

***RACCOMANDAZIONI SULL'ACCERTAMENTO E LA
VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DEGLI UTENTI AL PRIMO
ACCESSO NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE TERRITORIALI.***



ABSTRACT

Le presenti Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) sono state elaborate con l'obiettivo di promuovere appropriatezza, sicurezza e qualità dell'accoglienza e della valutazione infermieristica degli utenti al primo accesso nei Centri di Salute Mentale (CSM) territoriali. Tale fase rappresenta un momento ad elevata complessità clinica, relazionale e organizzativa, caratterizzato da variabilità assistenziale e da possibili ricadute sulla continuità delle cure, sull'alleanza terapeutica e sul rischio di abbandono precoce dei percorsi assistenziali.

Le raccomandazioni definiscono criteri condivisi e adattabili ai diversi contesti organizzativi, valorizzando il ruolo dell'Infermiere nell'identificazione dei bisogni assistenziali, nell'orientamento ai servizi e nella promozione di un approccio centrato sulla persona e orientato alla recovery. Le RBPCA affrontano gli aspetti fondamentali del primo accesso, tra cui organizzazione dell'accoglienza, competenze comunicative, strumenti standardizzati, gestione delle urgenze, consenso informato, continuità informativa, coinvolgimento della rete, setting assistenziale e documentazione clinica.

Lo sviluppo del documento è avvenuto secondo le indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità per le RBPCA basate sul consenso esperto. Il processo ha integrato revisione della letteratura, analisi di documenti organizzativi, confronto con un Panel multidisciplinare composto da rappresentanti di società scientifiche, professionisti esperti, utenti e familiari, nonché una revisione esterna indipendente. Le raccomandazioni sono state successivamente validate mediante una survey nazionale a due round rivolta a professionisti della salute mentale.

Il documento ha portato alla formulazione di 11 raccomandazioni, tutte approvate con consenso superiore all'80%. Le RBPCA costituiscono uno strumento di supporto alle decisioni clinico-assistenziali e organizzative finalizzato a ridurre la variabilità delle pratiche e a favorire percorsi di cura appropriati, continui e centrati sulla persona.

Numero di Raccomandazioni elaborate: 11.

Ente Capofila:

S.I.S.I.S.M. – Società Italiana Di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale

Enti collaboratori:

SIP (Società Italiana di Psichiatria)

SIRP (Società Italiana di Riabilitazione Psichiatrica)

ANIN (Associazione nazionale Infermieri di Neuroscienze)

AITeRP (Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica)

AIPP (Associazione Italiana per la Prevenzione e l'Intervento Precoce nella Salute Mentale)

FIR (Famiglie in Rete - Salute Mentale)

URASAM (Unione Regionale Associazioni Salute Mentale),

RUL (Rete Utenti Salute Mentale Lombardia OdV)

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO**1. Comitato Tecnico Scientifico (SISISM)**

- **Moro Cesare** (moro.cesare@libero.it), Infermiere, IFO Coordinamento Aziendale NPIA ASST Bergamo Ovest.
- **Tanzi Annamaria** (email@annamariatanzi.it), Infermiera, Già Coordinatore Infermieristico e Infermiere Case Manager CPS Pavia DSMD ASST PAVIA
- **Marinello Chiara** (chiara.marinello83@gmail.com), Infermiera, Centro Salute Mentale CSM 1 Padova ULSS 6 Euganea
- **Fabio Carpi** (fabio.carpi@sabes.it), Infermiere, Coordinatore Infermieristico del Servizio Psichiatrico Territoriale e dei Servizi Aziendale di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
- **Salvatore Piliero** (salpiliero@gmail.com), Infermiere, Coordinatore Infermieristico CPS e Centro Diurno Trescore B. DSMD ASST Bergamo Est

2. Gruppo di lavoro tecnico-redazionale e metodologico (SISISM)

- **Vitale Elsa** (vitaleelsa@libero.it), Infermiera, Dirigente Servizio Professioni Sanitarie Infermieristiche ASL Bari
- **Camuccio Carlo Alberto** (alberto.camuccio@unipd.it), Infermiere, Case Manager per la ricerca multidisciplinare e complessa in ambito oncologico IDMO IRCSS IOV Padova, Professore a Contratto in Infermieristica di Salute Mentale, DIMED, Università degli Studi di Padova

3. Panel di esperti

- **Poli Vanna** (vanna.poli@asst-cremona.it), Infermiera, Responsabile Area Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Direzione Professioni Socio-Sanitarie ASST Cremona
- **De Paola Teresa** (teresa.depaola@aslroma1.it), Infermiera, Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, Funzione Organizzativa “Gestione Rete Corsi di Laurea Universitari Professioni Sanitarie e Sociali” ASL Roma 1
- **Brandolin Cristina** (cristinabrandolin@gmail.com), Infermiera, Dipartimento delle Professioni Sanitarie di ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina incarico di Funzione Organizzativa Responsabile Piattaforma Salute Mentale Area Giuliana
- **Compagnone Michele** (michele.compagnone.to@gmail.com), Infermiere, ASL Città di Torino, DSM Raggruppamento Ospedale Territorio (ROT) SudEst, Centro Salute Mentale CSM Via Montevideo, 45
- **Masseroni Valter** (masseroni66@libero.it), Infermiere, ASST Melegnano Martesana, Responsabile DAPSS Area Omogenea Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
- **Carlo Fraticelli** (carlofratic@gmail.com), Medico Psichiatra, già Direttore DSM-D ASST Lariana (CO)
- **Annalisa Dal Fitto** (alisa968@gmail.com), Infermiera, Centro Salute Mentale Pinerolo, ASL Torino 3

- **Paola Carozza** (paola.carozza@uni.net), Medico Psichiatra, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale AUSL Ferrara
- **Stefano Barlati** (stefano.barlati@libero.it), Medico Psichiatra, Università di Brescia
- **Luca Rossi** (lucarossi77@gmail.com), Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord
- **Emiliano Monzani** (emiliano.monzani@gmail.com), Medico Psichiatra, Direttore SC Psichiatria Nord-Est ASST Bergamo Ovest (BG)

4. Esperti rappresentanti di utenti e familiari.

- **Maria Gorlani** (maria.gorlani@gmail.com), FIR, Famiglie in Rete - Salute Mentale.
- **Chiara Vassallo** (contatto.vassallo@gmail.com), URASAM (Unione Regionale Associazioni Salute Mentale).
- **Paolo Macchia** (paomacchia63@gmail.com), RUL (Rete Utenti Salute Mentale Lombardia OdV)

5. Revisori Esterni Indipendenti

- **Federico Durbano** (federico.durbano@gmail.com), Medico Psichiatra, Direttore DSM-D ASST Melegnano Martesana, Regione Lombardia; membro del Consiglio Direttivo del Collegio Nazionale dei DSM.
- **Matteo Danielis** (matteo.danielis@unipd.it), Infermiere, Ricercatore MEDS-24C, Università di Padova.

<i>N°</i>	<i>RACCOMANDAZIONE</i>	<i>RAZIONALE SCIENTIFICO</i>	<i>Classe (COR)</i>	<i>Livello (LOE)</i>
R1	Organizzazione del processo di accoglienza Si raccomanda che il primo accesso di un paziente ad un servizio sanitario preveda un'accoglienza infermieristica seguita da una valutazione infermieristica strutturata, con definizione dei bisogni assistenziali e del livello di priorità, prevedendo il coinvolgimento multiprofessionale quando necessario e l'adattamento del modello ai diversi contesti territoriali. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 93,39%; consenso: raggiunto.	<i>a sequenza delle fasi aumenta accuratezza e appropriatezza, riduce variabilità e supporta modelli territoriali diversi.</i> <i>La strutturazione del processo contribuisce inoltre a migliorare la sicurezza della persona assistita e l'orientamento tempestivo del percorso di cura, riducendo il rischio clinico-organizzativo nella fase iniziale di accesso ai servizi.</i> ? ? ? ? ?	I	C
R2	Competenze comunicativo-relazionali Si raccomanda che l'Infermiere che si occupa dell'accoglienza e valutazione infermieristica al primo accesso possieda competenze comunicativo-relazionali strutturate (comprendenti l'ascolto attivo, la conduzione del colloquio nelle sue diverse fasi e la gestione della comunicazione in situazioni critiche o di crisi), garantite tramite formazione continua e standard minimi definiti.	<i>In coerenza con le recenti linee guida questa raccomandazione pone le competenze comunicativo-relazionali al centro della pratica infermieristica in salute mentale, elevandole a pilastro fondamentale e imprescindibile dell'agire professionale. Tali abilità costituiscono il fulcro della pratica clinico-assistenziale e sono il principale strumento operativo per gestire efficacemente le delicate fasi dell'accoglienza, dell'accertamento e della valutazione della persona assistita nell'interessa biopsicosociale, rivestendo un ruolo determinante al momento del primo contatto con il servizio.</i> <i>La qualità della relazione, eventualmente e contestualmente integrata da strumenti standardizzati, ottimizza la definizione delle priorità assistenziali e la gestione tempestiva delle urgenze,</i>	I	C

	Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto	<i>riducendo gli eventi avversi a tutela dell'utente e di terzi. Una comunicazione competente, trasparente e rispettosa delle scelte della persona promuove la fiducia, favorisce lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e migliora gradualmente aderenza e tutela normativa.</i>		
R3	Strumenti standardizzati di valutazione Si raccomanda, nella fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso l'utilizzo di strumenti validati in italiano per la valutazione del funzionamento globale e dei rischi (in particolare quelli rilevanti per la sicurezza). Gli strumenti dovrebbero essere, standardizzati, brevi, applicabili nel primo accesso. Il loro utilizzo integra e supporta l'osservazione clinica e il giudizio professionale, senza sostituirli. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 93,3%; consenso: raggiunto.	<i>L'impiego di strumenti di valutazione standardizzati e validati consente di raccogliere informazioni in modo sistematico, riproducibile e comparabile, riducendo la variabilità soggettiva del processo valutativo e supportando una più accurata identificazione dei bisogni assistenziali, del funzionamento globale e dei principali fattori di rischio. In ambito di salute mentale, tali strumenti favoriscono una valutazione più omogenea e una precoce individuazione delle situazioni che richiedono approfondimenti o interventi specifici.</i> <i>Gli strumenti validati non sostituiscono il giudizio clinico dell'Infermiere, ma lo integrano e lo supportano, contribuendo a rendere il processo decisionale più trasparente e basato sulle evidenze. Inoltre, l'utilizzo di strumenti brevi e facilmente applicabili al primo accesso facilita la comunicazione multiprofessionale, la continuità assistenziale e la sicurezza del percorso di cura, favorendo una presa in carico più appropriata e coerente con i bisogni della persona.</i>	I	C
R4	Scheda di Primo Contatto Si raccomanda che durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso la raccolta delle informazioni avvenga tramite una scheda standardizzata condivisa tra i professionisti del servizio, finalizzata a garantire la raccolta uniforme di un set minimo essenziale di informazioni, comprendente: il motivo dell'accesso, gli elementi indispensabili per la sicurezza della persona assistita, la rappresentazione che la persona ha del proprio problema e l'informativa sul trattamento dei dati personali..	<i>Una scheda essenziale condivisa evita intrusività, riduce possibili omissioni e assicura continuità informativa.</i> <i>L'utilizzo di una scheda standardizzata favorisce inoltre un primo contatto rispettoso, proporzionato e orientato alla sicurezza, facilitando la condivisione delle informazioni all'interno dell'équipe e la continuità del percorso assistenziale.</i>	I	C

	Possono essere utilizzati, nell'ambito dell'accoglienza e della valutazione infermieristica ulteriori strumenti e approfondimenti standardizzati quando necessari per la definizione dei bisogni di salute e per orientare le decisioni clinico-assistenziali. Possono essere considerati approfondimenti aggiuntivi nel caso di attivazione del percorso di presa in carico. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.			
R5	Gestione delle situazioni di urgenza/emergenza Si raccomanda che nella fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso siano tempestivamente identificati eventuali rischi immediati per la sicurezza della persona o di terzi, effettuando una valutazione finalizzata alla tutela e alla gestione della sicurezza. In presenza di criticità, l'Infermiere informa tempestivamente il medico e attiva i percorsi interni ed esterni per la gestione dell'emergenza secondo le modalità decisionali condivise e vigenti nel Servizio. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.	<i>La tempestività di attivazione dei percorsi riduce eventi avversi e aumenta sicurezza.</i> <i>Una chiara rilevazione iniziale dei rischi e l'attivazione tempestiva dei percorsi condivisi consentono inoltre di tutelare la persona assistita e i terzi, garantendo un passaggio sicuro e appropriato alle fasi successive di valutazione e trattamento.</i>	I	C

R6	Consenso informato e trasparenza del percorso Si raccomanda, durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso ai servizi di salute mentale, di fornire alla persona informazioni chiare e comprensibili sul percorso di cura, sui propri diritti, sulla volontarietà del coinvolgimento della rete familiare e sociale e sul trattamento dei suoi dati personali. Il consenso dovrebbe essere considerato un processo relazionale che coinvolge l'intera équipe assistenziale. Nell'ambito delle rispettive competenze professionali, ciascun professionista contribuisce al processo informativo e all'acquisizione del consenso per gli atti di propria competenza; l'Infermiere partecipa a tale processo relativamente agli interventi assistenziali di propria competenza. L'acquisizione del consenso deve essere documentata. Il rifiuto della persona a coinvolgere la rete familiare o sociale non limita l'accesso ai servizi o l'attivazione del percorso di cura. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.	<i>Trasparenza e volontarietà migliorano fiducia, aderenza e tutela normativa.</i> <i>Una comunicazione trasparente e rispettosa delle scelte della persona favorisce inoltre lo sviluppo dell'alleanza terapeutica fin dal primo contatto e contribuisce a un accesso ai servizi equo, non coercitivo e orientato alla continuità del percorso di cura. Si veda inoltre sul concetto di chiarezza delle informazioni fornite e loro comprensione i contenuti all'interno dell'Allegato 1 alla Raccomandazione 6</i>	I	C
R7	Continuità informativa e handover Si raccomanda di assicurare, nelle prime 24-72 ore dal momento dell'accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso, una trasmissione chiara, tempestiva e strutturata delle informazioni clinico-assistenziali tra i professionisti coinvolti, al fine di garantire la continuità del percorso di cura	<i>La trasmissione tempestiva, completa e strutturata delle informazioni clinico-assistenziali rappresenta un elemento essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza della persona assistita. Una comunicazione efficace tra i professionisti coinvolti nel percorso di cura riduce il rischio di perdita di informazioni rilevanti, frammentazione degli interventi, errori assistenziali e interruzioni della presa in carico. L'handover strutturato favorisce inoltre la condivisione degli obiettivi assistenziali, la coerenza decisionale tra i diversi professionisti e la continuità del progetto terapeutico-</i>	I	C

