



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale

*50 anni di formazione, studi, ricerche, sperimentazioni,  
proposte culturali, a servizio delle persone*



casa di cura  
**parco dei tigli**

# **Progetto di implementazione dei PAI**

Dalla diagnosi al piano di *cure&care* alla valutazione

## **Rapporto finale**

Dicembre 2021

Rapporto a cura di  
Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato

**Fondazione Emanuela Zancan onlus**  
**Centro Studi e Ricerca Sociale**

Via del Seminario 5/A

35122 Padova

Tel. 049663800

[fz@fondazionezancan.it](mailto:fz@fondazionezancan.it)

[www.fondazionezancan.it](http://www.fondazionezancan.it)

# Indice

Il progetto e le attività realizzate	p.	5
Strumenti e schema polare	p.	7
Arco terapeutico	p.	11
Estensione del modello	p.	20
Riferimenti bibliografici	p.	21
Allegato: Schede individuali Pazienti	p.	22



# 1. Il progetto e le attività realizzate

Il Progetto di implementazione dei PAI realizzato presso la Casa di cura Parco dei Tigli aveva l'obiettivo di analizzare il percorso assistenziale di un gruppo di pazienti ricoverati con diagnosi di depressione arrivando a documentare gli esiti ottenuti a seguito dell'intervento personalizzato. Il Progetto si è inserito nel programma PersonaLAB (*Personalised Environment for Research on Services, Outcomes and Need Assessment*), un laboratorio multicentrico che ha l'obiettivo di promuovere la presa in carico personalizzata di pazienti con diverse tipologie di bisogno e di interventi di cura e riabilitazione, realizzando una sistematica valutazione di efficacia degli interventi, per identificare i fattori che meglio di altri spiegano e determinano gli indici di efficacia conseguiti e le condizioni per ottenerli.

Il progetto si è sviluppato in due fasi. Nella fase preparatoria sono stati approfonditi una serie di casi per comprendere il percorso di presa in carico, a partire dall'ingresso fino alla dimissione. Questa fase è stata utile per comprendere le caratteristiche che percorso di presa in carico, dove posizionare gli step valutativi e con quale documentazione.

Alla fase preparatoria ha fatto seguito la vera e propria fase di "presa in carico" secondo il modello "PersonaLAB" di 24 pazienti. Per ognuno dei pazienti è stato realizzato un percorso di presa in carico personalizzata attraverso 5 step operativi::

1. analisi del bisogno con valutazione multidimensionale e costruzione del profilo di gravità/capacità del paziente (schema polare e diagnosi) ,
2. prognosi e sviluppo di obiettivi ed esiti attesi coerenti con i problemi rilevati,
3. pianificazione individuale correlata alla prognosi,
4. strategie adottate e attuazione del piano,
5. valutazione di efficacia,

La composizione di questi 5 step consente di collocare il piano personalizzato all'interno dell'arco terapeutico<sup>1</sup> composto da 5 componenti tra loro interconnesse: *Assessment & Diagnosis - Prognosis - Rehabilitation Plan (Responsiveness) - Cure & Care - Outcome Evaluation* (fig. 1).

Queste cinque dimensioni insieme descrivono e rappresentano i passaggi professionali e organizzativi necessari per collegare la diagnosi alla prognosi, il curare al prendersi cura, i fattori produttivi (professionali e strumentali) agli esiti attesi e misurati. Sono componenti che vanno gestite al massimo livello di appropriatezza professionale e che adottate in modo coerente consentono di arrivare alla valutazione degli esiti.

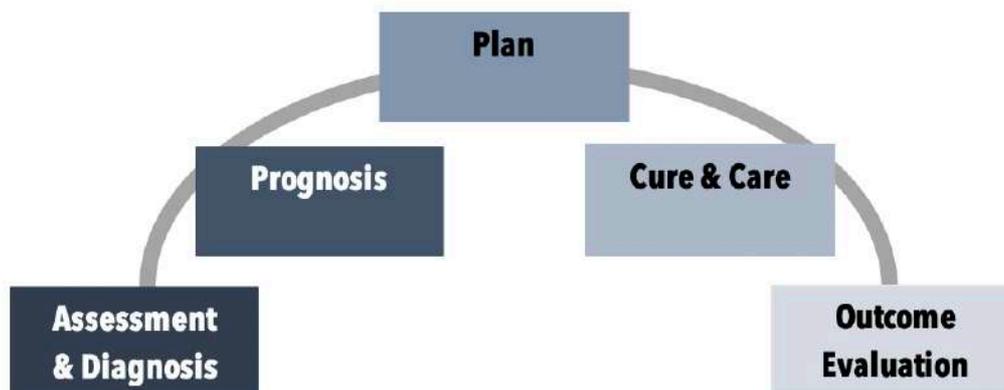
È una strategia clinica che si distribuisce lungo l'arco inteso come "percorso professionale e decisionale" in cui rendere "coesistenti" e "autoportanti" le azioni e le scelte

---

<sup>1</sup>. Come definito da Vecchiato T., *L'arco terapeutico*, Studi Zancan 4/2015, pp. 5-12.

adottate in termini di analisi, diagnosi, prognosi, decisione, pianificazione, valutazione (Vecchiato, 2015). Sul piano clinico significa utilizzare una sintassi elementare per valorizzare tutte le capacità a disposizione, "professionali e non professionali", cioè tecniche e metodologiche dei professionisti e vitali dei pazienti e dei loro familiari, evitando pratiche "prestazionistiche", basate sul rapporto diagnosi-prescrizione, senza percorrere tutto l'arco terapeutico.

Fig. 1.1 - Arco terapeutico

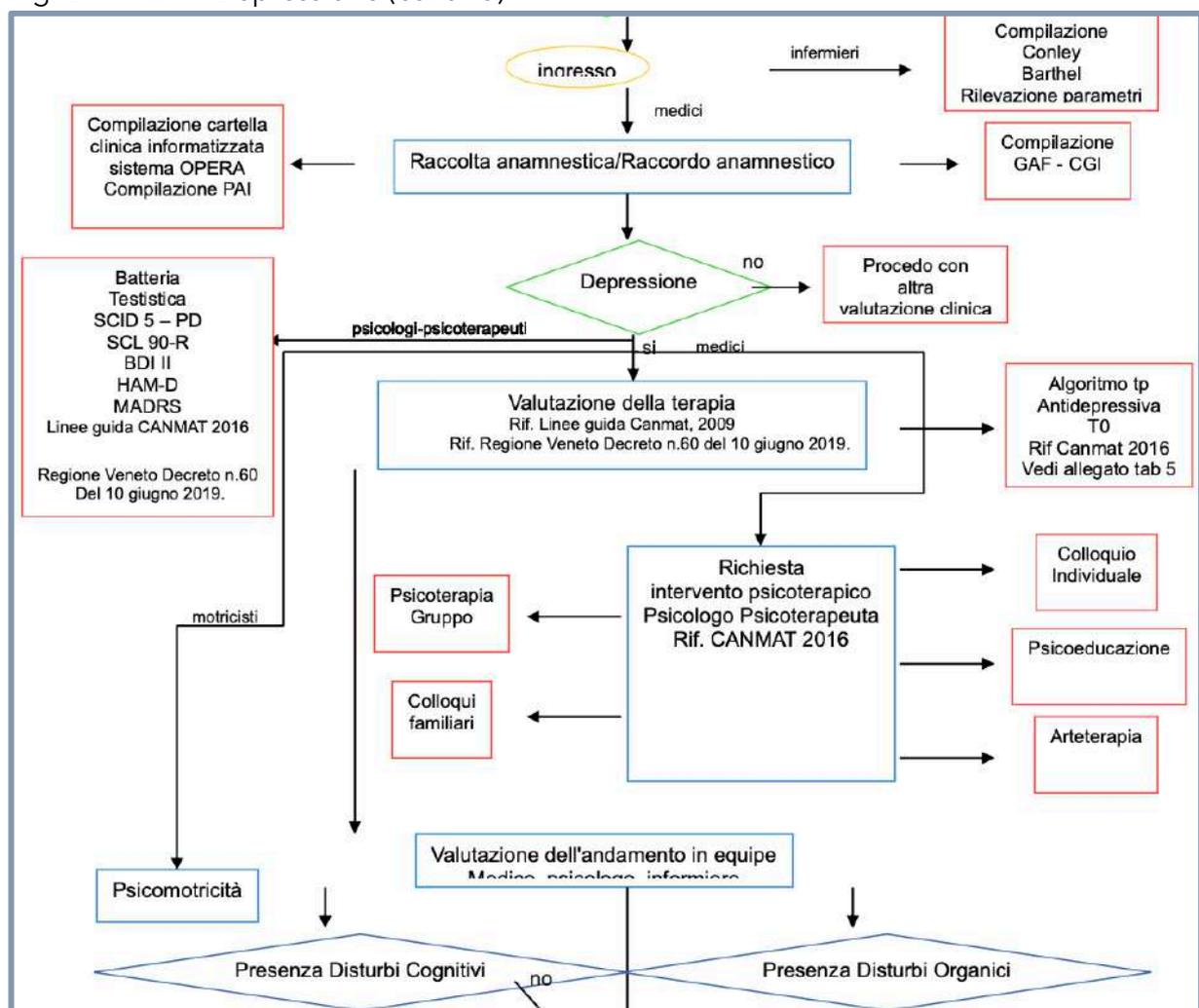


Sulla base delle 5 componenti è stata costruita la piattaforma on-line in cui raccogliere le informazioni per ogni paziente e a valutarne gli esiti secondo una ottica multidimensionale.

## 2. Strumenti e schema polare

Per la selezione degli strumenti di misurazione è stato considerato il PDTA attualmente in uso al Parco dei Tigli. I laboratori realizzati presso la clinica sono stati utili per approfondire il percorso dei pazienti e le modalità di valutazione in itinere.

Fig. 2.1 - PDTA Depressione (estratto)



Sono stati utilizzati *due approcci* alla valutazione degli esiti:

1. è stato fatto un confronto tra schemi polari al tempo iniziale (ingresso in clinica) e al tempo finale (dimissione dalla clinica),

2. è stata inoltre confrontata la condizione osservata al tempo iniziale con la condizione attesa al tempo finale e la condizione osservata alla dimissione, attraverso una serie di fattori osservabili.

Lo "schema polare" è un diagramma suddiviso in settori (spicchi) che prendono in considerazione gli aspetti cognitivo comportamentale, funzionale organico, socio ambientale e relazionale. Lungo i vettori (i raggi) sono disposti gli indici corrispondenti agli strumenti di valutazione utilizzati e che sono selezionati dal gruppo di lavoro sulla base di quanto già in uso e integrandoli con nuovi strumenti. Nel posizionamento dei punteggi, il valore ottimale è posizionato alla periferia, cioè verso la circonferenza (parete esterna), mentre quello che esprime la maggiore difficoltà è posto al centro.

