unico dossier, con un unico progetto condiviso tra Servizi.

Sono coinvolti non solo i tradizionali ambiti del Centro di salute mentale, UONPIA, SerDP e SPDC/SPOI, RTI, RTR, ma anche i nuovi luoghi dell'assistenza che il sistema sanitario e socio-sanitario regionale sta sviluppando (Case della salute, carcere, cure intermedie). La cartella sarà disponibile, con la medesima logica, anche alle Strutture private profit e non profit, Associazioni, Cooperative e Servizi Sociali dei Comuni che collaborano al processo clinico terapeutico degli assistiti dei Servizi del DSM-DP, con una visualizzazione delle informazioni sociosanitarie strettamente necessarie alla gestione della propria attività.

Ma l'integrazione non è solo limitata alle strutture o Servizi organizzativi, la cartella è anche uno strumento integrato di diverse professionalità che erogano prestazioni al paziente e, al contempo, dovrà fornire a ciascuno la possibilità di consultare/condividere il lavoro effettuato dagli altri professionisti, sia appartenenti allo stesso Dipartimento sia a altre strutture sociosanitarie o sociali, pubbliche o private, sempre nel rispetto delle normative sulla protezione dei dati personali e delle necessità reali di cura. Tutti i professionisti coinvolti nella cura (le équipe di cura) potranno accedere alle informazioni sul trattamento attuale e precedente, al fine di progettare il percorso clinico efficace con il paziente e i suoi familiari.

Fig. 1. Assistito al centro delle attività. Rete di attori pubblici e privati che utilizzeranno il dossier del DSM-DP, limitatamente alle informazioni di propria competenza.



Il progetto è la sezione della cartella nella quale si pianifica l'intervento con l'assistito, definendo obiettivi da raggiungere, trattamenti, risorse, professionisti coinvolti, familiari ed eventuali altri soggetti, tempi e valutazioni. Il progetto definisce in modo personalizzato la logica e il contenuto dell'intervento di cura.

E' strutturato in base agli elementi emersi nella fase precedente di valutazione e diagnosi. I *progetti hanno una struttura omogenea* e caratteristiche differenti in base agli obiettivi individuali condivisi con il paziente. Si differenzia in base alle tipologie di intervento, ai professionisti coinvolti, alle risorse disponibili (comprendendo il paziente stesso e la famiglia), alle integrazioni multiprofessionali e di altri servizi/Enti. Con la cartella clinica del DSM-DP ogni assistito avrà un progetto personalizzato costituito da cinque elementi essenziali:

- *Obiettivi, che sono* i risultati che ci si propone di ottenere con la realizzazione del processo clinico-terapeutico-riabilitativo. Per loro stessa natura gli obiettivi dovranno essere concreti, specifici e misurabili;
- *Trattamenti e risorse* (professionali, strutture), sono l'insieme degli interventi che costituiscono il progetto terapeutico, funzionali a raggiungere gli obiettivi del paziente. Rappresentano il complesso sistema di interventi clinico-riabilitativi che i Servizi del DSM-DP erogano agli assistiti, come ad esempio i trattamenti clinico-psichiatrici, neuropsichiatrici, clinici per le dipendenze, psicologici e psicoeducativi, logopedici, fisioterapici, residenziali, semiresidenziali farmacologici, di supporto, socio-assistenziali, socio-riabilitativi;
- *Monitoraggio e valutazione* è una vera sfida per il progetto: per ogni assistito dovranno essere indicati gli strumenti di valutazione dell'outcome verranno usati, al fine di monitorare e valutare con strumenti scientifici standardizzati gli eventuali miglioramenti sulla salute del paziente in base ai trattamenti terapeutici erogati;
- *Tempo di verifica* Il tempo di verifica del progetto è l'intervallo temporale entro cui devono essere effettuati il monitoraggio dell'andamento del progetto e/o la valutazione dei risultati raggiunti. La tempistica è definita dall'équipe in base alla gravità della situazione clinica degli assistiti e in base agli obiettivi definiti nel progetto;
- *Referente del Percorso*, figura chiave del percorso di cura, è un professionista del DSM-DP con compiti di garanzia, monitoraggio e verifica dell'andamento del progetto complessivo. Non sostituisce in alcun modo altri professionisti che erogano i trattamenti sul paziente, ma facilita e stimola il percorso progettuale come definito e le attività di verifica e valutazione. Al Referente del Percorso spettano i compiti di: rilevare le non conformità rispetto a quanto definito nel progetto e monitorare l'andamento del progetto e attivazione i professionisti coinvolti.