	attivato e la coerenza degli interventi, nel rispetto del consenso informato della persona. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.	<i>assistenziale, contribuendo a ridurre il rischio di drop-out e a migliorare la qualità delle cure.</i>		
R8	Percezione del problema Dovrebbero essere rilevate, durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso ai servizi di salute mentale, la consapevolezza che la persona ha del proprio problema e le motivazioni dell'accesso. Il professionista dovrebbe svolgere un'attività informativa e orientativa sulle opportunità di cura disponibili, incluse quelle erogate da altri servizi o da risorse della rete territoriale. Tale attività si colloca nell'ambito della relazione di cura e del diritto all'informazione della persona e si distingue dal successivo momento dell'acquisizione del consenso ai trattamenti proposti. Classe di Raccomandazione (COR): IIa; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.	<i>La percezione del problema orienta la valutazione iniziale senza essere intrusiva, mentre la rilevazione delle aspettative richiedono una relazione già consolidata.</i> <i>La rilevazione della consapevolezza e della motivazione avviene in forma esplorativa e narrativa, senza finalità valutative o selettive, e rappresenta un primo orientamento del percorso, non un prerequisito per l'accesso o la presa in carico.</i>	IIa	C
R9	Coinvolgimento caregiver/rete Dovrebbero essere coinvolti, nel momento dell'accoglienza e valutazione infermieristica del	<i>Per "rete" si intendono familiari, persone di fiducia indicate dalla persona assistita e, quando già coinvolte, figure socio-sanitarie esterne. Non deve essere effettuata la ricerca attiva della rete nella fase iniziale di accesso.</i> <i>Il coinvolgimento deve rispettare privacy, volontarietà e sicurezza.</i>	IIa	C

	primo accesso, il caregiver e la rete previo consenso esplicito della persona. Classe di Raccomandazione (COR): IIa; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 4,5; percentuale di consenso: 86,7%; consenso: raggiunto.	<i>Il rispetto del consenso nella fase iniziale non esclude il valore terapeutico del coinvolgimento di caregiver e rete nel percorso successivo, che può essere costruito progressivamente in modo condiviso, sicuro e coerente con le scelte della persona assistita.</i>		
R10	Setting e tempi del primo accesso Si raccomanda che il colloquio di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso avvenga in un setting riservato e sicuro. Il tempo dedicato dovrebbe essere proporzionato alla complessità e alle condizioni della persona, con orientamento flessibile (es. durata variabile in base ai bisogni di salute), documentando eventuali scostamenti rilevanti rispetto alle modalità organizzative o assistenziali abitualmente adottate dal servizio. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.	<i>Un setting adeguato e tempi proporzionati migliorano qualità della valutazione e relazione; la flessibilità riduce rigidità organizzative.</i> <i>Un ambiente riservato e tempi modulati sulle condizioni della persona favoriscono l'espressione dei bisogni, migliorano l'accuratezza della valutazione iniziale e contribuiscono a ridurre il rischio di incomprensioni o interruzioni precoci del percorso di cura.</i>	I	C
R11	Documentazione e audit clinico Si raccomanda di documentare in modo strutturato tutte le attività di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso. Possono essere previsti audit tra pari, condotti con	<i>Documentazione e audit migliorano sicurezza, qualità e apprendimento.</i> <i>La documentazione strutturata e l'audit tra pari favoriscono inoltre la tracciabilità delle decisioni clinico-assistenziali, il miglioramento continuo dei processi e una maggiore omogeneità delle pratiche nei servizi territoriali di salute mentale.</i>	I	C

	cadenza definita a livello di servizio, prevalentemente con finalità formative e di miglioramento della pratica clinico-assistenziale. Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto.			
--	--	--	--	--

INDICE

1. INTRODUZIONE E RAZIONALE.....	18
1.1 Definizioni.....	18
– Accoglienza	18
– Primo accesso	19
– Centro di Salute Mentale	19
– Presa in carico	19
– Alleanza terapeutica	19
– Bisogni assistenziali	19
– Documentazione	20
– Multiprofessionalità	20
– Relazione di cura	20
– Équipe multiprofessionale	20
2. OBIETTIVI, AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE RBPCA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER.....	21
2.1 Principi e processi.....	21
2.2 Ambiti di applicazione e destinatari.....	21
2.3 Processi chiave dell'accoglienza infermieristica.....	22
2.4 Finalità delle RBPCA.....	23
2.5 Coinvolgimento degli stakeholder.....	24
3. METODI.....	25
3.1 Impianto metodologico generale e motivazione dell'approccio adottato.....	25

3.2 Razionale dell'approccio metodologico.....	25
3.3 Approccio adottato: Conferenza di Consenso.....	25
3.4 Composizione e ruoli del gruppo di sviluppo.....	26
3.5 Gestione dei conflitti di interesse.....	29
3.6 Revisione sistematica della letteratura e documentazione preparatoria.....	30
3.7 Elaborazione delle Raccomandazioni.....	31
3.8 Survey presso Congresso Nazionale SISISM.....	33
3.9 Revisione esterna indipendente, trasparenza e aggiornamento del documento.....	34
3.10 Integrazione del feedback e aggiornamento della metodologia e dei risultati.....	35
3.11 Trasparenza, tracciabilità e qualità metodologica.....	36
4. SINTESI DELLE EVIDENZE E RBPCA RISULTATI.....	37
4.1 Risultati: Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale.....	37
RBPCA 1 – Organizzazione del processo di accoglienza	38
RBPCA 2 – Competenze comunicativo-relazionali	39
RBPCA 3 – Strumenti standardizzati di valutazione	40
RBPCA 4 – Scheda di primo contatto	41
RBPCA 5 – Gestione delle situazioni di urgenza/emergenza	42
RBPCA 6 – Consenso informato e trasparenza del percorso	43
RBPCA 7 – Continuità informativa e handover	44
RBPCA 8 – Percezione del problema	45
RBPCA 9 – Coinvolgimento caregiver/rete	46
RBPCA 10 – Setting e tempi del primo accesso	47
RBPCA 11 – Documentazione e audit clinico	48

5. APPLICABILITÀ.....	49
5.1 Fattori facilitanti e ostacoli all'applicazione.....	49
5.2 Adattabilità ai differenti contesti territoriali e modelli assistenziali.....	50
5.3 Suggerimenti e strumenti per facilitare l'implementazione.....	51
5.4 Indicatori per il monitoraggio e l'audit.....	51
6. AGGIORNAMENTO DELLE RBPCA.....	53
6.1 Programmazione dell'aggiornamento.....	53
6.2 Aggiornamento anticipato.....	53
6.3 Sorveglianza delle evidenze e governance del processo.....	54
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	55
– Riferimenti normativi e documenti istituzionali (Italia).....	55
– Documenti professionali e linee guida (Italia).....	56
– Organizzazioni internazionali.....	56
– Letteratura scientifica e manuali.....	57
– Revisioni sistematiche preregistrate.....	59
– Strumenti operativi e formativi.....	59
ALLEGATI.....	61
Allegato 1 – Regolamento del panel.....	62
Allegato 2 – Report della revisione sistematica e protocollo PROSPERO.....	66
Allegato 3 – Documento della prima comparazione (tra raccomandazioni ed evidenze).....	81
Allegato 4 – Documento della seconda comparazione (tra raccomandazioni e protocolli operativi italiani).....	87
Allegato 5 – Sintesi dei commenti dei revisori esterni.....	92

Allegato 6 – Tabella DCAT completa (16 item).....	95
Allegato 7 – Moduli di disclosure dei conflitti di interesse (tutti i partecipanti).....	96
Allegato 8 – Obiettivi e stringhe di ricerca della revisione sistematica.....	97
Allegato 9 – PRISMA flowchart.....	104
Allegato 10 – Votazioni Panel Esperti e Survey Congressuale.....	105
Allegato 11 – Scheda valutazione primo accesso.....	116
Allegato12 – Allegato alla Raccomandazione 6.....	125

1. INTRODUZIONE E RAZIONALE

L'obiettivo delle presenti Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) è fornire supporto alle decisioni clinico assistenziali, promuovendo un'accoglienza infermieristica strutturata, appropriata e orientata alla persona, finalizzata a favorire una corretta intercettazione del bisogno di salute mentale, la riduzione del disagio iniziale, la costruzione della relazione terapeutica e l'avvio appropriato del percorso di cura.

Il momento del primo accesso ai servizi territoriali di salute mentale rappresenta una fase rilevante e ad elevata complessità clinica, relazionale e organizzativa, caratterizzata da una significativa variabilità delle pratiche adottate nei diversi contesti. Una gestione non strutturata dell'accoglienza può contribuire a determinare disorientamento, inappropriately degli invii e drop-out precoce, incidendo negativamente sulla continuità assistenziale e sull'efficacia dei percorsi di cura.

Le presenti RBPCA si propongono quindi di promuovere pratiche di accoglienza infermieristica basate su criteri condivisi, sicuri ed adattabili, nel rispetto dei diversi assetti organizzativi dei servizi territoriali, garantendo la centralità della persona e dei suoi diritti.

La RBPCA si applica ai Centri di Salute Mentale (CSM) e a tutti i punti di accesso dei Servizi di Salute Mentale nei quali operano infermieri coinvolti nella gestione del primo accesso, sia programmato sia urgente. Le raccomandazioni trovano applicazione anche nei casi in cui il bisogno assistenziale sia rappresentato da familiari, caregiver o altre persone significative che si fanno portavoce del bisogno della persona interessata.

1.1 Definizioni

- Accoglienza

Insieme delle attività clinico-relazionali, organizzative e documentali messe in atto dall'Infermiere al primo contatto della persona con il CSM, o al rientro dopo un significativo periodo di assenza, finalizzate a rilevare i bisogni di salute, orientare la presa in carico e favorire un clima di empatia, rispetto e fiducia (Peplau, 1991; Barelli & Spagnoli, 2023; FNOPI & SISISM, 2024).

- Primo accesso

Il primo accesso è rappresentato dal primo contatto della persona con il servizio territoriale di salute mentale.

Può avvenire per volontà spontanea della persona, su invio del Medico di Medicina Generale, del Pronto Soccorso, di altri specialisti o servizi sociosanitari (Badon et al., 2023; Barelli & Spagnolli, 2023).

- Centro di Salute Mentale

Sede organizzativa dell'équipe multiprofessionale e punto di coordinamento delle attività territoriali. È il servizio multidisciplinare dedicato alla prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione dei disturbi mentali, operante secondo un modello biopsicosociale e centrato sulla comunità (Badon et al., 2023; Ministero della Salute, 2026)

- Presa in carico

Processo attraverso il quale la persona viene inserita in un percorso terapeutico-assistenziale personalizzato, continuativo e integrato, con il coinvolgimento del team multiprofessionale (Badon et al., 2023; Conferenza Unificata, 2008).

- Alleanza terapeutica

Relazione di fiducia, collaborazione e condivisione degli obiettivi di cura tra la persona e gli operatori del servizio, considerata elemento centrale per l'efficacia del trattamento e la continuità assistenziale (Hartley et al., 2020; Barelli & Spagnolli, 2023)

- Bisogni assistenziali

Insieme delle necessità informative, fisiche, sanitarie, psicologiche, sociali ed educative della persona, rilevate dall'Infermiere, che richiedono interventi professionali finalizzati al miglioramento della qualità di vita e della salute mentale (Saiani & Brugnolli, 2025; Orem, 2001; Henderson, 1966).

- Documentazione

Insieme delle registrazioni cartacee o elettroniche relative alle osservazioni, valutazioni, decisioni, interventi e comunicazioni effettuate dal professionista durante l'accoglienza e nel percorso assistenziale, nel rispetto delle normative vigenti (Saiani & Brugnolli, 2023; FNOPI, 2025)

- Multiprofessionalità

Approccio assistenziale che prevede la collaborazione strutturata tra professionisti di diverse discipline, ciascuno con competenze specifiche e complementari, finalizzata alla presa in carico integrata della persona e al perseguimento di obiettivi condivisi di cura (Barelli & Spagnolli, 2023; FNOPI & SISISM, 2024).

- Relazione di cura

Processo terapeutico intenzionale e collaborativo che si sviluppa tra la persona assistita e i professionisti sanitari, fondato su fiducia, ascolto, rispetto reciproco, empatia e condivisione degli obiettivi di cura. La relazione di cura favorisce la partecipazione attiva della persona ai processi decisionali, sostiene la recovery e contribuisce all'efficacia degli interventi clinico-assistenziali. Tale concetto trova le sue basi nella teoria delle relazioni interpersonali di Hildegard Peplau, che identifica la relazione professionista-persona assistita come elemento centrale e terapeutico dell'assistenza infermieristica (Peplau, 1991; Mortari, 2006; Barelli e Spagnolli, 2023)

- Équipe multiprofessionale.

Gruppo organizzato di professionisti appartenenti a differenti discipline sanitarie e sociali che collaborano in modo coordinato con la persona assistita, i familiari e gli altri soggetti coinvolti nel percorso di cura, integrando competenze e responsabilità per garantire una presa in carico globale, continua e di qualità. Adattata dal concetto di collaborative practice dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Badon et al., 2023; World Health Organization, 2010).

2. OBIETTIVI, AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE RBPCA E COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

2.1 Principi e processi

L'accoglienza infermieristica della persona che accede al Centro di Salute Mentale (CSM) rappresenta un momento rilevante per l'evoluzione del rapporto con il servizio a partire dal primo contatto, ponendo le basi per una presa in carico efficace, appropriata e centrata sulla persona.

L'accoglienza non può essere ridotta a un atto amministrativo, ma costituisce un processo complesso, che integra dimensioni relazionali (nel rapporto con la persona e tra professionisti), valutative (nella comprensione della domanda e dei bisogni) e organizzative (nella gestione del contesto e delle risorse disponibili). Tale processo implica competenza professionale, responsabilità e aderenza ai principi etici nei confronti di persone in condizioni di vulnerabilità psicologica, sociale e relazionale.

L'Infermiere agisce secondo principi etici e normativi, avendo come riferimenti:

- il Profilo Professionale dell'Infermiere (DM 739/1994);
- il Codice Deontologico della Professione Infermieristica (FNOPI, 2025);
- i principi di rispetto della dignità, dell'autonomia e della riservatezza (Costituzione italiana, artt. 2, 13 e 32; Convenzione di Oviedo);
- le normative vigenti in ambito sanitario e di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679; D.lgs. 101/2018).

2.2 Ambiti di applicazione e destinatari

Le presenti RBPCA si applicano alla fase di primo accesso ai servizi territoriali di salute mentale, in particolare:

- ai Centri di Salute Mentale e agli altri punti di accesso territoriali afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale;

- alla popolazione adulta (≥ 18 anni) che accede al servizio per la prima volta o dopo un periodo prolungato di assenza;
- agli infermieri coinvolti nelle attività di accoglienza e valutazione iniziale;
- alle équipes multiprofessionali che concorrono alla definizione del percorso assistenziale;
- ai decisori organizzativi coinvolti nella strutturazione dei processi di accesso ai servizi.

Le RBPCA costituiscono strumenti di supporto alle decisioni clinico assistenziali e organizzative e non hanno carattere prescrittivo vincolante; la loro applicazione deve essere contestualizzata in base alle risorse, ai modelli organizzativi e alle specificità dei servizi territoriali, con modalità adattabili ai diversi contesti organizzativi e alle risorse disponibili.

2.3 Processi chiave dell'accoglienza infermieristica

L'accoglienza infermieristica al primo accesso si articola in tre processi principali strettamente interconnessi.

Processo relazionale e comunicativo

È strutturato in modo coerente ma non rigido e utilizza la comunicazione verbale, non verbale e para verbale, con l'obiettivo di promuovere fiducia, collaborazione e apertura. Si fonda su empatia, ascolto attivo e accoglienza non giudicante, nel riconoscimento della centralità della persona come soggetto attivo del proprio percorso di cura (si veda Raccomandazione R2) (Peplau H.E., 1991; WHO, 2021; FNOPI, 2025 art. 3 e 19).