In questo modo si è cercato di combinare in una singola strategia valutativa i diversi contenuti di osservazione e decisione perché i valori rappresentati nello schema facilitano una valutazione globale dei bisogni e delle risorse del paziente e la conoscenza dei cambiamenti ottenuti. Di conseguenza, aiuta anche le scelte professionali, il confronto tra problemi e risultati attesi, la misurazione di ciò che è stato raggiunto, con quali risorse e responsabilità, con quali indici di efficacia.

Ogni paziente arruolato nello studio è stato valutato attraverso l'utilizzo di un set di strumenti distribuiti in tre aree:

#### **1. Area funzionale organica**

- Barthel Index (0-100)
- Scala di Conley (10-0)

#### **2. Area cognitiva comportamentale**

- GAF (1-100)
- CGI (7-1)
- Beck Depression Inventory (BDI-II) (0-63)
- MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (0-58)
- SCL-90 globale (4-0)
- SCL Depressione (4-0)

#### **3. Area socio-ambientale e relazionale**

- Protezione spazio di vita (LPSV) (0-30)
- Scala responsabilità (SR) (0-10)

### **Strumenti in breve**

#### **Barthel Index**

(Mahoney F.I., Barthel D.W. (1965), *Functional Evaluation: the Barthel Index*, in Md State Med J, vol. 14, febbraio, pp. 61-65)

L'indice di Barthel ha lo scopo di stabilire il grado di indipendenza del paziente. È composto da 10 item che prevedono le comuni attività quotidiane (ADL Activities of Daily Living). Ad ogni item è attribuito un punteggio (massimo 100), la somma indica il grado di autonomia del paziente nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

#### **Scala di Conley**

(Conley D., Schultz A.A., Selvin R. (1999), The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. *MEDSURG Nurs*; 8: 348-354)

Strumento di valutazione che, in base all'analisi di una serie di variabili alle quali vengono assegnati dei punteggi, consente di esprimere il grado di rischio di caduta per un determinato paziente. Si intervista preferibilmente il paziente; se non è collaborante, i familiari o il caregiver.

### **GAF Global Assessment of Functioning**

(Schorre B.E., Vandvik I.H. (2004), Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD), in Eur Child Adolesc Psychiatry, vol. 13, n. 5, October 2004, pp. 273-86)

Scala numerica utilizzata in area salute mentale per valutare soggettivamente il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico di un individuo, in risposta ai vari problemi nella vita. I punteggi vanno da 100 (funzionamento estremamente elevato) a 1 (gravemente compromesso).

### **CGI Clinical Global Impression**

(Guy W. (1976), Clinical Global Impressions. Ecdeu Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised. Rockville, MD)

La CGI porta a un giudizio globale in 3 aree, la gravità della malattia, il miglioramento globale e l'indice di efficacia terapeutica. Il giudizio di gravità deve essere espresso ad ogni valutazione, compresa quella basale; il giudizio di miglioramento deve essere formulato soltanto nelle valutazioni successive alla prima; l'indice di efficacia viene espresso soltanto quando ci sia da dare un giudizio sul rapporto tra l'efficacia terapeutica e gli effetti indesiderati.

### **Beck Depression Inventory (BDI-II)**

(Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry. 4: 561-571)

Strumento di autovalutazione che consente di misurare la gravità della depressione. È un breve questionario (10-15 minuti per la compilazione). Le domande sono semplici da comprendere e il calcolo del punteggio è facile. Aiuta a valutare il grado di depressione, e monitorare i progressi e i benefici derivanti dalle cure medica, controllando particolari aspetti (come i disturbi del sonno) che non rispondono al trattamento in corso.

### **MADRS Montgomery-Asberg Depression Rating Scale**

(Montgomery S.A., Asberg M. (1979), A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry, Avril, 134(4), 382-89)

Scala usata per valutare la gravità dei disturbi dell'umore, della concentrazione, della condizione fisica, disturbi del sonno riscontrati negli stati depressivi. È destinata ai professionisti sanitari che possono, nel contesto di una visita, affrontare le diverse dimensioni del test e valutare le risposte del loro paziente.

### **SCL-90 globale e SCL Depressione**

(Derogatis, L.R., Lipman, R.S. e Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. Psychopharmacology Bulletin, 9 (1),13-27)

È una delle più note ed utilizzate misure di self-report in ambito psicopatologico. Secondo l'autore ha quattro scopi principali: (1) individuare la presenza di sintomatologia in persone apparentemente normali; (2) valutare eventuali cambiamenti nella sintomatologia, sia specifici sia generali; (3) costituire la base per previsioni e prognosi cliniche; (4) aiutare il clinico a formulare la diagnosi in accordo al DSM, tramite un'appropriate valutazione del profilo fattoriale del paziente.

### **Livello di protezione nello spazio di vita (LPSV) e Scala delle responsabilità (SR)**

(Pompei A., Bezze M., Corsi M., Vecchiato T. (2005), Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita, Studi Zancan, 6)

Derivano dalla mappa dei soggetti e delle risorse per costruire il sistema delle responsabilità. La Mappa dei soggetti e delle risorse mira a individuare il livello di "responsabilità" delle persone che si trovano nello spazio di vita di chi è al centro della nostra attenzione. La posizione in uno dei quadranti indica il livello di coinvolgimento. Posizionare una persona nel quadrante persona-soggetto o nel quadrante persona-risorsa consente il calcolo di SR = scala di responsabilità (da 0 a 10) e LPSVr = livello protezione spazio di vita (rivisto) (da 0 a 30).

Il profilo di ogni paziente è stato sintetizzato in uno schema polare dove si evidenzia il livello di gravità e di capacità delle 3 aree considerate. Nella figura 2.2. si riporta lo schema polare del Paziente 12 al tempo iniziale (ingresso), e quanto documentato dai professionisti che l'hanno preso in carico, con riferimento ai tre domini: dal punto di vista organico il paziente non presenta problemi (i punteggi di Barthel e Conley nello schema polare si concentrano nella circonferenza), dal punto di vista sociorelazionale sono indicati buoni rapporti con i familiari ma si evidenzia uno spazio di vita con scarsa rete relazionale (bassi punteggi di SR e LPSV) e dal punto di vista cognitivo comportamentale i punteggi delle scale si concentrano nel centro dello schema evidenziando la gravità della depressione.

Fig. 2.2 - Schema polare del paziente 12



Nelle pagine seguenti si evidenziano i risultati complessivi raggiunti, seguendo le componenti e la logica dell'arco terapeutico.

### 3. Arco terapeutico

#### Assessment & Diagnosis

Sono stati considerati **24 pazienti**, 10 maschi (42%) e 14 femmine (58%), di età compresa tra 32 e 70 anni. Il 29% ha meno di 50 anni, il 38% si posiziona tra i 50 e il 59 anni, il restante 33% supera i 60 anni. L'80% dei maschi si trova nelle fasce di età che vanno dai 30 ai 59 anni, mentre il 79% delle femmine si posiziona nelle due fasce superiori, dai 50 anni in su. La maggior parte hanno 60 anni e più (60%). L'età media al momento del ricovero è di 53 anni, per i maschi però la media all'ingresso è di 47 anni mentre per le femmine è di 57 anni.

Tab. 3.1 - Genere ed età dei pazienti

Fascia d'età	Genere			Genere		
	M	F	Totale	M	F	Totale
30-49	4	3	7	40,0	21,4	29,2
50-59	4	5	9	40,0	35,7	37,5
>60	2	6	8	20,0	42,9	33,3
Totale	10	14	24	100,0	100,0	100,0
Genere	42%	58%	100%			

#### Profilo a T0: schemi polari

Il modello di osservazione, analisi e decisione ha tenuto conto di tre dimensioni:

- organica e funzionale (condizioni di salute, stili di vita, funzionalità...),
- cognitiva e comportamentale (competenze, capacità),
- socioambientale e relazionale (sistema di relazioni, spazio di vita).

All'ingresso in struttura i 24 pazienti sono stati valutati come indicato in tabella 3.2 (in parantesi per ogni strumento è indicato il valore minimo e massimo di ogni scala).

Tab. 3.2 - Strumenti per dimensione

Dimensione funzionale organica	Dimensione cognitiva comportamentale	Dimensione socio-ambientale e relazionale
Barthel Index (0-100) Scala di Conley (10-0)	GAF (1-100) CGI (7-1) Beck Depression Inv (BDI-II) (0-63) MADRS Montgomery-Asberg (0-58) SCL-90 globale (4-0) SCL Depressione (4-0)	Protezione spazio di vita (LPSV) (0-30) Scala responsabilità (SR) (0-10)

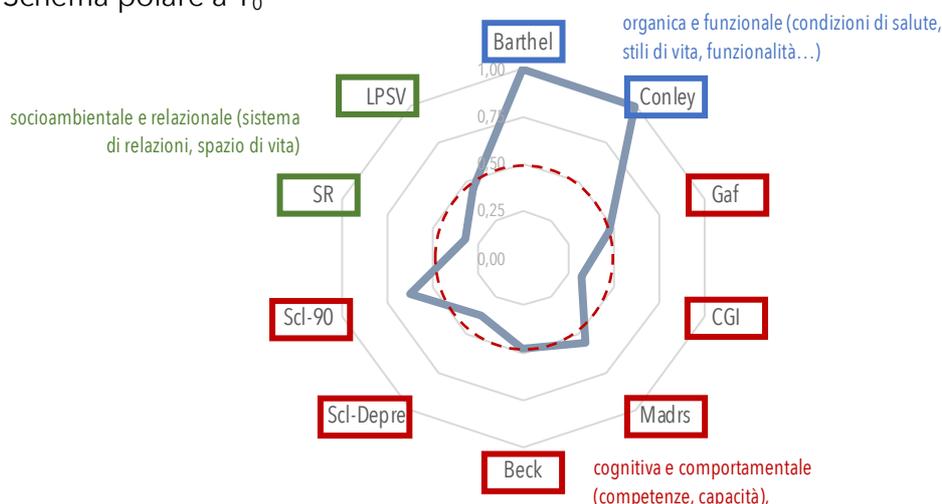
Tab. 3.3 - Valori medi e indice di copertura per ogni scala, all'ingresso (T<sub>0</sub>)

Scala a T <sub>0</sub>	Media	Copertura
Barthel Index (0-100)	99,8	100%
Scala di Conley (10-0)	0,0	100%
GAF (1-100)	47,8	100%
CGI (7-1)	5,1	100%
Beck Depression Inventory (BDI-II) (0-63)	32,8	100%
MADRS Montgomery-Asberg Scale (0-58)	26,4	100%
SCL-90 globale (4-0)	1,5	100%
SCL Depressione (4-0)	2,5	100%
Scala responsabilità (SR) (0-10)	3,1	100%
Protezione spazio di vita (LPSV) (0-30)	13,5	100%

Lo schema polare complessivo a T<sub>0</sub> è rappresentato in figura 3.1. In generale le aree di maggiore compromissione sono quelle che ricadono all'interno del cerchio tratteggiato e comprendono per la maggior parte i punteggi della CGI (il valore 5 corrisponde a "notevolmente malato"), della Beck (il valore medio 32 indica "depressione grave").