Ma il Progetto è anche molto altro, dovrà prevedere anche la firma non solo da parte dei professionisti di riferimento, ma anche dell'assistito, dei familiari e delle persone che hanno partecipato alla formulazione del progetto, con lo scopo di dare evidenza della condivisione di obiettivi e trattamenti tra assistito, professionista/i (DSM-DP o altri servizi pubblici o privati), ed eventualmente famigliari.

6. Azioni future

Il progetto della cartella unica del DSM-DP non sarebbe stato possibile senza la rilevante collaborazione di diversi professionisti dei DSM-DP delle Aziende USL. Tutti hanno espresso e sentito la rilevanza e la necessità del progetto, tutti sono stati disponibili a mediare e trovare delle soluzioni comprendendo le necessità di altre figure professionali e di altri Servizi per agevolare l'ovvio vantaggio che ne deriva.

L'adozione di un sistema unico comporterà a breve la necessità di rivedere da parte dei Servizi e dei professionisti i processi, le procedure operative, la terminologia e, più in generale, di ridefinire modalità condivise di lavoro. Si pensi solo al fatto che un assistito che afferisce a due servizi diversi, ad esempio SerDP e CSM, avrà un unico progetto condiviso tra le due équipe di cura e, se necessario lo stesso progetto sarà condiviso con i Servizi sociali dei Comuni per la realizzazione di un Budget di Salute.

Il vantaggio è anche organizzativo; l'opportunità di gestire in maniera uniforme i dizionari, le codifiche e le tipologie di dati, consentirà di effettuare analisi comparative in grado di favorire sinergie informative e procedurali delle diverse aziende finalizzate a un continuo miglioramento del sistema complessivo, con una ricaduta vantaggiosa sull'organizzazione.

Vi sono alcuni aspetti che occorrerà tenere in considerazione e che potrebbero rappresentare delle criticità nella realizzazione del progetto dal punto di vista *culturale-organizzativo*:

- il cambiamento da una modalità cartacea-informatica oggi esistente di gestione della documentazione clinica a una modalità esclusivamente informatica;

- il rilevante *cambiamento culturale degli operatori*, non solo per l'aspetto informatico, ma soprattutto per la rilevanza che la definizione del progetto assume con la nuova cartella, con modalità non solo descrittive ma anche valutative (obiettivi, modalità, tempi, valutazione, ...);
- una maggiore integrazione tra i Servizi del DSM-DP non ancora compiuta in tutte le AUSL della Regione, quali ad esempio nei casi in gestione CSM-SerDP o nel passaggio NPIA verso i CSM/SerDP;
- una integrazione organizzativa con i servizi sociali, necessaria per la progettazione individualizzata.

Tutte le AUSL dell'Emilia-Romagna hanno già realizzato un percorso formativo-introdotivo alle modifiche introdotte dalla cartella, attraverso un modulo formativo progettato a livello regionale. Un altro percorso formativo è stato già erogato ai professionisti dei Servizi di Salute mentale adulti sulla codifica con ICD10. Sarà attivato un percorso formativo che coinvolgerà, progressivamente oltre 4.000 professionisti del settore pubblico all'uso dello strumento e alle modifiche organizzative e cliniche che esso comporta.

Entro maggio 2021 la cartella sarà operativa in tutti i CSM della Regione Emilia-Romagna. Questo rappresenta solo il primo step, in quanto successivamente la cartella sarà progressivamente estesa ai Servizi di NPIA (dall'autunno 2021) e SerDP (da inizi 2022).

La sfida sarà la gestione dei Programmi e PDTA, la realizzazione di un progetto per ogni assistito, esplicitando chiaramente gli obiettivi di cura e le azioni, garantendo una maggiore trasparenza nei confronti di cittadini così come richiesto dal nuovo modello organizzativo e dai professionisti, per lavorare su percorsi di cura, in rete con altri servizi sanitari, sociali, con la comunità locale, con il volontariato e le associazioni e in modo trasversale con le diverse aree del Dipartimento e altri Servizi pubblici e privati.

Terminiamo con la frase riportata nell'ultima slide del modulo formativo erogato per i professionisti presso le AUSL "Ci auguriamo un grande in bocca al lupo, procediamo entusiasti ma ancora inconsapevoli del cammino che ci aspetta".