Processo valutativo

Attraverso le fasi dell'accertamento e della valutazione infermieristica, l'Infermiere raccoglie informazioni rilevanti sullo stato di salute, sul funzionamento globale e sul contesto familiare e sociale della persona, identificando i bisogni assistenziali e formulando un primo quadro clinico infermieristico iniziale. Questo processo può avvalersi di osservazione clinica sistematica, colloquio strutturato o semi-strutturato e strumenti di valutazione standardizzati, quando appropriato, senza sostituire il giudizio clinico professionale (R3) (WHO, 2021).

Processo organizzativo

Comprende l'insieme coordinato delle azioni necessarie a garantire una corretta accoglienza, quali la pianificazione delle attività, il coordinamento con l'équipe multiprofessionale, la compilazione della documentazione essenziale e l'attivazione delle risorse interne ed esterne al servizio, nonché la continuità informativa tra i professionisti coinvolti (WHO, 2021).

Un'accoglienza strutturata consente di ridurre l'ansia e il disorientamento iniziale, promuovere lo sviluppo di una prima alleanza terapeutica, valutare i bisogni assistenziali e psicosociali e avviare la presa in carico multidisciplinare (Mc Andrew et al., 2014; Patel et al., 2025).

In tale contesto, l'Infermiere agisce come figura di riferimento e facilitatore tra la persona e il sistema dei servizi, facilitando l'accesso, orientando il percorso iniziale e collaborando con gli altri professionisti. Il ruolo infermieristico si estende alla costruzione della relazione di fiducia, all'orientamento nel sistema dei servizi, alla rilevazione di condizioni di urgenza o rischio e alla comunicazione efficace all'interno del team multiprofessionale.

2.4 Finalità delle RBPCA

Alla luce dei principi e dei processi descritti, le RBPCA mirano a:

- ridurre la variabilità ingiustificata delle pratiche di accoglienza e valutazione;
- migliorare la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza al primo accesso;
- favorire la continuità dei percorsi di cura e ridurre il *drop out* precoce;
- sostenere un modello di accoglienza strutturato, appropriato e centrato sulla persona.

Le raccomandazioni si applicano nelle diverse fasi del processo di accoglienza:

- preliminare, relativa alla preparazione dell'ambiente e all'organizzazione interna;
- contestuale, riferita al colloquio di accoglienza e alla valutazione infermieristica;
- successiva, orientata alla documentazione, alla comunicazione al team multiprofessionale e alla pianificazione degli interventi successivi (R11).

Tutte le attività infermieristiche sono svolte nel rispetto della dignità e dell'autodeterminazione della persona, in coerenza con il Codice Deontologico (FNOPI, 2025) e le normative in materia di privacy (Reg. UE 2016/679).

2.5 Coinvolgimento degli stakeholder

Lo sviluppo delle RBPCA ha previsto il coinvolgimento di stakeholder con ruoli differenziati:

- utenti e caregiver, direttamente coinvolti con funzione di consultazione;
- professionisti sanitari dei servizi di salute mentale;
- società scientifiche, per garantire il confronto multidisciplinare e coerenza scientifica;
- decisori organizzativi, per favorire l'applicabilità nei diversi contesti territoriali.

Il contributo diretto degli stakeholder ha contribuito ad orientare le raccomandazioni verso un modello di accoglienza condiviso e adattabile, capace di coniugare sicurezza, appropriatezza e centralità della persona, nel rispetto delle scelte e del consenso della persona assistita.

3. METODI

3.1. Impianto metodologico generale e motivazione dell'approccio adottato

Lo sviluppo delle RBPCA è stato condotto secondo un percorso strutturato e conforme ai Manuali metodologici dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS): Indicazioni metodologiche per la stesura di RBPCA basate sul consenso esperto (RBPCA consensus-based) v.1.1 (novembre 2025).

Il metodo adottato è stato selezionato a seguito di una valutazione preliminare di fattibilità metodologica, che ha indirizzato verso un approccio consensus-based quale opzione più appropriata. Tale scelta è risultata coerente con la natura multidimensionale e complessa, del fenomeno indagato, nonché con la necessità di integrare evidenze scientifiche disponibili ma limitate, con il giudizio esperto e l'esperienza professionale maturata nei contesti di pratica clinico-assistenziale.

3.2 Razionale dell'approccio metodologico

È stata condotta un'analisi preliminare della letteratura scientifica per definire meglio la metodologia corretta adeguata ad impostare una revisione strutturata. Tale analisi preliminare ci ha permesso di elaborare gli obiettivi, primari e secondari, il PICO e criteri di inclusione ed esclusione, secondo i criteri di una revisione sistematica della letteratura. Tale revisione sistematica è stata registrata su PROSPERO (CRD420251237053).

La revisione ha evidenziato:

- assenza di trial randomizzati controllati;
- prevalenza di studi osservazionali, qualitativi e mixed-methods;
- marcata eterogeneità dei contesti, degli strumenti e degli esiti considerati;
- frammentarietà e limitata trasferibilità delle evidenze disponibili sul primo accoglimento infermieristico nei servizi territoriali di salute mentale.

3.3 Approccio adottato: Conferenza di Consenso

È stato adottato un approccio consensus-based. Le raccomandazioni formulate dal Panel di Esperti sono state sottoposte a una survey a due round condotta durante il Congresso Nazionale SISISM.

È stata utilizzata una scala Likert a 9 punti, coerentemente con i principali metodi di consenso esperto richiamati dal Manuale ISS, in quanto permette di rappresentare in modo più preciso le diverse sfumature di accordo e di identificare più facilmente le raccomandazioni che richiedono ulteriore discussione o riformulazione.

3.4 Composizione e ruoli del gruppo di sviluppo

La governance dello sviluppo delle raccomandazioni è articolata in un 1) Comitato Tecnico Scientifico, 2) un Gruppo di Lavoro Tecnico-Redazionale, 3) un Panel di Esperti multidisciplinare comprendente rappresentanti delle società scientifiche, professionisti esperti e rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari, nonché 4) Revisori Esterni indipendenti.

Il Panel di Esperti costituisce l'organo deliberativo responsabile della formulazione e votazione delle raccomandazioni finali.

Società capofila e collaborazione istituzionale

La Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM) è la società capofila.

Nell'ambito di una collaborazione con la SISISM, il Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale ha contribuito al progetto fornendo supporto alla raccolta di documenti, procedure e modelli organizzativi in uso nei servizi italiani, senza partecipare al processo di consenso o alle votazioni.

Questa collaborazione si è limitata alla facilitazione dell'accesso a materiali e modelli organizzativi territoriali, al fine di supportare l'analisi di contesto e la trasferibilità delle raccomandazioni, nel rispetto dell'indipendenza del processo di consenso.

Comitato Tecnico-Scientifico (CTS)

Il Comitato Tecnico-Scientifico ha svolto funzioni di indirizzo e supervisione metodologica ed è stato costituito con il coinvolgimento sia di membri del Direttivo SISISM che di figure con competenze cliniche, organizzative e metodologiche.

Compiti principali:

- definizione dell'area tematica;

- supervisione del percorso metodologico;
- coordinamento delle fasi di consenso.

Il CTS ha inoltre garantito la coerenza del percorso di sviluppo con le Indicazioni metodologiche ISS per le RBPCA consensus-based, assicurando la separazione tra funzioni di indirizzo metodologico, produzione tecnica dei contenuti e processi decisionali di consenso.

Gruppo di lavoro tecnico-redazionale

Il Gruppo di lavoro RBPCA, interno alla SISISM, è stato composto da 2 membri con competenze in metodologia, infermieristica di salute mentale, ricerca, analisi documentale, redazione e segreteria tecnico-organizzativa.

Il gruppo di lavoro:

- ha sviluppato le bozze tecniche delle raccomandazioni nelle varie fasi;
- ha supportato tutte le fasi del processo;
- non ha partecipato alle votazioni né al consenso.

In conformità alle raccomandazioni ISS, la separazione tra funzioni di supporto metodologico-redazionale e processi decisionali ha contribuito a ridurre il rischio di bias e a garantire l'indipendenza del consenso esperto.

Panel di Esperti

Il Panel di Esperti rappresenta l'organo deliberativo della Consensus Conference ed è composto da professionisti esperti, rappresentanti delle società scientifiche e rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari. I componenti partecipano alla valutazione delle evidenze e alla votazione delle raccomandazioni.

Sinteticamente il Panel:

- Valuta le evidenze presentate.
- Partecipa ai round di consenso.

- Vota le raccomandazioni.
- Contribuisce alla formulazione finale delle raccomandazioni.
- Tutti i suoi componenti hanno diritto di voto a parte il Chair.

Il Panel di esperti è composto da esperti SISISM, esperti di Società scientifiche esterne e da rappresentanti di associazioni familiari e di utenti. In considerazione della specificità del tema e del valore della prospettiva esperienziale, i rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari partecipano alle votazioni del Panel al pari degli altri componenti. Nel dettaglio:

- **Esperti SISISM.** Il Panel di Esperti SISISM è composto da infermieri con una consolidata formazione specialistica e una pluriennale esperienza professionale nell'ambito della salute mentale. I componenti del Panel hanno maturato nel corso della propria attività competenze clinico-assistenziali, organizzative, manageriali e metodologiche, sviluppando una profonda conoscenza dei bisogni delle persone con disturbo mentale e dei relativi percorsi di cura. Tali competenze consentono loro di analizzare i fenomeni clinico-assistenziali con rigore scientifico, sensibilità etica e visione multiprofessionale, contribuendo alla formulazione di raccomandazioni fondate sulle migliori evidenze disponibili e orientate al miglioramento della qualità dell'assistenza.
- **Esperti delle Società Scientifiche.** I rappresentanti delle Società Scientifiche coinvolte sono professionisti con consolidata esperienza clinica, assistenziale, organizzativa e scientifica nei rispettivi ambiti disciplinari. La loro partecipazione ha consentito di integrare nel processo di consenso competenze multiprofessionali e punti di vista complementari, garantendo una valutazione ampia e qualificata delle raccomandazioni. Il contributo dei rappresentanti delle Società Scientifiche ha favorito la coerenza delle raccomandazioni con i diversi contesti professionali e organizzativi della salute mentale, rafforzandone la rilevanza, l'applicabilità e la trasferibilità nella pratica clinico-assistenziale.
- **Esperti rappresentanti di utenti e familiari.** I rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari coinvolti nel Panel di Esperti apportano una conoscenza diretta e qualificata dell'esperienza vissuta nei percorsi di salute mentale, contribuendo alla comprensione dei bisogni, delle aspettative e delle criticità percepite dalle persone assistite e dai loro

caregiver. Il loro contributo ha consentito di integrare le evidenze scientifiche e le competenze professionali con la prospettiva della vita reale, promuovendo la centralità della persona e l'orientamento alla recovery nella formulazione delle raccomandazioni. In considerazione della rilevanza di tale prospettiva per il tema oggetto della Consensus Conference, i rappresentanti delle associazioni hanno partecipato al processo di consenso e alle votazioni del Panel al pari degli altri componenti.²

Revisione esterna indipendente

In conformità ai principi metodologici dell'Istituto Superiore di Sanità per lo sviluppo delle RBPCA consensus-based, il documento è stato sottoposto a una revisione esterna indipendente condotta da revisori con competenze cliniche e metodologiche nell'ambito della salute mentale e delle professioni sanitarie.

La revisione esterna aveva l'obiettivo di valutare la chiarezza, la coerenza metodologica, la rilevanza clinico-assistenziale, la fattibilità e la trasferibilità delle raccomandazioni.

Le osservazioni formulate dai revisori sono state analizzate dal Gruppo di Lavoro e dal Comitato Tecnico Scientifico e, ove ritenute pertinenti, integrate nella versione finale del documento al fine di rafforzarne qualità, applicabilità e rigore scientifico.

3.5 Gestione dei conflitti di interesse

Tutti i partecipanti al processo (CTS, gruppo di lavoro tecnico -redazionale metodologico, panel delle società scientifiche, revisori esterni) hanno compilato i moduli ISS per la dichiarazione dei conflitti di interesse.

Le dichiarazioni di interesse sono state raccolte prima dell'avvio delle attività e aggiornate secondo le procedure previste dai Manuali metodologici ISS, in modo da garantire trasparenza, tracciabilità e una gestione appropriata dei potenziali conflitti di interesse lungo l'intero processo di sviluppo delle raccomandazioni.

Non sono emersi conflitti economici diretti rilevanti né condizioni tali da influenzare le raccomandazioni.

Eventuali interessi di natura non economica dichiarati sono stati valutati come non rilevanti o tali da non compromettere l'indipendenza del processo decisionale, in coerenza con le politiche ISS per la gestione dei conflitti di interesse nelle RBPCA consensus-based.

3.6 Revisione sistematica della letteratura e documentazione preparatoria

Revisione sistematica (PROSPERO)

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura, preregistrata su PROSPERO (CRD420251237053), secondo i criteri PRISMA.

La revisione sistematica ha avuto finalità esplorative e di supporto al processo di consenso esperto, in coerenza con l'approccio consensus-based adottato e con quanto previsto dalle Indicazioni metodologiche ISS in presenza di evidenze limitate o non comparabili.

Le stringhe di ricerca sono state inizialmente sviluppate dal Gruppo di lavoro RBPCA, che includeva metodologi e docenti a contratto in infermieristica di salute mentale con consolidata esperienza nell'ambito dell'infermieristica di salute mentale e della ricerca applicata.

Al fine di garantire robustezza metodologica e replicabilità, le strategie di ricerca sono state verificate e replicate dalla Biblioteca Scientifica Pinali dell'Università di Padova. Le stringhe sviluppate in modo indipendente hanno prodotto risultati sovrapponibili, confermando l'eshaustività del processo di ricerca.

Questa fase di verifica indipendente ha contribuito a ridurre il rischio di bias di selezione e a rafforzare l'affidabilità complessiva del processo di ricerca bibliografica.

La ricerca è stata condotta su PubMed, CINAHL, PsycINFO e Scopus.

Il processo di selezione ha portato all'identificazione di tre articoli pertinenti, risultato coerente con la limitata produzione scientifica specifica in questo ambito e con l'elevata eterogeneità dei modelli organizzativi analizzati.

La scarsità e frammentarietà delle evidenze emerse hanno confermato l'appropriatezza del ricorso a un processo strutturato di consenso esperto per la formulazione delle raccomandazioni.

Documentazione territoriale

Sono stati raccolti e analizzati 24 documenti (procedure, schede di accoglienza, flussi operativi, PDTA) provenienti dai servizi territoriali italiani, anche grazie al contributo dell'Associazione dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale.

La documentazione territoriale è stata utilizzata come fonte di dati di contesto *real-world*, al fine di integrare le evidenze scientifiche disponibili con le pratiche organizzative e clinico-assistenziali effettivamente adottate nei servizi di salute mentale italiani.

L'analisi dei documenti ha consentito di identificare elementi ricorrenti, criticità organizzative comuni e aree di variabilità nelle modalità di primo accoglimento e valutazione infermieristica, a supporto della formulazione delle raccomandazioni in termini di fattibilità, trasferibilità e adattabilità ai diversi contesti territoriali del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa integrazione tra revisione della letteratura, dati di contesto e consenso esperto è coerente con l'approccio metodologico delle RBPCA consensus-based e ha contribuito a rafforzare il fondamento clinico-organizzativo delle raccomandazioni formulate.