Si tratta di punteggi che ricadono nella dimensione cognitiva comportamentale. Risulta deficitario l'indice relativo alla scala di responsabilizzazione che indica situazioni di isolamento e solitudine. Si posiziona nella dimensione socioambientale e relazionale. In generale non risulta deficitaria l'area organico funzionale evidenziata da due scale (Barthel e Conley).

Fig. 3.1 - Schema polare a T<sub>0</sub>



Nelle sintesi di ogni caso, va meglio considerata e approfondita la parte socio ambientale (Vecchiato e altri, 2009). Nel 92% dei casi documentati si fa cenno alle caratteristiche dello spazio di vita ma senza i necessari approfondimenti che aiuterebbero a caratterizzare quest'area (ad esempio, quanto profondi sono i rapporti con i figli, frequenta amici al di fuori della famiglia, su quali familiari può contare, sono presenti risorse professionali...).

## Prognosis

La rappresentazione con schema polare avvia il passaggio dalla “*diagnosis*” alla “*prognosis*” cioè alla definizione degli obiettivi e degli esiti attesi da raggiungere con una strategia operativa ad hoc da definire nella fase di *Plan*. Per ognuno dei pazienti questo ha comportato un lavoro di prefigurazione dei benefici e delle modalità di osservarli nel tempo.

Sono stati individuati obiettivi ed esiti attesi da raggiungere nell’arco di circa un mese. In media sono stati selezionati uno/due esiti attesi per paziente. Date le caratteristiche del target considerato, in tutti i pazienti ricorre l’obiettivo di miglioramento del tono dell’umore. A questo vengono aggiunti obiettivi legati, ad esempio alla ripresa del sonno regolare, alla riattivazione di azioni di cura di sé alla riattivazione della socializzazione.

Le strategie operative si adattano alla struttura del PDTA e alla terapia farmacologica.

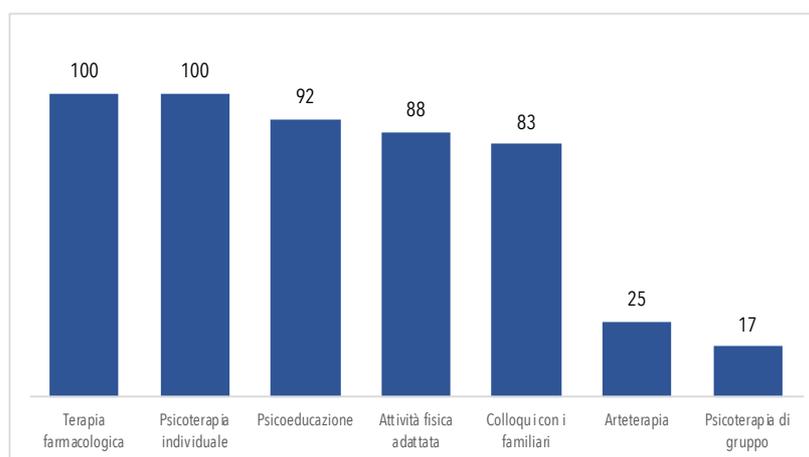
A partire dagli obiettivi sono definite le strategie operative e il piano operativo da mettere in atto da parte dei componenti dell’équipe.

## Dal Plan al Cure & Care

Per ogni paziente è definito un piano componendo la terapia farmacologica con l’offerta individuale e gruppale disponibile: arteterapia, attività fisica adattata, colloqui con i familiari, psicoeducazione, psicoterapia individuale e/o di gruppo.

Oltre alla terapia farmacologica e alla psicoterapia individuale, vengono proposte attività di psicoeducazione (92% dei pazienti), attività fisica adattata (88%), colloqui con i familiari (83%) e, in misura minore, arteterapia (25%) e psicoterapia di gruppo (17%). Ogni azione viene seguita da un professionista per un tempo definito.

Fig. 3.2 - Azioni presenti nel piano personalizzato, percentuali

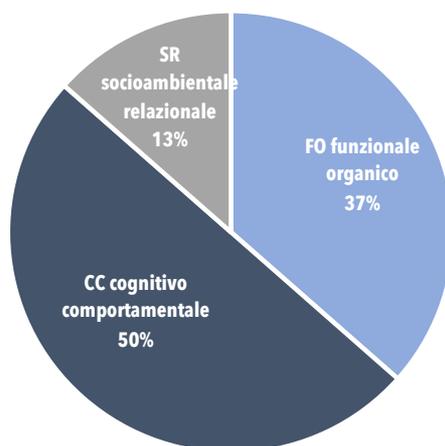


Vengono poi individuati i fattori osservabili necessari per misurare il raggiungimento degli esiti attesi al termine del periodo di degenza. Sono stati individuati 52 *fattori osservabili*, in media 2 per ogni paziente.

Si collocano nella dimensione cognitivo comportamentale CC (50%) e fanno riferimento al tono dell’umore (osservato attraverso il cambiamento dei punteggi nelle scale compilate dal professionista e dal paziente). Il 37% rientra nella dimensione funzionale organica FO e fa

riferimento principalmente al recupero delle autonomie in termini di cura di sé oppure di ore di sonno). Il 13% dei fattori osservabili considera la dimensione socioambientale e relazionale SR con particolare riferimento al recupero delle relazioni e della partecipazione alle attività di gruppo oppure alla riduzione dell'isolamento con uscite nel parco.

Fig. 3.3 - Distribuzione dei fattori osservabili da misurare, per dimensione



## Outcome Evaluation

### **Schemi polari e indici di raggiungimento**

Vengono effettuate 2 rilevazioni: la prima a  $T_0$ , al momento dell'ingresso, e la seconda a  $T_1$  alla dimissione. L'intervallo di tempo varia da un minimo di 13 giorni a un massimo di 86. Le misurazioni, svolte in situazione di degenza, sono complete per tutte le scale.

Tab. 3.4 - Intervallo di tempo in giorni tra le 2 valutazioni: valore medio, massimo e minimo

	$T_0-T_1$
Valore medio	32,5
Minimo	13
Massimo	86

Nella tabella 3.4 sono riportati i valori medi di ogni scala, in corrispondenza delle due valutazioni: inizio e fine del piano personalizzato.

Le differenze in media tra le due misurazioni sono significative a livello 0,001 per tutte le scale che afferiscono alla dimensione cognitiva comportamentale (GAF, CGI, Beck Depression Inventory, MADRS Montgomery-Asberg Scale, SCL-90).

*I livelli normalizzati delle scale indicano un generale miglioramento delle condizioni cliniche della persona.* In tutte le altre aree di osservazione non si osservano differenze statisticamente significative tra  $T_0$  e  $T_1$ .

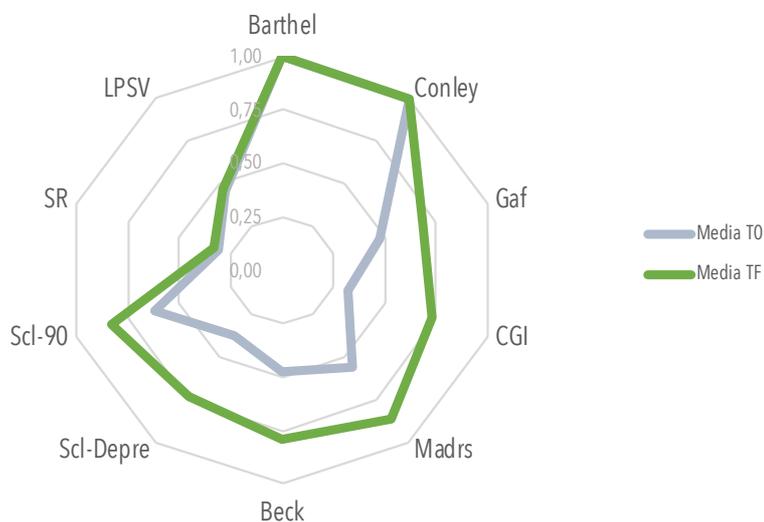
Tab. 3.5 - Valori medi normalizzati per ogni scala, a T<sub>0</sub>, a T<sub>1</sub> e differenza

Scala	Media T <sub>0</sub>	Media T <sub>1</sub>	Diff T <sub>1</sub> -T <sub>0</sub>	Sign
Barthel Index (0-100)	99,8	100,0	0,2	
Scala di Conley (10-0)	0,0	0,0	0,0	
GAF (1-100)	47,8	68,8	21,0	***
CGI (7-1)	5,1	2,6	-2,5	***
Beck Depression Inventory (BDI-II) (0-63)	32,8	13,0	-19,8	***
MADRS Montgomery-Asberg Scale (0-58)	26,4	8,1	-18,3	***
SCL-90 globale (4-0)	1,5	0,7	-0,9	***
SCL Depressione (4-0)	2,5	1,1	-1,4	***
Scala responsabilità (SR) (0-10)	3,1	3,3	0,2	
Protezione spazio di vita (LPSV) (0-30)	13,5	14,00	0,5	

\* Differenze in media significative a livello 0,05; \*\* livello 0,01; \*\*\* livello 0,001.

Nel diagramma in figura 3.4 è rappresentato lo schema polare con il valore medio delle scale all'ingresso (media T<sub>0</sub>) e alla dimissione (media T<sub>F</sub>). I miglioramenti si osservano nella dimensione cognitiva comportamentale (la linea verde si amplia verso la circonferenza dello schema). Non sono presenti differenze rilevanti nelle dimensioni funzionale organica e socioambientale e relazionale. In futuro quest'area andrà meglio considerata.

Fig. 3.4 - Schema polare a confronto T<sub>0</sub>-T<sub>F</sub>



La valutazione basata sul confronto tra schemi polari in tempi diversi mette in evidenza le differenze ottenute. Un ulteriore confronto considera la differenza tra la condizione osservata all'ingresso, la condizione attesa al termine della degenza e la condizione effettivamente osservata alla dimissione. Questa tecnica di valutazione è di tipo "FO", cioè con l'utilizzo di fattori osservabili che aiutano a monitorare i "sensitive outcomes" cioè i "piccoli passi" che, in modo discreto, intervengono nell'evolvere della situazione, amplificando gradualmente nel tempo gli esiti, in termini quantitativi e qualitativi (Ezell; Vecchiato, 2010; 2013).

La misurazione dei fattori osservabili consente ulteriori considerazioni rispetto alle

misure raccolte attraverso le scale. Complessivamente gli operatori hanno misurato al T<sub>1</sub> 52 fattori osservabili definiti in avvio nel piano operativo. Tra questi ad esempio il “numero di volte che mangia in mensa” (afferisce all’area della socializzazione), il “numero di docce alla settimana” (afferisce alla cura di sé), il peso (afferisce all’alimentazione), ecc.

I risultati attesi possono essere “raggiunti” o “raggiunti in parte” quando è stata centrata la previsione, possono essere “non raggiunti” quando non c’è alcun spostamento verso un miglioramento della situazione. È stata aggiunta la categoria “raggiunti proxy” per indicare i fattori che non definiscono gli esiti, cioè il cambiamento inteso come beneficio per la persona ma si limitano a rendicontare la partecipazione/frequenza alle attività. Ad esempio, se per un paziente il risultato atteso è l’aumento della socializzazione, non è detto che la maggiore frequenza ai gruppi indichi un aumento della socializzazione con beneficio diretto per il paziente: per questo motivo la frequenza può essere considerata un fattore “proxy” che si avvicina al beneficio e può contribuire ad esso ma non è ancora un beneficio diretto (il paziente potrebbe frequentare ma senza interazioni con gli altri degenti).

Complessivamente i risultati attesi sono stati raggiunti nel 62% dei casi. Sono stati raggiunti in parte nel 12% dei casi e non sono stati raggiunti nel 21%. Il 6% dei risultati attesi sono stati considerati “raggiunti proxy”.

Tab. 3.6 - Livello di raggiungimento dei fattori osservabili

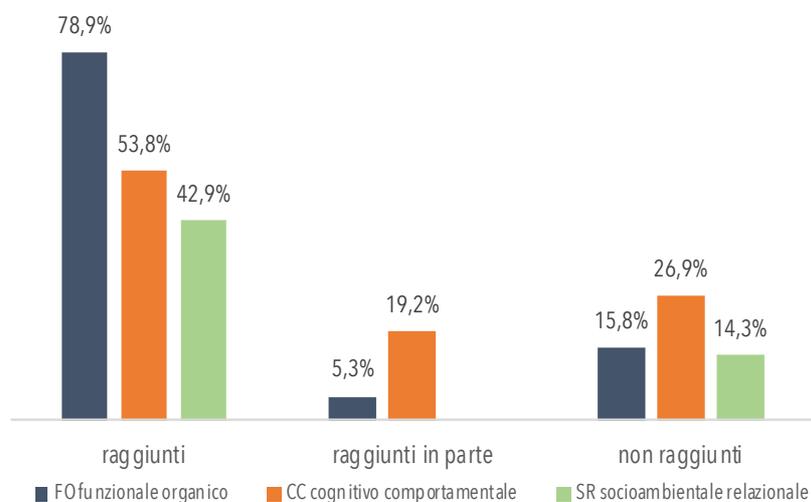
	FO funzionale organico		CC cognitivo comportamentale		SR socioambientale relazionale	
raggiunti	15	78,9	14	53,8	3	42,9
raggiunti in parte	1	5,3	5	19,2	-	-
non raggiunti	3	15,8	7	26,9	1	14,3
raggiunti proxy	-	-	-	-	3	42,9
Totale	19	100,0	26	100,0	7	100,0

Risulta raggiunto il 79% dei fattori attesi nella dimensione funzionale organica. Non è stato raggiunto o è stato raggiunto solo in parte nel 21% dei casi. Il 43% dei risultati attesi è stato raggiunto nell’area socioambientale relazionale. Il 14% non è stato raggiunto. Il restante 43% è stato raggiunto ma si tratta di risultati di frequenza più che di esito.

Nella dimensione cognitiva comportamentale, il risultato atteso è stato raggiunto nel 54% dei casi. Nei restanti casi è non raggiunto o raggiunto in parte. Tuttavia questi valori risentono dell’utilizzo proxy di due indici della BDI e MADRS e dei rispettivi cut off, come si vede nei casi in allegato. In questo modo di fatto non vengono usati fattori osservabili preselezionati ma osservazioni sull’andamento delle scale selezionate. È una criticità che va affrontata e superata per poter confrontare gli indici osservati e gli indici proxy.

Nel grafico 3.5 non è stata considerata la dimensione socioambientale condizionata dalla partecipazione ai gruppi, che non rappresenta una condizione tipica dello spazio di vita del paziente (nella vita reale non partecipano).

Fig. 3.5 - Livello di raggiungimento dei risultati attesi attraverso i fattori osservabili (%)



### Lo spazio di vita

Per la valutazione dello spazio di vita è stata utilizzata la Mappa dei soggetti e delle risorse. La mappa aiuta a riconoscere il *sistema delle responsabilità* necessario per integrare le capacità della persona (Vecchiato e altri, 2009) ed è stata ideata a partire dall'esigenza di osservare e misurare l'area socioambientale con strumenti capaci di descrivere lo spazio in cui vive, agisce, si muove la persona e quanti ne fanno parte. La sua configurazione tecnica consente di valutare lo spazio vitale, la sua consistenza, le sue potenzialità. Sono conoscenze necessarie per facilitare le scelte operative. Nella stessa prospettiva si opera utilizzando LPSV (Livello di Protezione nello Spazio di Vita) che misura le capacità di farsi carico dei bisogni della persona da parte di quanti sono presenti nel suo spazio vitale, vivono in prossimità, sono disposti e hanno interesse a facilitare, aiutare, proteggere, integrare le capacità temporaneamente o stabilmente compromesse.

Nella mappa, l'idea della responsabilizzazione (SR) è intesa come fonte di protezione nei confronti di persone che vivono momenti di fragilità. Nel contempo il legame tra responsabilizzazione e protezione significa "allargare" il campo di osservazione (di visione professionale) allo spazio di vita della persona e alle forze su cui può contare, alla composizione dei fattori personali e ambientali che possono consolidare e potenziare gli esiti nella gestione di piani riabilitativi che si estendono oltre la casa di cura.

Nella costruzione della mappa si distingue tra *soggetti* e *risorse*. I *soggetti* sono le persone che a titolo professionale o volontario (familiari, parenti, amici, vicini ...) hanno a cuore il problema, intendono affrontarlo, sono disposte a farsi carico delle responsabilità necessarie per condividere scelte necessarie, previste dal piano personalizzato, e a realizzarle secondo le proprie capacità professionali e/o personali.

Le *risorse* sono le persone che, a titolo professionale o volontario (familiari, parenti, amici, vicini...), non possono o non sono in grado di prendere parte alle decisioni del percorso di presa in carico (valutazione del bisogno, costruzione del piano personalizzato, sua valutazione) ma le attuano, condividendo responsabilità di fare nella "attuazione" del progetto. Inoltre, i soggetti e le risorse possono essere attuali (coloro che sono disponibili ad assumersi responsabilità) oppure potenziali (coloro che lo fanno entro la durata del progetto). Di seguito si evidenziano gli indici ottenuti utilizzando la scala di responsabilizzazione (SR) e

il livello di protezione nello spazio di vita (LPSV). Nel misurare i due indici non si è tenuto conto del personale sanitario (è un fattore produttivo costante) e si è data invece evidenza a tutte le altre persone (soggetti/risorse) presenti nello spazio di vita.

### Lo spazio di vita dei pazienti

Per i pazienti considerati nello studio, sono state indicate 63 persone presenti nel loro "spazio di vita" al tempo dell'ingresso. Il 73% è stato indicato come "soggetti attuali" cioè persone che hanno a cuore il problema e sono disposte a farsi carico delle responsabilità necessarie per condividere le scelte necessarie per contrastarlo. Il 27% è indicato come "risorsa attuale" cioè sono persone che contribuiscono a mettere in pratica le azioni decise nel piano.

Alla dimissione sono state rilevate nello spazio di vita 62 persone: l'81% soggetti attuali e il 19% risorse attuali. Considerando solo i soggetti attuali, il 74% afferisce alla categoria dei familiari e il 26% all'area degli operatori (area sanitaria o sociale).

Tab. 3.7 -Distribuzione dei soggetti e delle risorse nei due periodi di osservazione

	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>F</sub></b>
SA soggetti attuali	46	50
RA risorse attuali	17	12
<i>Totale</i>	63	62

L'insieme dei soggetti e delle risorse varia debolmente: nel tempo i soggetti attuali sono aumentati di 4 unità, le risorse attuali si sono ridotte rispetto alla prima osservazione.

La tipologia delle persone che compongono la mappa (tab. 3.8) evidenzia che uno spazio privilegiato è ricoperto dai familiari.

Tab. 3.8 - Tipologia dei soggetti e delle risorse nei due tempi di osservazione

	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>F</sub></b>
Famiglia	35	37
Professionisti	11	13
<i>Totale</i>	46	50

La mappa e il suo cambiamento nel tempo sono rappresentate nello schema polare attraverso i raggi SR e LPSV. Questi sono indici di condizione sociorelazionale, cioè riferiti alla porzione socioambientale e relazionale dello schema polare. Nel setting di cura non sono particolarmente rilevanti e per questo motivo poco considerate, ma lo diventano al momento della dimissione, in qualche modo estendendo l'arco terapeutico dalla casa di cura al domicilio dove la persona vive con i familiari ed è in carico ai servizi locali. Questo implica il coinvolgimento e la partecipazione attiva di chi "vive" nello spazio di vita in termini di attenzione ai segnali e ai sintomi, condivisione del piano personalizzato, partecipazione attiva alle indicazioni contenute nel piano. Questo sarà tanto più possibile quanto più la mappa sarà esaustiva e capace di configurare le capacità che ognuno, professionale e non professionale, può portare in "concorso al risultato".