3.7 Elaborazione delle Raccomandazioni

Attività del Gruppo di Lavoro Tecnico - Redazionale e Metodologico

Il Gruppo di Lavoro Tecnico Redazionale Metodologico ha operato con funzioni metodologiche, tecnico-scientifiche e redazionali, in coerenza con la separazione dei ruoli prevista dai Manuali ISS per le Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) consensus-based.

Sulla base dei quesiti definiti dal Comitato Tecnico Scientifico, il Gruppo di Lavoro ha condotto la ricerca e l'analisi della documentazione scientifica e professionale disponibile, predisponendo i documenti di sintesi e le bozze preliminari delle raccomandazioni da sottoporre alla valutazione del Panel di Esperti.

I componenti del Gruppo di Lavoro non hanno partecipato alle votazioni relative al processo di consenso in coerenza con la separazione dei ruoli prescritta dal Manuale ISS per le RBPCA Consensus Based

Analisi della documentazione e adattabilità ai contesti territoriali

La prima bozza è stata elaborata dal Gruppo di lavoro tecnico-redazionale e metodologico RBPCA, integrando:

- i risultati della revisione sistematica;
- la documentazione territoriale;
- le pratiche consolidate nazionali e internazionali.

Nel corso dell'elaborazione delle raccomandazioni è stata condotta un'analisi sistematica della documentazione raccolta, caratterizzata da un'elevata eterogeneità in termini di modelli organizzativi, dotazione di risorse e configurazione dei servizi di salute mentale.

Al fine di favorire la trasferibilità e l'applicabilità delle raccomandazioni nei diversi contesti del Servizio Sanitario Nazionale, la documentazione è stata analizzata considerando differenti tipologie territoriali, con particolare riferimento a:

- Dipartimenti di Salute Mentale operanti in grandi aree urbane.
- Dipartimenti di Salute Mentale riferiti a città di medie dimensioni.
- Dipartimenti di Salute Mentale operanti in territori estesi a bassa densità abitativa.

Tale analisi è stata utilizzata come strumento di lettura comparativa finalizzato all'identificazione di elementi comuni, criticità ricorrenti e possibili elementi di adattamento organizzativo delle raccomandazioni. Questa operazione analitica non ha avuto finalità classifiche rigide, ma è stata utilizzata come strumento di lettura comparativa per:

- identificare elementi comuni e trasversali ai diversi contesti;
- evidenziare criticità organizzative ricorrenti;
- valutare il grado di adattabilità delle proposte di raccomandazione in relazione alle caratteristiche territoriali.

I risultati ottenuti hanno supportato la formulazione di raccomandazioni orientate alla fattibilità, alla flessibilità organizzativa e alla trasferibilità nei diversi contesti assistenziali.

Panel di Esperti

Le raccomandazioni preliminari sono state sottoposte alla valutazione di un Panel di Esperti multidisciplinare e multi-stakeholder, coordinato dal Chair con funzione di moderazione e garanzia metodologica, senza partecipazione alle votazioni.

Il Panel era composto da 15 membri votanti, rappresentativi delle principali prospettive professionali e di esperienza coinvolte nell'assistenza in salute mentale:

- 5 esperti SISISM, con competenze cliniche, organizzative e formative nell'ambito infermieristico della salute mentale;
- 6 rappresentanti designati da società scientifiche, appartenenti alle professioni della psichiatria, dell'infermieristica e della riabilitazione psichiatrica;
- 3 rappresentanti di associazioni di utenti e familiari, al fine di includere il punto di vista delle persone assistite e dei caregiver nel processo di sviluppo delle raccomandazioni.

La valutazione è stata effettuata tramite questionario elettronico utilizzando una scala Likert a 5 punti (1 = forte disaccordo; 5 = forte accordo). Per ciascuna raccomandazione sono stati calcolati score medio, mediana e percentuale di consenso, definita come quota di voti pari a 4 o 5. La soglia di consenso è stata fissata all'80% dei voti espressi nell'area di accordo.

L'analisi delle votazioni ha evidenziato un livello di accordo molto elevato tra i componenti del Panel. Tutte le undici raccomandazioni hanno superato la soglia di consenso prestabilita, con percentuali di accordo comprese tra 86,7% e 100%. In particolare, le raccomandazioni R2, R5, R7, R10 e R11 hanno raggiunto il massimo livello di consenso, mentre la Raccomandazione R9 (*"Coinvolgimento del caregiver e della rete"*) ha mostrato una maggiore articolazione delle posizioni pur mantenendo un consenso ampiamente superiore alla soglia prevista (86,7%).

Nel complesso, la valutazione del Panel ha confermato la rilevanza, la chiarezza e l'accettabilità professionale delle raccomandazioni, consentendone il successivo utilizzo nella survey nazionale rivolta ai partecipanti al Congresso SISISM.

3.8. Survey presso Congresso Nazionale SISISM

Nel corso del Congresso Nazionale SISISM svoltosi in una unica giornata, si è svolta una survey che ha coinvolto in maniera volontaria tutti i partecipanti ai quali è stato chiesto di esprimere il loro consenso sulle raccomandazioni elaborate dal gruppo di lavoro e votate dal panel di esperti. Si ritiene che tale survey abbia rappresentato un importante momento di confronto tecnico-scientifico, finalizzato alla discussione e valutazione delle raccomandazioni elaborate nelle fasi precedenti.

La survey ha avuto funzione di ulteriore validazione delle raccomandazioni, attraverso un confronto strutturato, multiprofessionale e orientato all'integrazione tra evidenze disponibili, dati di contesto e giudizio esperto.

Fasi di votazione

Il processo di consenso esperto si è articolato in due fasi successive di votazione:

1. Primo round: votazione generale sull'insieme delle raccomandazioni da parte dei partecipanti del Congresso, con soglia di consenso fissata all'80%.
2. Secondo round: votazione limitata esclusivamente agli enunciati che non hanno raggiunto la soglia di consenso nel primo round, preceduta da discussione collegiale.

Strumenti di valutazione del consenso

La valutazione del livello di accordo sulle raccomandazioni è stata effettuata mediante l'utilizzo di una scala Likert a 9 punti, con le seguenti caratteristiche:

1) scala Likert a 9 punti; 2) votazione anonima; 3) articolazione in due round; 4) feedback controllato tra i round.

L'impiego di tale sistema di rating ha avuto esclusivamente la funzione di supportare la misurazione strutturata del consenso esperto e non ha costituito una metodologia autonoma di sviluppo delle raccomandazioni.

Questa fase ha prodotto un consenso tecnico scientifico e non ha rappresentato l'*endorsement* istituzionale finale delle RBPCA.

3.9 Revisione esterna indipendente, trasparenza e aggiornamento del documento

La RBPCA è stata sottoposta a un processo di revisione esterna indipendente, condotto secondo quanto previsto dai Manuali metodologici dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per le RBPCA consensus-based.

La revisione esterna ha coinvolto due revisori scientifici indipendenti, selezionati per competenza clinica e metodologica nell'ambito della salute mentale e delle professioni sanitarie:

- Federico Durbano, Medico Psichiatra, Direttore di Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, membro del Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale;

- Matteo Danielis, Infermiere Ricercatore MEDS-24C (Scienze infermieristiche generali, cliniche, pediatriche e ostetrico-ginecologiche), Università di Padova.

Le osservazioni dei revisori, espresse mediante valutazione su scala Likert, non hanno modificato l'impianto metodologico complessivo delle RBPCA, ma hanno evidenziato aree di possibili miglioramenti relative a:

- flessibilità organizzativa;
- chiarezza terminologica;
- rischio di interpretazioni prescrittive o riduttive;
- rafforzamento della prospettiva multiprofessionale e recovery-oriented.

3.10 Integrazione del feedback e aggiornamento della metodologia e dei risultati

Le osservazioni formulate dai revisori esterni sono state analizzate dal Comitato Tecnico-Scientifico e dal Gruppo di lavoro e integrate in modo trasparente e documentato nella versione finale del documento.

L'aggiornamento ha riguardato sia la metodologia che i risultati (Raccomandazioni R1–R11), con riformulazioni mirate volte a:

- ridurre ambiguità interpretative;
- esplicitare meglio il carattere non prescrittivo delle raccomandazioni;
- chiarire il ruolo della multiprofessionalità e della rete;
- rafforzare l'orientamento evolutivo del percorso di cura.

Tali revisioni hanno avuto esclusivamente carattere migliorativo, contribuendo a rafforzare la coerenza clinica, metodologica e organizzativa del documento, senza modificarne le finalità né il metodo di sviluppo adottato.

3.11 Trasparenza, tracciabilità e qualità metodologica

L'intero processo di sviluppo delle RBPCA è stato condotto nel rispetto dei principi di trasparenza, tracciabilità e rigore metodologico previsti dai Manuali ISS.

La qualità del processo di consenso è stata valutata mediante l'applicazione puntuale delle indicazioni fornite dal Manuale ISS per le RBPCA Consensus Based. I risultati risultano documentati negli allegati dedicati, insieme a:

- report della revisione sistematica;
- documentazione territoriale analizzata;
- risultati delle votazioni e ai livelli di consenso raggiunti;
- sintesi delle osservazioni dei revisori esterni.

4. SINTESI DELLE EVIDENZE E RBPCA RISULTATI

4.1 Risultati: Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale

Alla luce del processo di consenso esperto descritto nella metodologia, e dell'integrazione tra le evidenze scientifiche disponibili e la documentazione di contesto analizzata, sono state formulate le seguenti Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) relative al primo accoglimento e alla valutazione infermieristica nei servizi di salute mentale territoriali, che costituiscono la versione finale derivante dal confronto tecnico-scientifico e dalla validazione formale del Panel delle Società Scientifiche. Le informazioni di dettaglio relative al processo di voto, alle riformulazioni e all'integrazione del feedback sono documentate negli allegati.

Tutte le raccomandazioni di seguito riportate hanno raggiunto il consenso formale da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante valutazione su scala Likert a 5 punti, con una soglia di consenso predefinita pari ad almeno l'80% dei voti espressi nell'area di accordo (punteggi 4-5). **L'intero set di raccomandazioni è stato successivamente sottoposto a validazione esterna mediante survey nazionale condotta su 72 professionisti della salute mentale partecipanti al Congresso SISISM. Al termine del processo di consenso, tutte le 11 Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale hanno ottenuto il consenso finale.**

RBPCA 1 Organizzazione del processo di accoglienza²

Si raccomanda che il primo accesso di un paziente ad un servizio sanitario preveda un'accoglienza infermieristica seguita da una valutazione infermieristica strutturata, con definizione dei bisogni assistenziali e del livello di priorità, prevedendo il coinvolgimento multiprofessionale quando necessario e l'adattamento del modello ai diversi contesti territoriali.²

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 93,39%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.²

Razionale Scientifico²

La sequenza delle fasi aumenta accuratezza e appropriatezza, riduce variabilità e supporta modelli territoriali diversi. La strutturazione del processo contribuisce inoltre a migliorare la sicurezza della persona assistita e l'orientamento tempestivo del percorso di cura, riducendo il rischio clinico-organizzativo nella fase iniziale di accesso ai servizi²

Riferimenti bibliografici essenziali²

Il DM 77/2022 non dichiara che l'Infermiere effettua la prima valutazione.²

Il DM 77 descrive équipe multiprofessionali nei punti di accesso. L'Infermiere è chiaramente figura centrale nell'assistenza territoriale, ma ciò deriva dall'interpretazione del modello, non da una frase esplicita del decreto.²

Il Consensus/Position Statement FNOPI–SISISM è invece il riferimento che giustifica con forza e rigore il ruolo infermieristico nella fase di accoglienza.²

Possiamo trovare ulteriori riferimenti sul ruolo infermieristico nei modelli di mental health triage inglesi (<https://ukmentalhealthtriagescale.org/wp-content/uploads/2016/01/uk-mhnts-guidelines-for-use.pdf>) e in ICN - International Council of Nursing (2024) Guidelines on mental health nursing:

https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-03/ICN_MentalHealthNursingGuidelines-2024_FINAL_EN_0.pdf ²

RBPCA 2 Competenze comunicativo-relazionali

Si raccomanda che l'Infermiere che si occupa dell'accoglienza e valutazione infermieristica al primo accesso possieda competenze comunicativo-relazionali strutturate (comprendenti l'ascolto attivo, la conduzione del colloquio nelle sue diverse fasi e la gestione della comunicazione in situazioni critiche o di crisi), garantite tramite formazione continua e standard minimi definiti

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.

Razionale Scientifico

In coerenza con le recenti linee guida questa raccomandazione pone le competenze comunicativo-relazionali al centro della pratica infermieristica in salute mentale, elevandole a pilastro fondamentale e imprescindibile dell'agire professionale. Tali abilità costituiscono il fulcro della pratica clinico-assistenziale e sono il principale strumento operativo per gestire efficacemente le delicate fasi dell'accoglienza, dell'accertamento e della valutazione della persona assistita nell'interessa biopsicosociale, rivestendo un ruolo determinante al momento del primo contatto con il servizio

La qualità della relazione, eventualmente e contestualmente integrata da strumenti standardizzati, ottimizza la definizione delle priorità assistenziali e la gestione tempestiva delle urgenze, riducendo gli eventi avversi a tutela dell'utente e di terzi. Una comunicazione competente, trasparente e rispettosa delle scelte della persona promuove la fiducia, favorisce lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e migliora gradualmente aderenza e tutela normativa.

Riferimenti bibliografici essenziali

CN - International Council of Nursing (2024) Guidelines on mental health nursing Available on: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-mental-health-nursing>

Si veda inoltre: Hartley et al., 2020. (Revisione sistematica sulla relazione terapeutica Infermiere-paziente)

RBPCA 3 Strumenti standardizzati di valutazione

Si raccomanda, nella fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso l'utilizzo di strumenti validati in italiano per la valutazione del funzionamento globale e dei rischi (in particolare quelli rilevanti per la sicurezza).

Gli strumenti dovrebbero essere, standardizzati, brevi, applicabili nel primo accesso. Il loro utilizzo integra e supporta l'osservazione clinica e il giudizio professionale, senza sostituirli.

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 93,3%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.

Razionale Scientifico

L'impiego di strumenti di valutazione standardizzati e validati consente di raccogliere informazioni in modo sistematico, riproducibile e comparabile, riducendo la variabilità soggettiva del processo valutativo e supportando una più accurata identificazione dei bisogni assistenziali, del funzionamento globale e dei principali fattori di rischio. In ambito di salute mentale, tali strumenti favoriscono una valutazione più omogenea e una precoce individuazione delle situazioni che richiedono approfondimenti o interventi specifici.

Gli strumenti validati non sostituiscono il giudizio clinico dell'Infermiere, ma lo integrano e lo supportano, contribuendo a rendere il processo decisionale più trasparente e basato sulle evidenze. Inoltre, l'utilizzo di strumenti brevi e facilmente applicabili al primo accesso facilita la comunicazione multiprofessionale, la continuità assistenziale e la sicurezza del percorso di cura, favorendo una presa in carico più appropriata e coerente con i bisogni della persona.

Riferimenti bibliografici essenziali

D. Lgs. 62/2024 (attuazione della L. 227/2021) introduce il WHODAS 2.0 come nuovo strumento nazionale standard per la valutazione del funzionamento e della disabilità.