## Box 1 - Paziente 19

<b>Valutazione</b>	T iniziale: 9.9.2021	T finale: 17.11.2021																							
<b>Operatore</b>	Dr.ssa Dorz	Dr.ssa Dorz																							
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>																									
<b>Confronto T0-T1</b>																									
<b>Sintesi</b>	Maschio di anni 52. Integro dal punto di vista organico. In fase di separazione dalla moglie, quadro depressivo caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, chiusura, labilità al pianto, isolamento, trascuratezza nella cura del se. Vive in una dependance vicino ai genitori.																								
<b>Prognosis</b>																									
<b>Risultati attesi e fattori osservabili</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Attuale</b></th> <th><b>Atteso</b></th> <th><b>Verifica</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Miglioramento del tono dell'umore</td> <td>Madr = 34 Beck = 37</td> <td>bdi&lt;10, madrs&lt;7</td> <td><b>raggiunto in parte:</b> bdi=15, madrs=8</td> </tr> <tr> <td>Aumento di cura e igiene personale</td> <td>1 doccia ogni 10-15gg</td> <td>1 doccia ogni 2-3gg</td> <td><b>raggiunto</b>, si lava quasi tutti i gg</td> </tr> <tr> <td>Socialità</td> <td>non si alza dal letto</td> <td>esce in giardino almeno 1v/mattino, 1v/pomeriggio,</td> <td><b>raggiunto</b>, esce più volte in giardino sia mattina che pomeriggio</td> </tr> <tr> <td>Socialità</td> <td>mangia in camera</td> <td>pasti in mensa con gli altri</td> <td><b>raggiunto</b>, scende in mensa per i pasti</td> </tr> </tbody> </table>		<b>Attuale</b>	<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	Miglioramento del tono dell'umore	Madr = 34 Beck = 37	bdi<10, madrs<7	<b>raggiunto in parte:</b> bdi=15, madrs=8	Aumento di cura e igiene personale	1 doccia ogni 10-15gg	1 doccia ogni 2-3gg	<b>raggiunto</b> , si lava quasi tutti i gg	Socialità	non si alza dal letto	esce in giardino almeno 1v/mattino, 1v/pomeriggio,	<b>raggiunto</b> , esce più volte in giardino sia mattina che pomeriggio	Socialità	mangia in camera	pasti in mensa con gli altri	<b>raggiunto</b> , scende in mensa per i pasti				
	<b>Attuale</b>	<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>																						
Miglioramento del tono dell'umore	Madr = 34 Beck = 37	bdi<10, madrs<7	<b>raggiunto in parte:</b> bdi=15, madrs=8																						
Aumento di cura e igiene personale	1 doccia ogni 10-15gg	1 doccia ogni 2-3gg	<b>raggiunto</b> , si lava quasi tutti i gg																						
Socialità	non si alza dal letto	esce in giardino almeno 1v/mattino, 1v/pomeriggio,	<b>raggiunto</b> , esce più volte in giardino sia mattina che pomeriggio																						
Socialità	mangia in camera	pasti in mensa con gli altri	<b>raggiunto</b> , scende in mensa per i pasti																						
<b>Plan</b>																									
<b>Strategia</b>	Terapia farmacologica, controllo infermieristico, partecipazione ai gruppi, incontri individuali																								
<b>Cure &amp; Care</b>																									
<b>Descrizione azioni</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Attività</b></th> <th><b>Referente</b></th> <th><b>Frequenza</b></th> <th><b>Verifica</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terapia farmacologica</td> <td>dr. Cecchetto</td> <td>giornaliera</td> <td>Sempre</td> </tr> <tr> <td>Psicoeducazione</td> <td>dr.ssa Scardellato</td> <td>2v/settimana</td> <td>Sempre</td> </tr> <tr> <td>Attività fisica adattata</td> <td>dr.ssa Galardini</td> <td>2-3v/settimana</td> <td>Sempre</td> </tr> <tr> <td>Colloqui con i familiari</td> <td>dr.ssa Cecchetto</td> <td>al bisogno</td> <td>Sempre</td> </tr> <tr> <td>Psicoterapia individuale</td> <td>dr.ssa Dorz</td> <td>1-2v/settimana</td> <td>Sempre</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Attività</b>	<b>Referente</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Verifica</b>	Terapia farmacologica	dr. Cecchetto	giornaliera	Sempre	Psicoeducazione	dr.ssa Scardellato	2v/settimana	Sempre	Attività fisica adattata	dr.ssa Galardini	2-3v/settimana	Sempre	Colloqui con i familiari	dr.ssa Cecchetto	al bisogno	Sempre	Psicoterapia individuale	dr.ssa Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Attività</b>	<b>Referente</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Verifica</b>																						
Terapia farmacologica	dr. Cecchetto	giornaliera	Sempre																						
Psicoeducazione	dr.ssa Scardellato	2v/settimana	Sempre																						
Attività fisica adattata	dr.ssa Galardini	2-3v/settimana	Sempre																						
Colloqui con i familiari	dr.ssa Cecchetto	al bisogno	Sempre																						
Psicoterapia individuale	dr.ssa Dorz	1-2v/settimana	Sempre																						
<b>Valutazione finale</b>																									
	Nel complesso quadro migliorato, rimane sul versante cognitivo una quota depressiva imputabile alla condizione di solitudine a casa, e alla necessità di riprendere il lavoro. Sul piano comportamentale obiettivi raggiunti.																								

## 4. Estensione del modello

Il progetto prevede di definire le modalità per estendere l'arco terapeutico nelle pratiche cliniche facilitando la misurazione degli esiti e del costo/efficacia.

Il percorso realizzato ha considerato 24 casi di pazienti con depressione e ha dato risultati positivi in termini di efficacia, misurata con sia con schemi polari che con fattori osservabili. Ha coinvolto complessivamente 3 psicologhe.

Per estendere il percorso, sono immaginabili una serie di azioni di implementazione che possono essere sintetizzate nel modo seguente:

1. Successivamente al test di fattibilità realizzato tra maggio e dicembre 2021, estensione del modello agli operatori in modo che sia utilizzato tutti i pazienti, con particolare attenzione:
  - coerenza tra le varie componenti del modello in modo da aumentare l'appropriatezza della presa in carico,
  - approfondimento di alcune aree che hanno evidenziato alcune criticità come ad esempio la dimensione socioambientale e relazionale, la definizione di fattori osservabili "di esito", la misurazione dello spazio di vita.
2. Analisi del costo efficacia, prima e dopo il test, a partire da una serie di cartelle di persone prese in carico secondo le modalità usuali e confrontandole con il nuovo modello.
3. Analisi costo efficacia, confrontando quanto ottenuto al punto 2 con l'efficacia raggiunta dopo che gli operatori hanno raggiunto un grado di appropriatezza adeguato.
4. Definizione di modalità di condivisione con pazienti e familiari dei risultati ottenuti confrontando la situazione all'ingresso con la situazione a T<sub>1</sub> per incoraggiare comportamenti virtuosi dopo le dimissioni (mantenimento possibile dei benefici).
5. Definizione di come condividere con la committenza istituzionale (Azienda sanitaria/Regione) gli indici medi conseguiti per patologia e indici di costo efficacia.

L'estensione può prevedere un **accompagnamento** a termine degli operatori (in presenza o su casistica documentata) per stabilire il livello di appropriatezza attraverso forme di supervisione metodologica. Comprende inoltre analisi periodiche su campioni di dati, come certificazione esterna/indipendente degli indici di costo/efficacia raggiunti.

# Riferimenti bibliografici

Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of general psychiatry, 4: 561-571.

Conley D., Schultz A.A., Selvin R. (1999), *The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale*. MEDSURG Nurs; 8: 348-354.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S. e Covi, L. (1973). *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report*. Psychopharmacology Bulletin, 9 (1),13-27.

Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thoburn J., Vecchiato T. (2011), *An international classification system for child welfare programs*, Children and Youth Services Review, 33, 10, 1847-1854.

Guy W. (1976), *Clinical Global Impressions*. Ecdeu Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised. Rockville, MD.

Mahoney F.I., Barthel D.W. (1965), *Functional Evaluation: the Barthel Index*, in Md State Med J, vol. 14, febbraio, pp. 61-65.

Montgomery S.A., Asberg M. (1979), *A new depression scale designed to be sensitive to change*. British Journal of Psychiatry, Avril, 134(4), 382-89.

Pompei A., Bezze M., Corsi M., Vecchiato T. (2005), *Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita*, Studi Zancan, 6.

Schorre B.E., Vandvik I.H. (2004), *Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry*. A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD), in Eur Child Adolesc Psychiatry, vol. 13, n. 5, October 2004, pp. 273-86.

Vecchiato T., Bezze M., Canali C., Neve E. e Pompei A. (2009), *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, Studi Zancan, 6, pp. 95-109.

Vecchiato T. (2010). *La valutazione di efficacia come esercizio di responsabilità*, Studi Zancan, 5, pp. 5-7.

Vecchiato T. (2013). *Obiettivi ed esiti verificabili*, Studi Zancan, 6, pp. 66-80.

Vecchiato T. (2015), *L'arco terapeutico*, Studi Zancan, 4, pp. 5-12.

# Allegato

## Schede Pazienti

Pazienti	Genere	Età	Referente	Data T iniziale	Data T finale	GG degenza
1	M	51	Dorz	22.5.2021	21.6.2021	30
2	F	54	Dorz	8.6.2021	3.7.2021	25
3	F	60	Dorz	7.6.2021	21.6.2021	14
4	M	62	Dorz	9.6.2021	25.6.2021	16
5	F	64	Dorz	18.6.2021	28.7.2021	40
6	F	60	Dorz	22.6.2021	27.7.2021	35
7	F	66	Dorz	18.6.2021	28.7.2021	40
8	F	57	Scardellato	6.7.2021	6.8.2021	31
9	F	51	Dorz	14.7.2021	8/10/2021	86
10	F	46	Dorz	15.7.2021	28.7.2021	13
11	F	51	Pozzato	13.7.2021	9.8.2021	27
12	M	61	Dorz/Pozzato	28.7.2021	26.8.2021	29
13	M	32	Pozzato	17.8.2021	2.9.2021	16
14	F	70	Dorz	27.8.2021	24.9.2021	28
15	F	66	Dorz	24.8.2021	18.9.2021	25
16	F	52	Dorz	23.8.2021	11.11.2021	80
17	F	46	Dorz	27.8.2021	24.9.2021	28
18	M	50	Dorz	27.8.2021	20.9.2021	24
19	M	52	Dorz	9.9.2021	17.11.2021	69
20	F	49	Dorz	20.9.2021	23.10.2021	33
21	M	51	Dorz	27.9.2021	15.10.2021	18
22	M	47	Dorz	5.11.2021	3.12.2021	28
23	M	35	Dorz	15.11.2021	2.12.2021	17
24	M	33	Dorz	8.11.2021	7.12.2021	29

## Paziente 1

Valutazione	T iniziale: 22.5.2021	T finale: 21.6.2021	
Operatore	Dorz	Dorz	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>			
Confronto T0-T1			
Sintesi	M, età 51, dal pdv organico sta bene ma appare trascurato all'ingresso. Quadro depressivo importante. Problemi di insonnia. In corso di separazione dalla moglie (RA), vive vicino al padre e alla sorella (SA). Come RA anche il mmg.		
<b>Prognosis</b>		<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora tono dell'umore	BDI sotto il 14 (maschi)	BDI=2, Madrs=2
	migliora il sonno	n. ore dormite (da 4 a 6)	ore sonno medie=6
	si prende cura di se	barba/cambia i vestiti (da 1/set a 3/sett)	1 doccia/die
<b>Plan</b>			
Strategia	partecipazione attività individuali/gruppi controllo infermieristico riposo notturno/docce/cambio osservazione in reparto del livello di trascuratezza		
<b>Cure &amp; Care</b>		<b>Verifica</b>	
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2 v/settimana
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3 v/settimana
	Colloqui con i familiari	Cecchetto/Dorz	al bisogno
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2 v/settimana
<b>Valutazione finale</b>			
Si registra miglioramento del tono dell'umore sia etero che autovalutato, il paziente ha recuperato in pieno la cura di se, non appare più trascurato, gli obiettivi sono stati raggiunti (1 doccia/die, si cambia ogni giorno). La partecipazione al programma di cura è stato continuo e costante.			

## Paziente 2

Valutazione	T iniziale: 8.6.2021	T finale: 3.7.2021	
Operatore	Dorz	Dorz	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>			
Confronto T0-T1			
Sintesi	paziente autonoma, umore gravemente depresso, maggiore socialità.		
<b>Prognosis</b>			
		<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento dell'umore	BDI<14 Madrs<7	BDI=18 Madrs=10 non raggiunto
	maggiore socialità	osservazione infermieri	esce più volte in giardino e sta con gli altri degenti
			labilità emotiva e al pianto riesce a non piangere durante i colloqui
<b>Plan</b>			
Strategia	pai		
<b>Cure &amp; Care</b>			
			<b>Verifica</b>
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana
	Colloqui con i familiari	Roiter/Dorz	telefonica
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana
<b>Valutazione finale</b>			
Il tono dell'umore è migliorato, permangono elementi depressivi che richiedono più tempo. In ogni caso la paziente riconosce un miglioramento del tono dell'umore, non ha più pianto durante i colloqui e ha aumentato la socialità.			

### Paziente 3

Valutazione	T iniziale: 7.6.2021	T finale: 21.6.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F, 60 anni, Paziente con deflessione del tono dell'umore, e pesanti algie diffuse (fibromialgia). Nel complesso autonoma, buona rete sociale a casa			
<b>Prognosis</b>		<b>Verifica</b>		
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento tono umore	bdi<11 madrs<7	BDI=4, Madrs=1	
	riduzione algie e emicranie	minore richiesta Tab (terapia al bisogno)	NON raggiunto, chiede TAB	
<b>Plan</b>				
Strategia	intervento farmacologico, colloqui individuali, gruppi psicoeducazionali, colloqui con i famigliari			
<b>Cure &amp; Care</b>		<b>Verifica</b>		
Descrizione azioni	Terapia farmacologica			
	Psicoeducazione	Scardellato	2 v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	3 v/settimana	Sempre
	Arteterapia	Merlin	1v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Avdia/Dorz	al bisogno	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2 v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Si registra miglioramento del tono dell'umore sia etero che autovalutato, permangono algie diffuse in particolare emicrania che hanno richiesto ancora TAB. La partecipazione al programma di cura è stato continuo e costante.				

## Paziente 4

Valutazione	T iniziale: 9/6/2021		T finale: 25.6.2021	
Operatore	Dorz		Dorz	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	<p>M62. paziente depresso, ricoverato nel febbraio scorso per un quadro depressivo grave, apatico, anedonico. Insegnante in pensione, vive solo, con emergenza COVID ha avuto un calo depressivo importante, segnala litigi col vicino. Nel ricovero precedente veloce recupero anche grazie all'ambiente. Rientrato ha mantenuto compenso per poche settimane con una riacutizzazione. Isolato, non ha visto nessuno nelle ultime settimane.</p>			
<b>Prognosis</b>			<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento tono umore	bdi<11 madrs<7	bdi=15 madrs=10	
	miglioramento della socialità	partecipa alle attività gruppo	ha partecipato ai gruppi proposti	
<b>Plan</b>				
Strategia	vedi pai			
<b>Cure &amp; Care</b>				<b>Verifica</b>
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Avdia	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Avdia	telefonico, variabile	
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
<p>Quadro in discreta stabilizzazione anche se permangono ancora note depressive, relative sia alla difficoltà di ambientamento di questo ricovero, sia alle difficoltà che troverà a domicilio. La socialità è migliorata, ha partecipato alle attività proposte e si è relazionato con gli altri degenti.</p>				

## Paziente 5

Valutazione	T iniziale: 18.6.2021	T finale: 28.7.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F64, dal pdv organico nulla da segnalare, depressione reattiva a difficoltà coniugali, precedente ED nel 2016. RA figlio che vive in un appartamento attiguo. Difficoltà del sonno			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora umore	BDI <13, Madrs <7	raggiunto: Madrs =4	
	migliora il sonno	riesce ad addormentarsi prima delle 0.00	raggiunto: si addormenta prima delle 0.00 4/5 sere	
<b>Plan</b>				
Strategia	Miglioramento tono dell'umore: segue il programma di cura, difficoltà di addormentamento, assume la TF più tardi.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
				<b>Verifica</b>
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Avdia	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Avdia	telefonico, variabile	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione Finale</b>				
Partecipazione costante L'umore è migliorato, permangono preoccupazioni legate alla situazione coniugale che interferiscono con una ripresa completa, ma complessivamente la valutazione è POSITIVA. Il sonno è migliorato con un addormentamento prima delle 0.00 in 4 sere su 5.				

## Paziente 6

Valutazione:	T iniziale: 22.6.2021	T finale: 27.7.2021	
Operatore	Dorz	Dorz	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>			
Confronto T0-T1	<p>rispetto all'ingresso si aggiunge come <b>soggetto attuale</b> il curante che insieme alla paziente prende decisioni sul programma di cura.</p>		
Sintesi	F60. Depressione grave trasferita SPDC dopo TS, debilitata da un punto di vista fisico per conseguenze TS. Umore fortemente deflesso, difficoltà a stare con gli altri, difficoltà del sonno.		
<b>Prognosis</b>			
		<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora l'umore	BDI<13 Madrs<7	non raggiunto: bdi=22 madrs18
	mantenimento del peso	monitoraggio menu/appetito infermieri	raggiunto: peso finale=76
	ristabilire sonno	3gg/settimana senza risveglio, monitoraggio infermieri	raggiunto: dorme continuamente almeno 3gg/7
<b>Plan</b>			
Strategia	Seguire il programma di cura e le attività, individuali e di gruppo proposte, controllo menu e diario alimentare operato dagli infermieri, stimolare la pz a restare sveglia fino alle 21.30/22.00, no riposino pomeridiano		
<b>Cure &amp; Care</b>			
			<b>Verifica</b>
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana
	Colloqui con i familiari	Dorz/Roiter	telefonico, variabile
	Psicoterapia di gruppo		Non prevista a T0
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana
<b>Valutazione finale</b>			
la paziente viene trasferita in ambiente ospedaliero per accertamenti medici. Rientrerà per concludere il programma di cura al termine della valutazione. Alcuni obiettivi, sonno e peso, sono stati raggiunti. L'umore è ancora basso seppur in netto miglioramento rispetto all'ingresso			

**Paziente 7**

Valutazione	T iniziale: 18.6.2021	T finale 28.7.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1	<p>La compilazione dei test autosomministrati (bdi e scl) è molto probabilmente falsata dalla volontà della paziente di rientrare a domicilio.</p>			
Sintesi	F66. Depressione ricorrente, in assenza di eventi scatenanti. all'ingresso trascuratezza e scarsa cura di se, socialità ridotta.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Verifica</b>		
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora l'umore	BDI<13 Madrs<7	non raggiunto: madrs=18	
	scarsa cura di se	1 doccia ogni 2-3gg	non raggiunto: la paziente non si lava autonomamente	
	ridotta socialità	esce in giardino 2v/die	non raggiunto: la paziente non esce in giardino, neppure se spronata	
<b>Plan</b>				
Strategia	Percorso individuale, partecipazione attività terapeutiche di gruppo, controllo infermieristico.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni			<b>Verifica</b>	
	Terapia farmacologica	Cecchetto	In parte	
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Mai
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	Mai
	Colloqui con i familiari	Dorz/Cecchetto	telefonico, variabile	Sempre
Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	In parte	
<b>Valutazione finale</b>				
La paziente viene dimessa su sua richiesta per incompatibilità ambientale. l'adattamento è stato scarso, ha rifiutato le attività proposte e nei colloqui individuali non ha mai cercato o accettato aiuto.				

## Paziente 8

Valutazione a	T iniziale: 6.7.2021		T finale: 6.8.2021	
Operatore	Scardellato		Scardellato	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	<p>F, 57 anni, Pensiero corretto nella forma, con contenuti depressivi; non ansia patologica. RSV alterato con insonnia mista da molti mesi, appetito conservato. Riferita astinenza dall'alcol da 3 mesi, con regolari controlli settimanali delle urine al SerD e appuntamenti mensili con i curanti di riferimento. Descritti deficit mnesici comparsi negli ultimi 6 mesi; spese eccessive da parte della paziente e una condizione di trascuratezza importante nella cura personale e dell'ambiente di vita, componente astenica.</p>			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Attuale</b>	<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento tono umore	BDI II = 25; MADRS = 19	BDI II <13; MADRS <7	BDI II=24; MADRS=6
	maggiore cura personale	1 doccia/sett	1 doccia ogni 2/3 giorni	1 doccia a g alterni
	regolarizzazione del sonno	4-5 ore/notte (insonnia mista)	7/8 ore	7 ore
	aumento livelli di attività		uscire in giardino 2v/die	uscite 2/3 v/die
<b>Plan</b>				
Strategia	Percorso di sostegno individuale; partecipazione alle attività terapeutiche di gruppo; controllo infermieristico			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	Giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Mai
	Attività fisica adattata	rifiutata	(mai)	
	Colloqui con i familiari	Roiter/Scardellato	telefonico, variabile	Sempre
	Psicoterapia individuale	Scardellato	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
<p>Nell'arco di tempo considerato l'obiettivo di regolarizzazione del ritmo sonno-veglia è stato raggiunto, incoraggiando la costruzione di una routine e struttura della giornata regolare che ha visto la paziente solo formalmente collaborante: di fatto ha declinato l'invito a partecipare alle attività terapeutiche di gruppo proposte prediligendo il setting individuale e la relazione con l'Altro al di fuori delle attività strutturate. La paziente verbalizza segnali di miglioramento sul versante timico ed ansioso con conseguente desiderio di fare rientro nel proprio ambiente di vita al fine di valutare con la rete di supporto di riferimento (amministratore di sostegno e servizi sociali) una ripresa del funzionamento lavorativo, oltre che personale e sociale.</p>				

## Paziente 9

Valutazione	T iniziale: 14/7/2021	T finale: 8/10/2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F, 51 anni. Quadro depressivo importante reattivo a problematiche mediche (lunga ospedalizzazione per problema ortopedico nel settembre 2020) e lavorative (perdita del lavoro marzo 2020). Il quadro è caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, disregolazione e ipoessia, sonno poco riposante. Separata, aveva una relazione stabile che si interrotta nel gennaio 2021, famiglia di origine supportiva, ha un figlio 22 anni.			
<b>Prognosis</b>				
			<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento tono umore	BDI=41, Madrs=28	BDI<13, Madrs<7	BDI=13, Madrs=6
	regolazione dieta valutazione internistica/nutrizionale	diminuzione peso	87,8	83,4
	ripristinare sonno	non chiedere TAB dopo le 22.30	sonno, senza TAB	si. chiesto solo sporadicamente TAB
<b>Plan</b>				
Strategia	Valutazione internistica/dietologica, attenzione degli operatori alla dieta e alla scelta dei cibi, Intervento farmacologico, partecipazione attività proposte, colloqui individuali.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Dorz/Cecchetto	Al bisogno	Sempre
	Psicoterapia di gruppo	Pozzato	2v/settimana	
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Paziente con umore in asse, sonno ripristinato con richiesta di TAB solo un paio di volte, e peso ridotto.				