Si vedano inoltre:

Seyedsalehi & Fazel 2024; (Revisione delle evidenze sugli strumenti di valutazione del rischio suicidario)

Powsner et al., 2023; (Revisione delle pratiche di suicide risk management in emergenza)

RBPCA 4 Scheda di primo contatto

Si raccomanda che durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso la raccolta delle informazioni avvenga tramite una scheda standardizzata condivisa tra i professionisti del servizio, che garantisca un set minimo essenziale finalizzata a garantire la raccolta uniforme di un set minimo essenziale di informazioni, comprendente: il motivo dell'accesso, gli elementi indispensabili per la sicurezza della persona assistita, la rappresentazione che la persona ha del proprio problema e l'informativa sul trattamento dei dati personali. (motivo dell'accesso, elementi indispensabili per la sicurezza, rappresentazione che la persona ha del proprio problema, informativa sul trattamento dei dati personali). Dovrebbero Possono essere utilizzati, nell'ambito dell'accoglienza e della valutazione infermieristica ulteriori strumenti e approfondimenti standardizzati quando necessari per la definizione dei bisogni di salute e per orientare le decisioni clinico-assistenziali. Possono essere considerati approfondimenti aggiuntivi nel caso di attivazione del percorso di presa in carico. [?]

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.

Razionale Scientifico[?]

Una scheda essenziale condivisa evita intrusività, riduce possibili omissioni e assicura continuità informativa. L'utilizzo di una scheda standardizzata favorisce inoltre un primo contatto rispettoso, proporzionato e orientato alla sicurezza, facilitando la condivisione delle informazioni all'interno dell'équipe e la continuità del percorso assistenziale.[?]

Riferimenti bibliografici essenziali[?]

Ministero della Salute (2018) Raccomandazione n°4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale Available on: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/raccomandazione-ndeg4-prevenzione-del-suicidio-di-paziente-ospedale/> [?]

NICE e altri organismi internazionali raccomandano set minimi standardizzati nelle fasi iniziali per garantire sicurezza e continuità, senza sovraccaricare il primo incontro (NICE)[?]

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/ifp/chapter/what-should-happen-during-an-assessment-at-mental-health-services> [?]

RBPCA 5 Gestione delle situazioni di urgenza/emergenza[?]

Si raccomanda che nella fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso siano tempestivamente identificati eventuali rischi immediati per la sicurezza della persona o di terzi, effettuando una valutazione finalizzata alla tutela e alla gestione della sicurezza. In presenza di criticità, l'Infermiere informa tempestivamente il medico e attiva i percorsi interni ed esterni per la gestione dell'emergenza secondo le modalità decisionali condivise e vigenti nel Servizio.

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.[?]

Razionale Scientifico[?]

La tempestività di attivazione dei percorsi riduce eventi avversi e aumenta sicurezza.[?]

Una chiara rilevazione iniziale dei rischi e l'attivazione tempestiva dei percorsi condivisi consentono inoltre di tutelare la persona assistita e i terzi, garantendo un passaggio sicuro e appropriato alle fasi successive di valutazione e trattamento[?]

Riferimenti bibliografici essenziali[?]

Il rischio è rilevazione orientativa, non diagnosi.[?]

La Legge 24/2017 – Sicurezza delle cure (Gelli-Bianco) pur non disciplinando direttamente la gestione operativa delle situazioni di urgenza, attribuisce alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali un ruolo centrale nella definizione della responsabilità professionale. La legge promuove la sicurezza delle cure identificando l'aderenza a raccomandazioni validate, condivise e basate su evidenze scientifiche come il parametro fondamentale per valutare la perizia e la diligenza dell'operato infermieristico.[?]

Ministero della Salute – Manuale sull'Audit Clinico[?]

Si vedano inoltre:[?]

Lang et al., 2025 (Linea di indirizzo del Canadian Task Force on Preventive Health Care sullo screening della depressione negli adulti)

Suzuki et al., 2026 (Sintesi delle evidenze sulla continuità assistenziale dopo accesso in emergenza per rischio suicidario)

Thangada et al., 2024 (Revisione sistematica sulle strategie di gestione del rischio suicidario nelle cure primarie)

[?]

RBPCA 6 Consenso informato e trasparenza del percorso

Si raccomanda, durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso ai servizi di salute mentale, **di fornire alla persona informazioni chiare e comprensibili** sul percorso di cura, sui propri diritti, sulla volontarietà del coinvolgimento della rete familiare e sociale e sul trattamento de suoi dati personali.

Il consenso dovrebbe essere considerato un **processo relazionale che coinvolge l'intera équipe assistenziale**. Nell'ambito delle rispettive competenze professionali, ciascun professionista contribuisce al processo informativo e all'acquisizione del consenso per gli atti di propria competenza; **l'Infermiere partecipa a tale processo relativamente agli interventi assistenziali di propria competenza**. L'acquisizione del consenso deve essere **documentata**. **Il rifiuto** della persona a coinvolgere la rete familiare o sociale **non limita l'accesso ai servizi** o l'attivazione del percorso di cura.

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.

Razionale Scientifico

Trasparenza e volontarietà migliorano fiducia, aderenza e tutela normativa. Una comunicazione trasparente e rispettosa delle scelte della persona favorisce inoltre lo sviluppo dell'alleanza terapeutica fin dal primo contatto e contribuisce a un accesso ai servizi equo, non coercitivo e orientato alla continuità del percorso di cura.

Riferimenti bibliografici essenziali

Legge 219/2017, articolo 1 comma 2.

GDPR 2016/679

Legge 180/1978

Le linee guida NICE sull'esperienza dell'utente nei servizi di salute mentale indicano che chiarezza su percorso, condivisione delle informazioni e rispetto delle scelte sono elementi centrali dell'assessment iniziale e della qualità percepita delle cure <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/ifp/chapter/what-should-happen-during-an-assessment-at-mental-health-services>

Si veda inoltre sul concetto di chiarezza delle informazioni fornite e loro comprensione i contenuti all'interno dell'Allegato 1 alla Raccomandazione 6

RBPCA 7 Continuità informativa e handover

Si raccomanda di assicurare, nelle prime 24-72 ore dal momento dell'accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso, una trasmissione chiara, tempestiva e strutturata delle informazioni clinico-assistenziali tra i professionisti coinvolti, al fine di garantire la continuità del percorso di cura attivato e la coerenza degli interventi, nel rispetto del consenso informato della persona.

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti

Razionale Scientifico

La trasmissione tempestiva, completa e strutturata delle informazioni clinico-assistenziali rappresenta un elemento essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza della persona assistita. Una comunicazione efficace tra i professionisti coinvolti nel percorso di cura riduce il rischio di perdita di informazioni rilevanti, frammentazione degli interventi, errori assistenziali e interruzioni della presa in carico. L'handover strutturato favorisce inoltre la condivisione degli obiettivi assistenziali, la coerenza decisionale tra i diversi professionisti e la continuità del progetto terapeutico-assistenziale, contribuendo a ridurre il rischio di drop-out e a migliorare la qualità delle cure.

Riferimenti bibliografici essenziali

La Legge 24/2017 (Gelli-Bianco) Sicurezza delle cure e Governo clinico, pur non disciplinando direttamente i processi di continuità informativa e handover, riconosce il ruolo centrale delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali nella responsabilità professionale, contribuendo indirettamente alla sicurezza delle cure attraverso la promozione di modelli organizzativi strutturati, tracciabili e condivisi di trasmissione delle informazioni.

Il Manuale sull'Audit e la Clinical Governance (Ministero della Salute, FNOMCeO, IPASVI, FOFI) sottolineano l'importanza dei processi di comunicazione strutturata e della continuità assistenziale come elementi chiave per la qualità e la sicurezza delle cure.

Si veda anche:

Biringer et al., 2017 (Studio sull'esperienza della continuità delle cure da parte degli utenti dei servizi di salute mentale)

Naxakis et al., 2025 (Studio sull'implementazione di uno strumento elettronico per il passaggio di consegne in salute mentale)

RBPCA 8 Percezione del problema

Dovrebbero essere rilevate, durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso ai servizi di salute mentale, **la consapevolezza che la persona ha del proprio problema** e le motivazioni dell'accesso.

Il professionista dovrebbe svolgere un'attività informativa e orientativa sulle **opportunità di cura disponibili, incluse quelle erogate da altri servizi** o da risorse della rete territoriale. Tale attività si colloca nell'ambito della relazione di cura e del diritto all'informazione della persona e si distingue dal successivo momento dell'acquisizione del consenso ai trattamenti proposti.

Classe di Raccomandazione (COR): IIa; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.

Razionale Scientifico

La percezione del problema orienta la valutazione iniziale senza essere intrusiva, mentre la rilevazione delle aspettative richiedono una relazione già consolidata.

La rilevazione della consapevolezza e della motivazione avviene in forma esplorativa e narrativa, senza finalità valutative o selettive, e rappresenta un primo orientamento del percorso, non un prerequisito per l'accesso o la presa in carico.

Riferimenti bibliografici essenziali

Si veda:

Tripathi et al 2023 (Linee guida cliniche per la valutazione e la gestione tempestiva dei pazienti in situazione di crisi psicosociale)

RBPCA 9 Coinvolgimento caregiver/rete?

Dovrebbero essere coinvolti, nel momento dell'accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso, il caregiver e la rete previo consenso esplicito della persona. ?

Classe di Raccomandazione (COR): IIa; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 4,5; percentuale di consenso: 86,7%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.?

Razionale Scientifico?

Per "rete" si intendono familiari, persone di fiducia indicate dalla persona assistita e, quando già coinvolte, figure socio-sanitarie esterne. Non deve essere effettuata la ricerca attiva della rete nella fase iniziale di accesso.

Il coinvolgimento deve rispettare privacy, volontarietà e sicurezza.

Il rispetto del consenso nella fase iniziale non esclude il valore terapeutico del coinvolgimento di caregiver e rete nel percorso successivo, che può essere costruito progressivamente in modo condiviso, sicuro e coerente con le scelte della persona assistita.

Riferimenti bibliografici essenziali

Il GDPR considera tutti i dati sanitari come “*categorie particolari*”, che richiedono trattamento limitato e consenso esplicito per la trasmissione a terzi. La 219/2017 chiarisce che la persona decide chi può essere informato, senza distinguere se si tratta di familiari o professionisti esterni all'équipe diretta.?

Si veda anche:

Eassom et al., 2014 (Revisione sistematica dei fattori che ostacolano o facilitano il coinvolgimento dei familiari nel trattamento dei disturbi psichiatrici)

RBPCA 10 Setting e tempi del primo accesso?

Si raccomanda che il colloquio di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso avvenga in **un setting riservato e sicuro**. **Il tempo dedicato dovrebbe essere proporzionato alla complessità e alle condizioni della persona**, con orientamento flessibile (es.

durata variabile in base ai bisogni di salute), documentando eventuali scostamenti rilevanti rispetto alle modalità organizzative o assistenziali abitualmente adottate dal servizio.?

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.?

Razionale Scientifico?

Un setting adeguato e tempi proporzionati migliorano qualità della valutazione e relazione; la flessibilità riduce rigidità organizzative. Un ambiente riservato e tempi modulati sulle condizioni della persona favoriscono l'espressione dei bisogni, migliorano l'accuratezza della valutazione iniziale e contribuiscono a ridurre il rischio di incomprensioni o interruzioni precoci del percorso di cura.?

Riferimenti bibliografici essenziali?

La 219/2017 tutela dignità, autodeterminazione e diritto a informazioni chiare: questo presuppone riservatezza nella comunicazione clinica. Gestire colloqui in spazi non riservati rischia di violare tali diritti. Il GDPR impone la protezione dei dati sanitari (categoria particolare) e, quindi, la confidenzialità delle informazioni: il setting deve prevenire accessi/udibilità non autorizzati. (deve). Ma non ci sono normative riguardo i tempi.?

La letteratura conferma che setting non riservati compromettono disclosure e accuratezza valutativa in salute mentale. Si veda NICE? <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/ifp/chapter/what-should-happen-during-an-assessment-at-mental-health-services>?

RBPCA 11 Documentazione e audit clinico?

Si raccomanda di documentare in modo strutturato tutte le attività di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso. Possono essere previsti audit tra pari, condotti con cadenza definita a livello di servizio, prevalentemente con finalità formative e di miglioramento della pratica clinico-assistenziale.?

Classe di Raccomandazione (COR): I; Livello di Evidenza (LOE): C; Livello di accordo: mediana 5; percentuale di consenso: 100%; consenso: raggiunto. Metodo di consenso utilizzato: valutazione da parte del Panel di Esperti multidisciplinare mediante scala Likert a 5 punti.

Razionale Scientifico

Documentazione e audit migliorano sicurezza, qualità e apprendimento.

La documentazione strutturata e l'audit tra pari favoriscono inoltre la tracciabilità delle decisioni clinico-assistenziali, il miglioramento continuo dei processi e una maggiore omogeneità delle pratiche nei servizi territoriali di salute mentale.

Riferimenti bibliografici essenziali

In relazione al quadro normativo la Legge 24/2017 pur non disciplinando direttamente le modalità operative di documentazione e audit clinico, riconosce il valore delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali nella responsabilità professionale, contribuendo indirettamente alla qualità e alla sicurezza delle cure anche attraverso la promozione di processi documentali appropriati e verificabili.

Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie e rende disponibili linee guida validate secondo criteri metodologici condivisi, costituendo un riferimento autorevole per l'orientamento della pratica clinico-assistenziale.

Il Manuale dell'Audit Clinico Ministero della Salute (audit sistematico, ciclico, tra pari) definisce l'audit come processo sistematico, ciclico e tra pari, orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Manuale Audit Clinico Ulteriori riferimenti istituzionali OMCeO/FNOMCeO/FOFI FNOPI-SISISM Position Statement) sottolineano il ruolo dell'audit regolare come strumento di apprendimento organizzativo, miglioramento della pratica clinica e responsabilità professionale.

Si veda anche:

Loveday et al., 2022. (Studio di miglioramento della qualità sull'ottimizzazione del processo di invio e presa in carico nei servizi di salute mentale territoriali attraverso strumenti di audit e standardizzazione).

5. APPLICABILITÀ

Le Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) formulate nel presente documento sono state sviluppate tenendo conto della marcata eterogeneità organizzativa, strutturale e culturale che caratterizza i servizi di salute mentale territoriali nel contesto italiano. Esse sono concepite come strumenti di supporto alle decisioni clinico-assistenziali, non prescrittivi, da adattare ai diversi contesti locali in funzione delle risorse disponibili, dei modelli organizzativi e delle caratteristiche della popolazione assistita.

Le raccomandazioni sono finalizzate a promuovere sicurezza, appropriatezza e continuità assistenziale nella fase di primo accesso, risultando applicabili nelle diverse configurazioni organizzative dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), nel rispetto dell'autonomia professionale e organizzativa dei singoli servizi.

5.1 Fattori facilitanti e ostacoli all'applicazione

Fattori facilitanti

- presenza di équipe multiprofessionali strutturate nei servizi territoriali di salute mentale;
- diffusione di sistemi di documentazione clinica integrata e condivisa;
- utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati già presenti in molti contesti;
- crescente attenzione istituzionale ai temi della sicurezza delle cure, del governo clinico e della continuità assistenziale;
- presenza di professionisti infermieri con competenze specifiche in salute mentale e nella gestione del primo accesso.

Ostacoli potenziali

- variabilità organizzativa e procedurale tra servizi e territori;
- limitazioni di tempo, spazi e risorse dedicate alla fase di primo accesso;
- assenza o disomogeneità di procedure formalizzate per l'accoglienza e la valutazione iniziale;
- carichi assistenziali elevati che possono influenzare le modalità operative;
- resistenze al cambiamento organizzativo o alla standardizzazione dei processi.