## Paziente 10

Valutazione	T iniziale: 15/7/2021	T finale: 28.7.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F, 46 anni. Quadro depressivo caratterizzato da importante astenia, deflessione del tono dell'umore, difficoltà del sonno e ipoessia (calo ponderale 2kg). Due precedenti episodi in anamnesi. Inoccupata dal 2014, lavorava come operaia in Safilo. Sposata, con una figlia di 14 anni, il marito è una figura supportiva. Ambivalente rispetto al ricovero.			
<b>Prognosis</b>				
			<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	BDI=23, Madrs=28	BDI<13, Madrs<7	bdi=3, madrs=2
	miglioramento del sonno	monitoraggio infermieristico		Raggiunto: dorme 7/8 ore continuative
	aumento dell'appetito/peso			raggiunto in parte: migliora l'appetito, ma il peso scende a 64.7
<b>Plan</b>				
Strategia	Monitoraggio infermieristico per n. ore sonno/dieta equilibrata, intervento farmacologico, partecipazione attività proposte e colloqui individuali.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
				<b>Verifica</b>
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Dorz/Roiter	telefonico, variabile	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
ha partecipato attivamente al programma di cura nel complesso positiva, l'umore è notevolmente migliorato, così come il sonno. la paziente riferisce un aumento dell'appetito anche se il peso è costante.				

## Paziente 11

Valutazione	T iniziale: 13/7/2021	T finale: 9.8.2021		
Operatore	Pozzato	Scardellato		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F, 51 anni, nulla da segnalare dal punto di vista organico, quadro depressivo grave con riduzione della socialità, insegnante con pregresso k diagnosticato nel 2020 con successiva interruzione lavorativa.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	Miglioramento tono dell'umore	BDI=31, Madrs=30	BDI-II <13, MADRS <7	BDI-II=47; MADRS=15
	Miglioramento della socialità	esce dalla stanza 2 volte al giorno e si relaziona con persone altre dalla compagna di stanza	Partecipa alle attività di gruppo	Esce 3/4 volte/g e si relaziona con 4/5 compagni di reparto
<b>Plan</b>				
Strategia	Assume terapia farmacologica, Partecipa alle attività di gruppo, colloqui psicologici individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	sempre
	Arteterapia	Merlin	1v/settimana	sempre
	Colloqui con i familiari	Scardellato/Cecchetto	telefonico, variabile	sempre
	Psicoterapia di gruppo	Pozzato	2v/settimana	In parte
	Psicoterapia individuale	Scardellato	1-2v/settimana	sempre
<b>Valutazione finale</b>				
<p>Fin dall'ingresso e per tutta la durata del ricovero la paziente ha manifestato una profonda ambivalenza nei confronti della degenza ed una forte resistenza alle modifiche farmacologiche, la terapia psicofarmacologica avviata e concordata appare comunque ben tollerata ed efficace. Maggiore apertura e partecipazione invece nei cfr delle attività proposte, la paziente ha tratto beneficio dall'ambiente comunitario di reparto (supportivo, accidentante e protettivo) e dagli incontri di psicoterapia individuale e di terapia di gruppo. Nell'arco di tempo considerato si è quindi potuto assistere ad un iniziale e progressivo miglioramento del tono dell'umore, una ripresa dell'iniziativa personale e relazionale ed una riduzione della componente ansiosa presente in maniera marcata al momento dell'ingresso, compatibilmente con le caratteristiche personalologiche di fondo ed il riflesso sull'equilibrio psicopatologico.</p>				

## Paziente 12

Valutazione	Iniziale: 28.7.2021	Finale: 26.8.2021		
Operatore	Dorz	Pozzato		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	M61. nulla da segnalare dal punto di vista organico. Grave depressione con idee di colpa, insorto nel maggio scorso come conseguenza di un sovraccarico lavorativo e personale. Insonnia resistente. Attualmente in pensione. Vive con la moglie, buon rapporto. ha due figli che vivono all'estero.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
	miglioramento del tono dell'umore	BDI=50 MADRS=35	bdi<10 madrs<7 Riduzione punteggio BDI-II, da 50 a 13	
Risultati attesi e fattori osservabili	sonno	passa da 4-5 ore spezzettate	a 6/7 continuative per almeno 5gg/settimana 6/7 ore continuative	
	socialità/partecipazione	attualmente rifiuta gruppi	partecipa a tutti i gruppi proposti (psicoeduc. e psicomotricità) interazioni più frequenti coi degenti partecipazione a gruppi	
<b>Plan</b>				
Strategia	terapia farmacologica, colloqui individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Mai
	Attività fisica adattata	Galardini	2v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Cecchetto	Al bisogno	Sempre
	Psicoterapia individuale	Pozzato	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Il paziente risulta migliorato a livello timico sia all'osservazione, sia dai risultati testistici. Le ore di sonno sono aumentate di quantità con qualità migliorata. Inoltre, sono ripresi gli scambi sociali in reparto ed il paziente ha frequentato gli incontri di gruppo di psicomotricità.				

**Note:** Considerato l'alto punteggio iniziale di 50 (Beck), molto raro e quasi punteggio massimo, probabilmente era difficile raggiungere un punteggio inferiore a 10. Probabilmente era più indicato fissare un obiettivo di 25. I gruppi di psicoeducazione e di psicomotricità sono due attività diverse.

## Paziente 13

Valutazione	T0: 17.8.2021	T1: 2.9.2021		
Operatore	Pozzato	Pozzato		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	Ragazzo di 32 anni. Nulla da segnalare a livello organico. Stato depressivo con note di apatia, isolamento, ritiro, appiattimento affettivo, insonnia come conseguenza di modifiche in ambito lavorativo. Convive con una ragazza, buoni rapporti.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento umore	BDI = 20	BDI-2 <13	BDI = 20
	frequentazione gruppi	Non frequenta	Presenze costanti	regolare frequenza sia ai gruppi di psicomotricità, sia ai gruppi di tipo psicologico
	miglioramento sonno	4 ore frammentate	almeno 7/h per notte	raggiunte le 7 ore
<b>Plan</b>				
Strategia	psicoterapia 2v a settimana Interventi di gruppo supportivo/espressivo, skills training, arteterapia, psicomotricità, rilassamento			
<b>Cure &amp; Care</b>				
		<b>Professionista</b>	<b>Frequenza</b>	
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Dott.ssa Cecchetto/Roiter	Quotidiana	Sempre
	Psicoeducazione			Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	4v a settimana	Sempre
	Arteterapia	Dr Merlin	1 v a settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Dr Scardellato/Pozzato	2v a settimana	Sempre
	Psicoterapia di gruppo			Sempre
	Psicoterapia individuale	Dr Pozzato	2v a settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Nel complesso, si rileva un miglioramento complessivo del tono dell'umore (rilevato dai punteggi dei test), anche se il punteggio del BDI-II è rimasto invariato (si osserva comunque dai punteggi un miglioramento qualitativo del tono dell'umore). Ottenuto un ritmo sonno/veglia regolare, con circa 7 ore di sonno riposate per notte, come nella condizione premorbosa. Ottima la frequenza ai gruppi, risultata costante per tutto il ricovero in tutte le attività proposte.				

## Paziente 14

Valutazione	T iniziale: 27.8.2021	T finale: 24.9.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F70. quadro depressivo con iporessia importante e perdita di peso (da 59kg a 53kg), quadro insorto in luglio in assenza ES. focalizzazioni sull'intestino, doveva sottoporsi a intervento per prolasso rettale in settembre. K mammario con recidive nel 1991, 1992 e 2013. tende a stare in camera, necessita di sollecitazioni per alimentarsi. separata, insegnante in pensione, ha due figli adulti, un compagno da diversi anni.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora l'umore	bdi<13 madrs<7	Non raggiunto	
	aumento peso (da 54kg ingresso)	peso >56kg	Non raggiunto (peso = 54)	
<b>Plan</b>				
Strategia	terapia farmacologica, partecipazione ai gruppi proposti, intervento individuale.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	In parte
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	In parte
	Colloqui con i familiari	Cecchetto	Al bisogno	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	In parte
<b>Valutazione finale</b>				
Lieve miglioramento del tono dell'umore, rimane focalizzata su problematiche fisiche senza accesso a contenuti più profondi.				

## Paziente 15

Valutazione	T iniziale: 24.8.2021	T finale: 18.9.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F66, funzionale organico integro. quadro depressivo caratterizzato da grave insonnia, e abuso di farmaci (ipnotici/BDZ). attiva, indipendente, ha lavorato come giornalista, in pensione da 5 anni, molteplici interessi. 2012 ictus della compagna, da gennaio si aggrava il quadro depressivo. ha alcuni amici, ha molti nipoti, ritiene di essere però l'unica su cui poter contare.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora l'umore	BDI<13 MADRS<7	BDI=12 MADRS=4	
	Migliora il sonno (sonno spezzato, 3+3ore)	dorme almeno 5h continuative	dorme continuativamente 6h	
	chiede TAB la sera	non chiede più TAB la sera	no TAB	
<b>Plan</b>				
Strategia	terapia farmacologica, colloqui individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	giornaliera	sempre
	Psicoeducazione	NOTA: rifiuta le attività di gruppo per concentrarsi sulla stesura di un libro		
	Attività fisica adattata			
	Colloqui con i familiari			
Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	sempre	
<b>Valutazione finale</b>				
l'umore è migliorato, il sonno è continuativo per 5-6 ore, senza richiesta di TAB.				

## Paziente 16

Valutazione	T iniziale: 23.8.2021	T finale: 11.11.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	<p>F52. nulla da segnalare sul piano organico. negli ultimi 10 anni 4 ricoveri per ED, quasi tutti conseguenze di ES di tipo familiare/personale (il primo nel periodo della separazione). L'attuale ED è caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, apatia, rimuginio su tematiche di svalutazione, incapacità e colpa, insonnia e compromissione del funzionamento personale, esordito nel maggio scorso, anche in relazione al lutto di un caro amico. Separata, continua a mantenere un legame coll'ex marito, ha un figlio di 15 anni. Lavora, anche se il settore è in crisi.</p>			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	bdi<13 mads<7	raggiunto in parte bdi=15 mads=7	
<b>Plan</b>				
Strategia	terapia farmacologica, partecipazione ai gruppi, colloqui individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/sett	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	3v/sett	Sempre
	Arteterapia	Merlin	1v/settimana	
	Colloqui con i familiari	Cecchetto	ab	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/sett	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
<p>Quadro in parte migliorato, l'umore si è ristabilito rispetto all'ingresso anche se rimane viziato da problematiche reali che la paziente dovrà affrontare a casa, come la ricerca di un nuovo lavoro.</p>				

## Paziente 17

Valutazione	T iniziale: 27.8.2021		T finale: 24.9.2021		
Operatore	Dorz		Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>					
Confronto T0-T1					
Sintesi	<p>F46. Nulla da segnalare sul piano organico. Quadro ansioso/depressivo caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, insonnia, agitazione, anedonia con compromissione del funzionamento personale. Lunga storia di DAP iniziati dalle scuole superiori, nonostante ciò si è laureata e lavora come commercialista. Single, episodio traumatico col fidanzato nel giugno 2020, da allora non è più stata bene. Genitori mancati tra il 2015 e 2017, non ha fratelli/sorelle. vive sola, riferisce di avere molti amici e un cugino che le è vicino.</p>				
<b>Prognosis</b>					
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>		
Risultati attesi e fattori osservabili	migliora tono dell'umore	bdi<13, madrs<7	in parte migliorato bdi ridotto della metà		
<b>Plan</b>					
Strategia	terapia farmacologica, inserimento attività di gruppo, colloqui individuali.				
<b>Cure &amp; Care</b>					
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Avdia	giornaliera	Sempre	
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/sett	Sempre	
	Attività fisica adattata	Galardini	2v/sett	Sempre	
	Arteterapia	Merlin	1v/setti	Sempre	
	<del>Colloqui con i familiari</del>				
	è stata inserita anche nell'attività di psicoterapia di gruppo, non indicata all'inizio				Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/sett	Sempre	
<b>Valutazione finale</b>					
migliorato il tono dell'umore anche se non ancora del tutto. obiettivo raggiunto in parte.					

## Paziente 18

Valutazione	T iniziale: 27.8.2021	T finale: 20.9.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	<p>M50. Nulla da segnalare dal punto di vista organico. quadro depressivo caratterizzato da deflessione del tono dell'umore accompagnato da ansia e preoccupazioni immotivate (paura di tutto, non sa se ha fatto bene le cose oppure no), ritiro sociale, labilità al pianto, astenia, anedonia, difficoltà cognitive. esordio nel maggio scorso in assenza di ES. potus in anamnesi, ricaduta in gennaio. sposato con due figli, il clima familiare è teso. lavora come elettricista.</p>			
<b>Prognosis</b>				
	<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>		
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento tono umore bdi<10, madrs<7	migliorato umore bdi=2 madrs=2		
<b>Plan</b>				
Strategia	terapia farmacologica, partecipazione attività di gruppo, colloqui individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/sett	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/sett	Sempre
	Colloqui con i familiari	Roiter	ab	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/sett	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Umore in asse, ridotta sintomatologia depressiva.				

## Paziente 19

Valutazione	T iniziale: 9.9.2021		T finale: 17.11.2021	
Operatore	Dorz		Dors	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	M52. integro dal punto di vista organico. In fase di separazione dalla moglie, quadro depressivo caratterizzato da deflessione del tono dell'umore, chiusura, labilità al pianto, isolamento, trascuratezza nella cura del se. Vive in una dependance vicino ai genitori.			
<b>Prognosis</b>				
			<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	Madr = 34 Beck = 37	bdi < 10, madrs < 7	raggiunto in parte: bdi = 15, madrs = 8
	aumento cura e igiene personale	1 doccia ogni 10-15gg	1 doccia ogni 2-3gg	raggiunto, si lava quasi tutti i giorni.
	socialità	non si alza dal letto	esce in giardino almeno 1v/mattino, 1v/pomeriggio,	raggiunto, esce più volte in giardino sia mattina che pomeriggio
	socialità	mangia in camera	pasti in mensa con gli altri	raggiunto, scende in mensa per i pasti
<b>Plan</b>				
Strategia	Terapia farmacologica, controllo infermieristico, partecipazione ai gruppi, incontri individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	dr. Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	dr.ssa Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	dr.ssa Galardini	2-3v/settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	dr.ssa Cecchetto	ab	Sempre
	Psicoterapia individuale	dr.ssa Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
nel complesso quadro migliorato, rimane sul versante cognitivo una quota depressiva imputabile alla condizione di solitudine a casa, e alla necessità di riprendere il lavoro. Sul piano comportamentale obiettivi raggiunti.				

## Paziente 20

Valutazione	T iniziale: 20.9.2021	T finale: 23.10.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	F49. Nulla da segnalare sul versante organico. Quadro depressivo importante, esordito nel febbraio scorso, in relazione ad eventi di vita stressanti (ciclo di sedute EMDR), con emergere di preoccupazioni eccessive e angoscia, isolamento. Insegnante di italiano, in malattia. Sposata con una figlia di 14 anni.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento dell'umore	bdi ridotto della metà, madrs ridotto della metà	Bdi=7 Madr=5	
	isolamento, chiusura sociale	attuale: non esce in giardino, atteso: esce almeno 1v/mattino, 1v/pomeriggio	raggiunto, la paziente usciva più volte sia la mattina che il pomeriggio	
<b>Plan</b>				
Strategia	TF, monitoraggio infermieristico, gruppi, colloqui individuali			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliero	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settim	In parte
	Attività fisica adattata	Galardini	2v/settim	Sempre
	Arteterapia	Merlin	1v/settim	In parte
	Colloqui con i familiari	Cecchetto	AB	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
L'umore si è risollevato, buono l'adattamento, permane una quota di sofferenza da monitorare a domicilio.				

## Paziente 21

Valutazione	T iniziale: 27.9.2021	T finale: 15.10.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	<p>M51, nulla da segnalare dal punto di vista organico, avvocato, perfezionista e preciso, lavora in 3 studi come civilista. con emergenza COVID periodo di ansia e preoccupazione, acuita in agosto scorso quando in relazione ad un evento lavorativo non grave, inizia un periodo di insonnia importante, angoscia, agitazione, deflessione del tono dell'umore culminato in uno scompenso dissociativo e TS. Ricoverato in Chirurgia e poi SPDC, entra per il proseguimento delle cure. Anamnesi pregressa negativa, sposato con due figli piccoli, buon ambiente familiare e sociale.</p>			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	BDI<10 e Madrs<7	BDI=3 e Madrs=1	
<b>Plan</b>				
Strategia	TF, colloqui individuali e partecipazione alle attività di gruppo previste.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	quotidiana	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v/settimana	Sempre
	Arteterapia			Sempre
	Colloqui con i familiari	Cecchetto/Dorz	AB	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v/settimana	
<b>Valutazione finale</b>				
Quadro depressivo rientrato, umore in asse, rientra a domicilio sotto stretto contatto ambulatoriale				

## Paziente 22

Valutazione	T iniziale: 5.11.2021	T finale: 3.12.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1	<p>rispetto all'ingresso dove aveva indicato anche la psicologa come figura di riferimento (RA), ora ritiene di poter considerare solo le due figure familiari, moglie e fratello.</p>			
Sintesi	<p>M47. nulla da segnalare sul piano organico.          Quadro depressivo apatico/anedonico, legato a difficoltà in ambito lavorativo (consulente informatico presso aziende), ansioso, preciso e perfezionista di indole. precedente episodio 8 anni fa, risolto con Tf e cambio lavoro. sposato, buona relazione con la moglie. ha un fratello, discreti i rapporti</p>			
<b>Prognosis</b>				
	<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>		
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	bdi<10 madrs<7		
		raggiunto. bdi=4 madrs=3		
<b>Plan</b>				
Strategia	tf, inserimento nelle attività di gruppo psicoterapiche e psicomotricità/rilassamento, colloqui individuali.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/settimana	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari			Sempre
	Psicoterapia individuale	dorz	1-2v settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Quadro migliorato, umore discreto, ansia compatibile con le dimissioni e la ripresa del lavoro.				

**Paziente 23**

Valutazione	T iniziale: 15.11.2021		T finale: 2.12.2021	
Operatore	Dorz		Dorz	
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	M35. quadro depressivo, con manifestazioni di ansia OC, insorto in relazione a dinamiche famigliari e di dipendenza dalla figura della mamma. Lavora, ha ripreso da 5 mesi la convivenza con la fidanzata dopo un precedente periodo di convivenza e rientro a casa. nulla da segnalare sul piano organico.			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	bdi<10 madsr<7	raggiunto. Bdi=1 madsr=0	
	miglioramento del tono dell'umore	no crisi di pianto. attuale: piange tutti i giorni		
<b>Plan</b>				
Strategia	Intervento farmacologico, partecipazione alle attività di gruppo, incontri individuali si aggiunge al programma iniziale la voce psicoterapia di gruppo.			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Cecchetto	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v/sett	Sempre
	Attività fisica adattata	Galardini	2-3v settimana	Sempre
	Colloqui con i familiari	Cecchetto/dorz	ab	
	Psicoterapia di gruppo	Dorz/Cognolato	2v sett	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2 v settimana	Sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Paziente con umore in asse e ansia ridotta. Miglioramento del quadro.				

## Paziente 24

Valutazione	T iniziale: 8.11.2021	T finale: 7.12.2021		
Operatore	Dorz	Dorz		
<b>Assessment &amp; Diagnosis</b>				
Confronto T0-T1				
Sintesi	<p>"M33. nulla da segnalare sul piano organico. quadro depressivo reattivo a chiusura sentimentale, con compromissione del funzionamento personale e lavorativo. carattere tendenzialmente introverso, e isolato, pochi amici e scarsa rete sociale."</p>			
<b>Prognosis</b>				
		<b>Atteso</b>	<b>Verifica</b>	
Risultati attesi e fattori osservabili	miglioramento del tono dell'umore	bdi<10 madrs<13	raggiunto bdi=9 madrs=6	
<b>Plan</b>				
Strategia	intervento farmacologico, incontri individuali, partecipazione alle attività di gruppo			
<b>Cure &amp; Care</b>				
Descrizione azioni	Terapia farmacologica	Roiter	giornaliera	Sempre
	Psicoeducazione	Scardellato	2v sett	Sempre
	Attività fisica adattata	No	No	Sempre
	Colloqui con i familiari	Roiter/Dorz	Ab	Sempre
	Psicoterapia individuale	Dorz	1-2v sett	sempre
<b>Valutazione finale</b>				
Umore in miglioramento, ansia contenuta anche se presente. Il paziente ha parzialmente rielaborato la rottura della relazione, anche se rimane una condizione di preoccupazione data la vicinanza logistica (abita molto vicino alla ex).				