5.2 Adattabilità ai differenti contesti territoriali e modelli assistenziali

La presente RBPCA è stata sviluppata tenendo conto dell'eterogeneità organizzativa dei DSM italiani, come emerso dall'analisi della documentazione territoriale raccolta (24 documenti esaminati, provenienti da differenti realtà regionali), che ha evidenziato una significativa variabilità nei modelli di primo accesso adottati.

In particolare, il processo di consenso ha considerato la coesistenza e in molti casi l'integrazione, di due principali approcci clinico-assistenziali nei servizi territoriali:

1. un modello a prevalente orientamento psicosociale, centrato sulla persona, sulla costruzione dell'alleanza terapeutica, sulla dimensione soggettiva del disagio, sulla recovery e sull'inclusione sociale;
2. un modello a impronta triagistica o *risk-oriented*, focalizzato sulla valutazione rapida della priorità clinica, sull'identificazione dei rischi per la sicurezza (es. suicidio, aggressività, autolesionismo) e sull'attivazione tempestiva dei percorsi appropriati.

I diversi contesti territoriali (grandi aree urbane, città di medie dimensioni, aree a bassa densità abitativa) presentano i volumi di accesso, risorse e assetti organizzativi differenti, che possono favorire la prevalenza di un modello rispetto all'altro. Inoltre, la stessa persona assistita può necessitare, in momenti diversi del proprio percorso, di un approccio maggiormente orientato alla sicurezza (fase acuta) o di uno più orientato alla relazione e alla presa in carico globale (fase stabile).

Le Raccomandazioni formulate rappresentano pertanto una sintesi bilanciata di questi approcci, fornendo un quadro di riferimento adattabile che:

- riconosce la legittimità e l'utilità di entrambi i modelli nei diversi contesti e fasi cliniche;
- consente all'Infermiere di integrare la valutazione del rischio con la costruzione dell'alleanza terapeutica;
- favorisce la convergenza verso standard minimi condivisi, senza ridurre le specificità organizzative e culturali dei singoli DSM.

5.3 Suggerimenti e strumenti per facilitare l'implementazione

Per favorire l'applicazione delle RBPCA nella pratica clinico-assistenziale e clinico-organizzativa, si suggerisce di:

- adottare schede di primo contatto standardizzate, condivise tra i professionisti del servizio;
- definire procedure interne che esplicitino ruoli, modalità e flussi del primo accesso;
- promuovere momenti strutturati di confronto multiprofessionale, in particolare nei casi complessi o a maggiore rischio;
- sostenere la formazione continua degli infermieri sulle competenze comunicativo-relazionali, sulla valutazione del rischio e sull'uso appropriato degli strumenti di accertamento;
- prevedere modalità strutturate di handover e continuità informativa, soprattutto nelle fasi immediatamente successive al primo accesso.

L'implementazione delle raccomandazioni deve avvenire secondo principi di proporzionalità e flessibilità, evitando approcci rigidi o procedurali e garantendo la centralità della persona assistita.

5.4 Indicatori per il monitoraggio e l'audit

Al fine di monitorare l'implementazione delle RBPCA e supportare processi di miglioramento continuo della qualità, possono essere utilizzati, a titolo esemplificativo, i seguenti indicatori:

Indicatori di processo

- percentuale di primi accessi documentati mediante scheda standardizzata;
- presenza di una valutazione infermieristica strutturata al primo accesso;
- percentuale di casi con handover documentato nelle prime 24–72 ore;
- numero di audit clinici effettuati sul processo di primo accesso.

Indicatori di esito

- riduzione di eventi avversi o criticità segnalate nella fase iniziale di accesso;
- continuità del percorso assistenziale e riduzione del *drop-out* precoce;
- miglioramento della qualità percepita dell'accoglienza (ove rilevabile).

Indicatori di struttura

- disponibilità di spazi riservati per il colloquio di primo accesso;
- presenza di procedure formalizzate per l'accoglienza e la valutazione infermieristica;
- accesso a strumenti di accertamento validati e aggiornati.

Gli indicatori devono essere selezionati e adattati a livello di singolo servizio, privilegiando finalità formative e di miglioramento, in coerenza con i principi del governo clinico e della sicurezza delle cure.

6. AGGIORNAMENTO DELLE RBPCA

Le presenti Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) sono concepite come strumento dinamico, soggetto a revisione periodica, al fine di garantirne la validità, l'attualità e la coerenza con l'evoluzione delle evidenze scientifiche, delle normative e dei modelli organizzativi dei servizi di salute mentale territoriali.

6.1 Programmazione dell'aggiornamento

L'aggiornamento delle RBPCA è programmato con cadenza triennale a partire dalla data di pubblicazione del documento, in conformità alle Indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità per le RBPCA consensus-based.

Al termine del periodo triennale, la Società Scientifica capofila coordina, tramite il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS), una valutazione strutturata della necessità di revisione delle raccomandazioni, che può riguardare l'intero documento o singole sezioni. Le eventuali revisioni mantengono il carattere consensus-based delle RBPCA e sono sottoposte a revisione esterna e validazione formale secondo le procedure ISS.

6.2 Aggiornamento anticipato

È prevista la possibilità di un aggiornamento anticipato delle RBPCA rispetto alla scadenza triennale qualora si verifichi una o più delle seguenti condizioni:

- ☐ disponibilità di nuove evidenze scientifiche rilevanti in grado di modificare il rationale o il contenuto di una o più raccomandazioni;☐
- ☐ modifiche normative o indirizzi istituzionali con impatto sull'organizzazione dei servizi territoriali o sui ruoli professionali;☐
- ☐ introduzione o validazione di nuovi strumenti di accertamento o modelli assistenziali con ricadute significative sulla fase di primo accesso;☐
- ☐ criticità clinico-organizzative o difficoltà applicative emerse attraverso attività di audit o monitoraggio.☐

L'attivazione dell'aggiornamento anticipato è deliberata dal CTS, che ne definisce l'ambito e l'estensione.

6.3 Sorveglianza delle evidenze e governance del processo

A supporto del processo di aggiornamento è prevista una sorveglianza bibliografica continua, condotta dal Gruppo di lavoro metodologico, finalizzata a intercettare nuove pubblicazioni scientifiche e documenti istituzionali rilevanti per gli ambiti oggetto delle RBPCA. La sorveglianza si concentra in particolare sui temi dell'accoglienza nei servizi territoriali di salute mentale, della valutazione del rischio, delle competenze comunicativo-relazionali e della continuità assistenziale.

Il processo di aggiornamento è coordinato dalla Società Scientifica capofila (SISISM), con il coinvolgimento del CTS e, ove appropriato, di un panel multiprofessionale di esperti, nel rispetto dei principi di trasparenza, indipendenza editoriale e gestione dei conflitti di interesse previsti dall'ISS. Le revisioni apportate saranno documentate rispetto alla versione precedente.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Riferimenti normativi e documenti istituzionali (Italia)

- Conferenza Unificata. (2025). *Accordo del 29 dicembre 2025 sul Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025–2030 (Rep. Atti n. 177/CU)*. Gazzetta Ufficiale. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2026/02/04/26A00443/sg>
- Ministero della Salute. (n.d.). *Piano nazionale per la salute mentale: Aggiornamenti e atti di indirizzo*. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/piano-di-azioni-nazionale-la-salute-mentale>
- Ministero della Salute. (2026). *La rete dei servizi per la salute mentale*. Retrieved September 23, 2026, from <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/la-rete-dei-servizi-la-salute-mentale/>
- Ministero della Salute. (2024). *Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) – Anno 2023*. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/rapporto-salute-mentale-i-dati-2023-relativi-ai-servizi-di-assistenza/>
- Presidente della Repubblica. (1994). *Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994: Approvazione del Progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1994–1996”*. Gazzetta Ufficiale, 93. Retrieved April 15, 2026, from https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.codiceRedazionale=094A2566
- Repubblica Italiana. (1978). *Legge 13 maggio 1978, n. 180: Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. Gazzetta Ufficiale. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/s>

Documenti professionali e linee guida (Italia)

- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2025). *Codice deontologico dell'Infermiere*. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/>
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, & Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2024). *Position statement dell'Infermiere in salute mentale e psichiatria*. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.fnopi.it/2024/06/03/position-fnopi-sisism/>

Organizzazioni internazionali

- International Council of Nurses. (2024). *Guidelines on mental health nursing*. Retrieved September 15, 2026, from <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-mental-health-nursing>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services* (CG136). Retrieved September 15, 2026, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Retrieved September 22, 2026, from <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- World Health Organization. (2021). *Mental health action plan 2013–2030*. Retrieved September 15, 2026, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. Retrieved September 15, 2026, from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Retrieved September 21, 2026, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *Towards people-centred health systems: An innovative approach for better health systems*. Retrieved September 15, 2026, from <https://iris.who.int/items/7249df54-9c0d-45c2-8d75-d4de12a53077>

Letteratura scientifica e manuali

- Badon, P., Palumbo, C., & Saluzzi, S. (2023). *Assistenza infermieristica in salute mentale: Pianificazione dell'assistenza con NANDA-I, NOC e NIC*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Barelli, P., & Spagnolli, E. (Eds.). (2023). *Nursing di salute mentale*. Carocci.
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 763. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10), e006108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.
- Lang, E., Gray, C., LeBlanc, J. C., Colquhoun, H., Traversy, G., & Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2025). Recommendation on screening adults for depression using a screening tool. *CMAJ*, 197(35), E1132–E1143. <https://doi.org/10.1503/cmaj.250237>

- Loveday, W. H., Panagiotopoulou, L., Dineva, D., Pita, A. A., Eltuhamy, Y., & Sabir, A. (2022). Improving referrals to community mental health services in the liaison setting. *BMJ Open Quality*, 11(2), e001651. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-001651>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Mondadori Università.
- Naxakis, S., Wafer, M., Gardezi, S., Sadia, A., Mujahid, R., & O'Connor, K. (2025). NCHD handover in the acute mental health setting: A quality improvement initiative implementing an electronic handover tool. *BMJ Open Quality*, 14, e002978. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-002978>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Patel, P., Kennedy, A., Carr, S., Gillard, S., Harris, P., & Sweeney, A. (2025). Service user experiences of mental health assessments: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 34(1), 91–104. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069691>
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing.
- Powsner, S., Goebert, D., Richmond, J. S., & Takeshita, J. (2023). Suicide risk assessment, management, and mitigation in the emergency setting. *Focus*, 21(1), 8–17. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220072>
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (Eds.). (2025). *Trattato di cure infermieristiche* (3rd ed.). Idelson-Gnocchi.
- Seyedsalehi, A., & Fazel, S. (2024). Suicide risk assessment tools and prediction models: New evidence, methodological innovations, outdated criticisms. *BMJ Mental Health*, 27, e300990. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-300990>

- Suzuki, M., Bakou, A. E., Dove, J., & McCabe, R. (2026). Mental health practitioners' experiences and practices in making decisions about onward care for patients presenting to emergency departments with self-harm or suicidal ideation: A systematic review and meta-synthesis. *BJPsych Open*, 12(3), e95. <https://doi.org/10.1192/bjo.2026.11007>
- Thangada, M. S., & Kasoju, R. (2024). A systematic review of suicide risk management strategies in primary care settings. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1440738. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1440738>
- Tripathi, A., Brahma, A., Malhotra, S., & Akula, V. (2023). Clinical practice guidelines for assessment and management of patients presenting with psychosocial crisis. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 212–220. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_485_22

Revisioni sistematiche preregistrate

- PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews. (2025). *Nursing assessment and evaluation of patients in community mental health centres* (Registration No. CRD420251237053). Retrieved April 15, 2026, from <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053>
- **Strumenti operativi e formativi**
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche, & Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica-FNOPI. (n.d.). *Competenze infermieristiche nei servizi di salute mentale territoriali*. Retrieved April 15, 2026, from <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/05/Position-salute-mentale- -FNOPI- SISISM maggio-2024-.pdf>
- Istituto Superiore di Sanità. (2025). *Indicazioni metodologiche per la stesura di raccomandazioni di buone pratiche clinico-assistenziali basate sul consenso esperto (RBPCA consensus-based)*. Retrieved April 15, 2026, from https://www.iss.it/documents/20126/7949265/MM-RBPCA_consensus_v1.1_novembre+2025.pdf
- Ministero della Salute. (n.d.). *Manuale operativo per la valutazione dei servizi di salute mentale*.

Retrieved April 15, 2026, from https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-02/C_17_pagineAree_3014_listaFile_itemName_16_file.pdf

ALLEGATI

- 1.** Regolamento del panel
- 2.** Report della revisione sistematica e protocollo PROSPERO
- 3.** Documento della prima comparazione (tra raccomandazioni ed evidenze)
- 4.** Documento della seconda comparazione (tra raccomandazioni e protocolli operativi italiani)
- 5.** Sintesi dei commenti dei revisori esterni
- 6.** Tabella DCAT completa (16 item)
- 7.** Moduli di disclosure dei conflitti di interesse (tutti i partecipanti)
- 8.** Obiettivi e stringhe di ricerca della revisione sistematica
- 9.** Prisma flowchart
- 10.** Votazioni Panel Esperti e Survey Congressuale
- 11.** Scheda valutazione primo accesso
- 12.** Allegato alla Raccomandazione 6

ALLEGATO 1. Regolamento del panel

Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA)

Art. 1 – Finalità del Panel di Esperti

Il Panel di esperti è l'organo collegiale deputato alla valutazione, discussione e votazione delle raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA), sviluppate secondo un approccio consensus-based, in conformità alle Indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il Panel contribuisce alla formulazione delle raccomandazioni attraverso l'integrazione del giudizio esperto multiprofessionale con le evidenze scientifiche disponibili e i dati di contesto.

Art. 2 – Composizione del Panel Esperti di Consenso

Il Panel di consenso è composto da 15 membri, selezionati sulla base di comprovata competenza clinica, scientifica e/o organizzativa nell'ambito di riferimento della RBPCA, così articolati:

- 5 membri designati dalla Società Scientifica capofila (SISISM);
- 6 membri designati da altre Società Scientifiche nazionali afferenti all'area tematica.
- 4 membri designate da associazioni familiari e utenti

La composizione del Panel garantisce:

- multidisciplinarietà;
- equilibrio tra professionalità;
- pluralità di prospettive clinico-assistenziali e organizzative.

Art. 3 – Ruolo e funzioni del Panel di esperti

Il Panel di consenso ha le seguenti funzioni:

- discutere gli statement e le bozze delle raccomandazioni;
- esprimere il proprio giudizio mediante votazione strutturata;
- contribuire, se necessario, alla riformulazione degli enunciati tra i round di consenso;
- concorrere alla definizione del livello di consenso finale delle raccomandazioni.

Il Panel esercita **funzioni deliberative** esclusivamente in relazione alla votazione delle raccomandazioni.

Art. 4 – Soggetti esclusi dalla votazione

Non partecipano alla votazione delle raccomandazioni:

- i membri del Comitato Tecnico-Scientifico (CTS);
- i componenti del Gruppo di Lavoro tecnico redazionale e metodologico;
- il Presidente (Chair) del Panel
- la segreteria scientifica o organizzativa.

Tale esclusione è finalizzata a garantire l'indipendenza del consenso e la separazione dei ruoli.

Art. 5 – Comitato Tecnico-Scientifico (CTS)

Il Comitato Tecnico-Scientifico:

- svolge funzioni di indirizzo e supervisione metodologica;
- verifica la coerenza del processo con le Indicazioni ISS;
- non partecipa alle fasi deliberative né alle votazioni.

Il CTS è composto da 5 membri ed è distinto dal Panel di consenso.

Art. 6 – Gruppo di Lavoro Tecnico- Redazionale e Metodologico

Il Gruppo metodologico, composto da 2 esperti in metodologia, svolge funzioni di supporto tecnico-scientifico, in particolare:

- definizione delle procedure di consenso;
- impostazione delle regole di voto e delle soglie di consenso;
- gestione operativa delle votazioni;
- analisi e sintesi dei risultati.

Il Gruppo metodologico non partecipa alla votazione, al fine di preservare la neutralità metodologica.

Art. 7 – Modalità di votazione

La votazione delle raccomandazioni avviene secondo le seguenti modalità:

- voto anonimo;
- utilizzo di una scala Likert strutturata a 5 punti, analogamente ai principi del metodo RAND/UCLA;

- articolazione in due round di voto, ove necessario;
- presenza di feedback controllato tra un round e l'altro.

Le soglie di consenso sono definite preventivamente all'80% dei voti espressi nell'area di accordo (punteggi 4-5).

Art. 8 – Gestione degli enunciati non consensuali

Gli enunciati che non raggiungono la soglia di consenso al primo round:

- sono oggetto di discussione strutturata;
- possono essere riformulati sulla base delle osservazioni emerse;
- sono sottoposti a un secondo round di votazione.

Gli esiti di ciascuna fase sono documentati in modo trasparente.

Art. 9 – Conflitti di interesse

Tutti i membri del Panel di consenso sono tenuti a:

- dichiarare eventuali conflitti di interesse;
- aggiornare la dichiarazione in caso di variazioni significative.

La gestione dei conflitti di interesse avviene in coerenza con le politiche ISS per le RBPCA consensus-based.

Art. 10 – Trasparenza e tracciabilità

L'intero processo di consenso è documentato e tracciabile, includendo:

- composizione del Panel;
- modalità di voto;
- livelli di consenso raggiunti;
- eventuali riformulazioni.

La documentazione è resa disponibile negli allegati al documento finale della RBPCA.

Art. 11 – Disposizioni finali

Il presente Regolamento disciplina il funzionamento del Panel di esperti per la specifica RBPCA e si applica a tutte le fasi deliberative previste dal processo.

Eventuali modifiche al Regolamento devono essere approvate dal Comitato Tecnico Scientifico e documentate.

?

ALLEGATO 2. Report della revisione sistematica e protocollo PROSPERO

Premessa metodologica

Il presente report documenta la revisione sistematica della letteratura preregistrata su PROSPERO (Registration number: CRD420251237053) e condotta a supporto dello sviluppo delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) sull'accertamento e la valutazione infermieristica al primo accesso nei servizi territoriali di salute mentale.

La revisione è stata realizzata in conformità alle Indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per le RBPCA consensus-based, con finalità esplorative e di supporto al processo di consenso esperto. In coerenza con tali indicazioni, la revisione non aveva l'obiettivo di fornire una base sufficiente per l'applicazione del framework GRADE, bensì di verificare la disponibilità, la coerenza e la non contraddittorietà delle evidenze scientifiche rispetto alle raccomandazioni formulate.

Nell'ambito delle RBPCA consensus-based, la presenza di un numero limitato di studi inclusi è considerata metodologicamente accettabile e rappresenta una delle principali condizioni che giustificano il ricorso a un processo strutturato di consenso esperto.

Quesito di ricerca

Quali evidenze sono disponibili riguardo ai processi, agli strumenti e agli esiti della valutazione iniziale, del triage e dell'accoglienza infermieristica nei Servizi di Salute Mentale Comunitari/Territoriali per adulti.

Protocollo e metodi

La revisione è stata preregistrata su PROSPERO ed è stata condotta secondo i criteri PRISMA.

Banche dati consultate

- PubMed/MEDLINE
- CINAHL
- PsycINFO
- Scopus

Periodo di ricerca

Dall'inizio delle banche dati fino a dicembre 2025.

Criteri di inclusione

- popolazione adulta (≥ 18 anni);
- setting di salute mentale comunitario/territoriale o primary care;
- valutazione iniziale, triage, intake o primo contatto condotti da infermieri;
- studi quantitativi, qualitativi o mixed-methods.

Criteri di esclusione

- contesti ospedalieri o residenziali;
- setting esclusivamente inpatient o comunità terapeutiche;
- studi non focalizzati sul ruolo infermieristico nel primo accesso.

Le strategie di ricerca (stringhe) sono state sviluppate dal Gruppo di Lavoro, verificate e replicate in modo indipendente dalla Biblioteca Scientifica Pinali dell'Università di Padova, confermando la robustezza e l'eshaustività della ricerca bibliografica.

Risultati della revisione

A fronte di un'ampia ricerca bibliografica, il processo di selezione ha condotto all'inclusione finale di tre studi, ritenuti pertinenti ma interpretati con cautela per le seguenti criticità metodologiche:

- eterogeneità dei disegni di studio;
- setting solo parzialmente sovrapponibili al contesto dei servizi territoriali italiani;
- outcome non sempre pienamente coincidenti con l'oggetto specifico delle raccomandazioni.

Studi inclusi

Carson et al., 2010

Studio osservazionale sulla valutazione delle pratiche di assessment della salute fisica durante il mental health intake. Rilevanza per le RBPCA: evidenzia la centralità di una fase strutturata di primo assessment infermieristico e l'utilità di checklist e strumenti standardizzati a supporto della sicurezza e della completezza valutativa.

Symons et al., 2004

Valutazione di un servizio infermieristico di accesso e valutazione per la depressione in primary care. Rilevanza per le RBPCA: documenta il ruolo dell'infermiere come primo punto di contatto, con ricadute positive sull'appropriatezza degli invii e sulla riduzione dei tempi di attesa, pur in un setting non interamente sovrapponibile ai CSM.

North et al., 2014

Studio sull'utilizzo di sistemi di clinical decision support per migliorare la qualità della documentazione nel triage infermieristico. Rilevanza per le RBPCA: supporta l'importanza della documentazione strutturata e di strumenti condivisi per aumentare coerenza, sicurezza e continuità informativa.

Sintesi critica delle evidenze

Nel loro insieme, gli studi inclusi:

- non forniscono evidenze comparative robuste sull'efficacia di specifici modelli di accoglienza infermieristica;
- non risultano contraddittori rispetto alle raccomandazioni formulate;

forniscono segnali coerenti a favore di:

- strutturazione del primo accesso;
- utilizzo proporzionato di strumenti standardizzati;
- centralità della documentazione e della comunicazione interprofessionale;
- ruolo infermieristico nel primo contatto e nell'orientamento del percorso.

La letteratura disponibile risulta frammentaria e prevalentemente descrittiva, confermando l'assenza di un corpo di evidenze sufficientemente maturo per la formulazione di raccomandazioni evidence-based secondo GRADE.

Giustificazione dell'approccio consensus-based

La revisione sistematica ha confermato:

- assenza di trial randomizzati controllati;
- prevalenza di studi osservazionali e qualitativi;
- elevata eterogeneità dei contesti e degli outcome;
- limitata trasferibilità diretta ai servizi territoriali italiani.

In coerenza con le indicazioni metodologiche ISS, tali condizioni giustificano l'adozione di un approccio consensus-based, nel quale le evidenze disponibili sono integrate con:

- giudizio esperto multiprofessionale;
- dati di contesto real-world (documentazione territoriale);
- principi etici, normativi e organizzativi del SSN.

Conclusioni

La revisione sistematica, pur basata su un numero limitato di studi, ha svolto una funzione metodologicamente appropriata di:

- esplorazione dello stato dell'arte;
- verifica di coerenza e non contraddittorietà delle raccomandazioni;
- supporto informativo al processo di consenso strutturato.

I risultati rafforzano la legittimità metodologica delle RBPCA consensus-based e confermano la necessità di ulteriori studi primari sul primo accesso infermieristico nei servizi territoriali di salute mentale.

Bibliografia (formato APA)

- Carson, N. J., Katz, A. M., Gao, S., & Alegría, M. (2010). Assessment of physical illness by mental health clinicians during intake visits. *Psychiatric Services*, 61(1), 32–37. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.1.32>
- Symons, L., Tylee, A., Mann, A., Jones, R., Plummer, S., Walker, M., Duff, C., & Holt, R. (2004). Improving access to depression care: Descriptive report of a multidisciplinary primary care pilot service. *British Journal of General Practice*, 54(506), 679–683.
- North, F., Richards, D. D., Bremseth, K. A., Lee, M. R., Cox, D. L., Varkey, P., & Stroebel, R. J. (2014). Clinical decision support improves quality of telephone triage documentation: An analysis of triage documentation before and after computerized clinical decision support. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, Article 20. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-20>

06/04/26, 09:39 PROSPERO

PROSPERO International prospective register of systematic reviews

Nursing Assessment and Evaluation of Patients in Community Mental Health Centres: A Systematic Review

Carlo Alberto Camuccio, Elsa Vitale

Citation

Carlo Alberto Camuccio, Elsa Vitale. Nursing Assessment and Evaluation of Patients in Community Mental Health Centres: A Systematic Review. PROSPERO 2025 CRD420251237053. Available from

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053>.

REVIEW TITLE AND BASIC DETAILS

Review title

Nursing Assessment and Evaluation of Patients in Community Mental Health Centres: A Systematic Review

Condition or domain being studied

Mental Health Assessment; Community-centred approach; Nurse; Clinical Outcome; Patient-centered outcomes

Rationale for the review

The initial assessment in community mental health services is a critical gateway to care, shaping the user's first impression and subsequent care pathway. Nurses are typically the frontline professionals conducting this sensitive and complex task of triage, risk assessment, and initial engagement. However, the specific nature, effectiveness, and impact of this nursing-led intervention are poorly understood.

While extensive literature exists on psychiatric nursing in hospitals and on therapeutic interventions, a significant knowledge gap remains regarding the foundational "first encounter" in community-based settings. Existing reviews often focus on broader models of care or specific diagnoses, overlooking the core, transversal nursing activity of initial assessment. Without a synthesis of the evidence on this specific activity, it is impossible to identify best practices, effective tools, or successful models for this crucial phase of care.

This review aims to address this gap by systematically mapping and synthesizing the existing evidence on nursing-led initial assessments in adult community mental health services. It will

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 1/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

seek to identify what is known about the processes, tools, and outcomes of this intervention and how it is experienced by both service users and nurses. The findings will provide a foundational evidence base to inform clinical practice, guide the development of standardized protocols, and highlight priorities for future research, ultimately contributing to more effective, efficient, and person-centered entry points to mental health care.

Review objectives

Primary Objective

The primary objective of this review is to systematically map and synthesize the existing evidence on nursing-led initial assessment, triage, and intake procedures for adults within community mental health services.

Secondary Objectives

To achieve this, the review will seek to:

Identify and Describe the Interventions: Map the various models, components, and tools used by nurses during the initial assessment process in community mental health settings.

Explore Experiences: Synthesize qualitative evidence on the experiences, perceptions, and barriers and facilitators reported by both service users and nurses regarding the initial assessment encounter.

Investigate Outcomes: Identify and summarize reported outcomes associated with the initial nursing assessment, including process outcomes (e.g., waiting times, referral appropriateness), clinical outcomes (e.g., risk detection), and experiential outcomes (e.g., satisfaction).

Identify Gaps in the Literature: Highlight key gaps in the current evidence base to provide a clear direction for future primary research.

By addressing these objectives, this review will provide a comprehensive foundation of evidence to inform clinical practice, guide policy on service organization, and improve the quality of the first point of contact in community mental health care.

Keywords

Mental health nursing; Community mental health services; Assessment

Country

Italy

ELIGIBILITY CRITERIA

Population

Included

Nurses (including psychiatric nurses) working in mental health settings.

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 2/9

06/04/26, 09:39

PROSPERO

Adult service users (≥ 18 years old).

Excluded

Studies focusing on paediatric or adolescent populations (e.g., Child and Adolescent Mental Health Services).

Studies where the population has a primary diagnosis of dementia, organic mental disorder, or substance use disorder (where these are the main focus of the study and the service is specialized for these conditions).

Intervention(s) or exposure(s)

Included

Mental Health Assessment

The nursing-led activities of first reception, initial assessment, triage, or intake for a new service user.

Excluded

Studies focusing exclusively on interventions that occur after the initial intake and assessment phase (e.g., long-term psychotherapy, follow-up care).

Studies where the initial assessment is conducted solely by other professionals (e.g., psychiatrists, psychologists) without nurse involvement.

Comparator(s) or control(s)

Included

Community-based, non-hospital outpatient mental health settings.

Excluded

Hospitals, inpatient wards, emergency departments, residential therapeutic communities

Study design

Both randomized and nonrandomized study types will be included.

Included

Studies published in English or Italian

Primary qualitative, quantitative, and mixed-methods studies.

Full text available

Excluded

Studies published in languages other than English or Italian.

Full text not available.

Conference abstracts without a full paper.

Context

Community-based, non-hospital outpatient mental health settings. Examples: Community

Mental Health Centres (CMHCs), outpatient psychiatric clinics, community mental health services.

TIMELINE OF THE REVIEW

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 3/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

Date of first submission to PROSPERO

21 November 2025

Review timeline

Start date: 21 November 2025. End date: 21 April 2026.

Date of registration in PROSPERO

21 November 2025

AVAILABILITY OF FULL PROTOCOL

Availability of full protocol

A full protocol has not been written.

SEARCHING AND SCREENING

Search for unpublished studies Only published studies will be sought.

Main bibliographic databases that will be searched

The main databases to be searched are CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, PsycInfo, PubMed and Scopus.

Search language restrictions

The review will only include studies published in English and Italian.

Search date restrictions

There are no search date restrictions.

Other methods of identifying studies

Other studies will be identified by: contacting authors or experts and looking through all the articles that cite the papers included in the review ("snowballing" or forward citation searching).

Link to search strategy

A full search strategy is not available.

Selection process

Studies will be screened independently by at least two people (or person/machine combination) with a process to resolve differences.

Other relevant information about searching and screening

None

DATA COLLECTION PROCESS

Data extraction from published articles and reports

Data will be extracted independently by at least two people (or person/machine combination) with a process to resolve differences.

Authors will be asked to provide any required data not available in published reports.

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 4/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

Study risk of bias or quality assessment

Risk of bias will be assessed using:

Johanna Briggs Institute check lists

Data will be assessed independently by at least two people (or person/machine combination) with a process to resolve differences.

Additional information will be sought from study investigators if required information is unclear or unavailable in the study publications/reports.

Reporting bias assessment

Risk of bias due to missing results will be assessed

Certainty assessment

Certainty of findings will not be assessed

OUTCOMES TO BE ANALYSED

Main outcomes

outcome concerning the process, experience, or tools of the initial nursing assessment/triage/intake.

Appropriateness of Referral/Triage Decision:

What it measures: The clinical accuracy and suitability of the immediate care pathway determined by the nurse after the assessment (e.g., referral to urgent crisis care, routine outpatient therapy, or other services). This is a core measure of the assessment's effectiveness.

Identification of Acute Risk:

What it measures: The rate of successful detection of imminent, patient-specific risks, primarily suicide risk and risk of violence to others. This is a fundamental safety outcome directly tied to the assessment's purpose.

Patient Experience of the Initial Encounter:

What it measures: The patient's perception of the encounter, captured through themes (from qualitative studies) or scales (in quantitative studies). Key dimensions include:

Feeling heard, understood, and respected.

The quality of the initial therapeutic rapport.

Overall satisfaction with the initial contact. Additional outcomes

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 5/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

1. Process & Operational Outcomes

Referral Pathways: Type and frequency of referrals made by the nurse following the initial assessment (e.g., to a psychiatrist, psychologist, social worker, or external agency). Documentation

Quality: Completeness and standardization of the nursing assessment documentation.

Inter-professional Collaboration: Measures of communication and collaboration between the nurse and other team members triggered by the initial assessment.

Crisis Intervention: Rate of immediate crisis interventions initiated during or directly after the first contact (e.g., activation of a crisis team, safety planning).

2. Nurse-Related Outcomes

Workload & Time Management: Nurse-reported perception of the workload associated with conducting initial assessments.

Clinical Confidence & Competence: Nurse's self-reported confidence in conducting assessments and making initial decisions.

Job Satisfaction: Aspects of job satisfaction related to the intake role.

Moral Distress: Occurrence of moral distress if there is a discrepancy between identified patient needs and available resources.

3. Patient-Centered & Experiential Outcomes

Therapeutic Alliance: Strength of the initial therapeutic alliance or rapport built during the first meeting, as reported by the patient or the nurse.

Feeling of Being Heard & Understood: Patient's perception of being listened to and taken seriously.

Reduction in Anxiety & Distress: Patient-reported reduction in anxiety or psychological distress immediately following the assessment session.

Empowerment & Engagement: Patient's feeling of being involved in the process and motivated to engage with further treatment.

3. System-Level Outcomes

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 6/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

Cost-Effectiveness: Any data on the cost or resource utilization associated with different models of initial nursing assessment (e.g., compared to assessment by a doctor).

Attendance/No-Show Rates: Rate of attendance for the next scheduled appointment following the initial assessment.

Provider Adherence: Adherence by nurses to established assessment protocols or guidelines.

PLANNED DATA SYNTHESIS

Strategy for data synthesis

1) Homogeneous Quantitative Studies (Meta-Analysis) Meta-Analysis

Assessment of Heterogeneity

2) Heterogeneous Quantitative Studies (Narrative Synthesis) Systematic Narrative Synthesis

Group Studies

Tabulate the Data

Vote Counting

Explore Relationships

3) Qualitative Studies (Qualitative Evidence Synthesis) Thematic Synthesis

Example Research Question

4) Mixed-Methods (Integrative Synthesis)

Segregated then Configured Synthesis

Integration

CURRENT REVIEW STAGE

Stage of the review at this submission

Review stage Started Completed

Pilot work

Formal searching/study identification

Screening search results against inclusion criteria Data extraction or receipt of IPD

Risk of bias/quality assessment

Data synthesis

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 7/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

Review status

The review is currently planned or ongoing.

Publication of review results

Results of the review will be published in English and Italian.

REVIEW AFFILIATION, FUNDING AND PEER REVIEW

Review team members

Dr Carlo Alberto Camuccio (review guarantor and contact) ORCID: 0000-0003-1372-9653.
Istituto Oncologico Veneto IOV - IRCCS. Italy.

No conflict of interest declared.

Dr Elsa Vitale. ORCID: 0000-0002-9738-3479. Local Health Authority of Bari. Italy.

No conflict of interest declared.

Named contact

Dr Carlo Alberto Camuccio (alberto.camuccio@iov.veneto.it). ORCID: 0000-0003-1372-9653.
Istituto Oncologico Veneto IOV - IRCCS. Italy.

Review affiliation

S.I.S.I.S.M.

Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale

Via Amerigo Vespucci, 2

24129 Bergamo Italy

Funding source

Review has no funding and no agreed support from an academic institution and is done in authors' own time.

Peer review

There has been no peer review of this planned review.

ADDITIONAL INFORMATION

Review conflict of interest

Declared individual interests are recorded under team members details. No additional interests are recorded for this review.

Medical Subject Headings

Community Mental Health Services; Psychiatric Nursing

SIMILAR REVIEWS

Check for similar records already in PROSPERO

PROSPERO identified a number of existing PROSPERO records that were similar to this one (last check made on 21 November 2025). These are shown below along with the reasons given
<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 8/9

06/04/26, 09:39 PROSPERO

by that the review team for the reviews being different and/or proceeding.

Perinatal mental health training and supervision for primary care and community-based staff: a systematic review [published 3 September 2025] [CRD420251135240]. The review was judged not to be similar

Community Nurse-Led Deprescribing In Primary Care: A Systematic Review With Narrative Synthesis Of Clinical Safety And Health Service Outcomes [published 23 September 2025] [CRD420251154117]. The review was judged not to be similar

Psychosocial interventions for adults on NHS waiting lists: A systematic review with narrative synthesis. [published 22 June 2025] [CRD420250614770]. The review was judged not to be similar

The Role of Nurses in Mental Health Care within Primary Health Care Systems [published 20 October 2025] [CRD420251172968]. The review was judged not to be similar

PROSPERO version history

Version 1.0, published 21 Nov 2025

Disclaimer

The content of this record displays the information provided by the review team. PROSPERO does not peer review registration records or endorse their content.

PROSPERO accepts and posts the information provided in good faith; responsibility for record content rests with the review team. The guarantor for this record has affirmed that the information provided is truthful and that they understand that deliberate provision of inaccurate information may be construed as scientific misconduct.

PROSPERO does not accept any liability for the content provided in this record or for its use. Readers use the information provided in this record at their own risk.

Any enquiries about the record should be referred to the named review contact

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251237053> 9/9

ALLEGATO 3. Documento della prima comparazione (tra Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale ed Evidenze Scientifiche)

Premessa metodologica

Il presente Documento della Prima Comparazione è redatto in conformità alle *Indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per le Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) consensus-based*.

La prima comparazione ha lo scopo di verificare il grado di allineamento, supporto o coerenza non contraddittoria tra le raccomandazioni formulate e le evidenze scientifiche disponibili, emerse dalla revisione sistematica condotta sul quesito di ricerca.

Nell'ambito delle RBPCA consensus-based, la presenza di un numero limitato di studi inclusi è considerata metodologicamente accettabile e rappresenta una delle principali condizioni che giustificano il ricorso al consenso strutturato.

Base di evidenze disponibile

La revisione sistematica della letteratura ha condotto all'inclusione finale di tre studi, selezionati a fronte di un'ampia ricerca bibliografica, ma inclusi con cautela per:

- ☐ eterogeneità metodologica;
- ☐ setting parzialmente sovrapponibili al contesto dei servizi territoriali di salute mentale;
- ☐ outcome non sempre perfettamente coincidenti con l'oggetto specifico delle raccomandazioni.

Gli studi inclusi sono:

1. Carson et al., 2010 – valutazione delle pratiche di assessment della salute fisica durante il mental health intake;
2. Symons et al., 2004 – servizio infermieristico di accesso e valutazione per la depressione in primary care;
3. North et al., 2014 – utilizzo di sistemi di decision support per migliorare la qualità della documentazione nel triage infermieristico.

?

?

?

???

Metodo di comparazione

Per ciascuna raccomandazione (R1–R11) è stato valutato il rapporto con le evidenze disponibili secondo tre categorie interpretative ISS¹ coerenti:

- ☐ Supporto diretto (evidenze che affrontano direttamente il tema della raccomandazione);
- ☐ Supporto indiretto o parziale (evidenze pertinenti per principi, processi o componenti specifiche);
- ☐ Assenza di evidenza diretta, senza elementi di contraddizione.

L'assenza di evidenze robuste non è stata interpretata come elemento di confutazione, ma come area di incertezza scientifica, coerente con l'approccio consensus² based.

Risultati della prima comparazione

R1 – Organizzazione del processo di accoglienza

Evidenze

Lo studio di Symons et al. descrive un modello di accesso facilitato con valutazione infermieristica iniziale e successivo indirizzamento clinico. Carson et al. documenta l'importanza del momento di intake come spazio di raccolta strutturata di informazioni.

Esito

La raccomandazione risulta coerente e supportata indirettamente dalle evidenze disponibili.

R2 – Competenze comunicativo-relazionali

Evidenze

Lo studio di Symons et al. evidenzia l'accettabilità e l'efficacia di infermieri formati nella gestione relazionale dei pazienti durante l'accesso. Carson et al. mostra come la qualità della relazione influenzi la quantità e profondità delle informazioni rilevate.

Esito

Raccomandazione supportata indirettamente.

R3 – Utilizzo di strumenti standardizzati

Evidenze

Carson et al. documenta una forte variabilità nell'assessment, con maggiore completezza quando l'approccio è più strutturato. North et al. dimostra che l'uso di strumenti di decision support migliora significativamente la completezza della valutazione e della documentazione.

Esito

Raccomandazione coerente con evidenze indirette, senza studi specifici nel setting CSM.

R4 – Scheda di Primo Contatto

Evidenze

North et al. documenta il valore di schede e template strutturati nel migliorare la qualità della documentazione. Carson et al. mostra come checklist e strumenti guidati facilitino l'identificazione di informazioni rilevanti.

Esito

Raccomandazione supportata indirettamente.

R5 – Gestione delle situazioni di urgenza

Evidenze

North et al. evidenzia che procedure strutturate riducono omissioni di indicatori critici e migliorano la sicurezza nel triage. Carson et al. descrive l'importanza dell'identificazione precoce di condizioni fisiche rilevanti.

Esito

Raccomandazione coerente con evidenze indirette.

R6 – Consenso informato e trasparenza

Evidenze

Le evidenze non affrontano direttamente il consenso informato nel primo accesso; tuttavia Symons et al. documenta l'importanza di informazione, scelta e accettabilità del percorso.

Esito

Assenza di evidenza diretta, senza contraddizioni.

R7 – Continuità informativa

Evidenze

North et al. dimostra che una documentazione strutturata migliora la trasmissione delle informazioni e la sicurezza. Carson et al. evidenzia come la continuità con le cure primarie sia facilitata dalla raccolta accurata dei dati iniziali.

Esito

Raccomandazione supportata indirettamente.

R8 – Percezione del problema e punto di vista della persona

Evidenze

Carson et al. sottolinea l'importanza della narrazione del paziente e il rischio di perdere informazioni rilevanti in assenza di esplorazione attiva.

Esito

Raccomandazione coerente con evidenze qualitative indirette.

R9 – Coinvolgimento di caregiver e rete

Evidenze

Le evidenze incluse non trattano in modo diretto il coinvolgimento della rete nel primo accesso.

Esito

Assenza di evidenza diretta, consenso basato su expertise e prassi.

R10 – Setting e tempi dell'incontro

Evidenze

Symons et al. mostra che tempi dedicati e setting percepiti come accessibili favoriscono disclosure e accettabilità del percorso.

Esito

Raccomandazione supportata indirettamente.

R11 – Documentazione e audit

Evidenze

North et al. fornisce evidenze robuste sull'impatto positivo di documentazione strutturata su qualità e sicurezza.

Esito

Raccomandazione direttamente supportata.

Sintesi conclusiva

La prima comparazione evidenzia che:

- ☐ le evidenze scientifiche disponibili sono limitate ma coerenti;
- ☐ nessuna raccomandazione è in contrasto con i dati emersi;
- ☐ la maggior parte delle raccomandazioni è supportata indirettamente;
- ☐ alcune aree risultano prive di evidenze dirette, giustificando il ricorso al consenso esperto.

La scarsità e l'eterogeneità delle evidenze rappresentano un razionale metodologico chiave per l'adozione dell'approccio RBPCA consensus-based, in linea con le indicazioni ISS.

Conclusione

Il Documento della Prima Comparazione conferma che le Raccomandazioni sono:

- ☐ coerenti con le migliori evidenze disponibili;
- ☐ non confutate dalla letteratura;
- ☐ fondate su un'integrazione esplicita tra dati scientifici, consenso esperto e contesto reale dei servizi.

?

ALLEGATO 4. Documento di Seconda Comparazione (tra Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale e Protocolli Operativi Italiani)

Premessa metodologica

Il presente Documento di Seconda Comparazione è redatto in conformità alle *Indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per le RBPCA consensus-based*. La comparazione ha la finalità di verificare coerenza, trasferibilità e adattabilità delle Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) rispetto ai protocolli operativi, procedure e modelli organizzativi in uso nei servizi italiani di salute mentale.

Il documento non ha finalità valutative o ispettive sui servizi analizzati; non esprime giudizi di appropriatezza organizzativa, ma descrive convergenze, variabilità e criticità ricorrenti utili a contestualizzare le raccomandazioni e a supportarne l'applicabilità nei diversi contesti territoriali.

Materiali e fonti analizzate

La seconda comparazione è stata condotta utilizzando:

- ☐ Protocolli operativi e procedure di accoglienza e primo accesso di servizi territoriali italiani;
- ☐ Schede di triage e valutazione infermieristica;
- ☐ PDTA e regolamenti organizzativi di Dipartimenti di Salute Mentale;
- ☐ Documentazione comparativa nazionale e internazionale di riferimento (modelli inglesi, irlandesi, Trieste).

Sono stati analizzati documenti rappresentativi di diversi contesti organizzativi italiani (territori a bassa densità abitativa, città di medie dimensioni, metropoli), per un totale di 24 documenti.

Metodologia di comparazione

Per ciascuna raccomandazione (R1–R11) è stata condotta una lettura comparativa rispetto a:

- ☐ presenza esplicita di elementi analoghi nei protocolli;
- ☐ presenza parziale o implicita;
- ☐ assenza o elevata variabilità delle soluzioni adottate.

I risultati sono stati sintetizzati individuando pattern ricorrenti nei diversi assetti territoriali:

- ☐ servizi in territori piccoli o rurali;

- ☐ servizi in città di medie dimensioni;
- ☐ servizi di grandi aree metropolitane.

Risultati della seconda comparazione

R1 – Organizzazione del processo di accoglienza

Evidenze dai protocolli italiani

La distinzione tra un momento di accoglienza iniziale e una successiva valutazione più approfondita è presente in forma variabile:

- ☐ esplicita e strutturata nei contesti metropolitani;
- ☐ meno formalizzata nei territori piccoli, dove prevale una sequenza relazionale non codificata.

Esito comparativo

La raccomandazione risulta coerente con le pratiche esistenti, ma ne esplicita e rende trasferibili gli elementi chiave, mantenendo flessibilità organizzativa.

R2 – Competenze comunicativo-relazionali

Evidenze dai protocolli italiani

Le competenze comunicative dell'infermiere sono implicite in molti documenti, raramente descritte come standard formativi strutturati.

Esito comparativo

La raccomandazione introduce una esplicitazione condivisa di competenze già riconosciute nei servizi, senza conflitti con i modelli operativi in uso.

R3 – Strumenti standardizzati di valutazione

Evidenze dai protocolli italiani

L'utilizzo di strumenti di assessment è:

- ☐ limitato o assente nei territori piccoli;
- ☐ presente in forma eterogenea nei contesti medi;
- ☐ formalizzato nei contesti metropolitani.

Esito comparativo

La raccomandazione riflette la variabilità nazionale e promuove standard minimi adattabili, senza imporre strumenti univoci.

R4 – Scheda di Primo Contatto

Evidenze dai protocolli italiani

La presenza di una scheda di primo contatto è diffusa ma:

- ☐ con contenuti molto variabili;
- ☐ spesso orientata a bisogni amministrativi o medico-diagnostici.

Esito comparativo

La raccomandazione armonizza pratiche già esistenti, definendo un set minimo essenziale coerente con le esigenze di sicurezza e continuità.

R5 – Gestione delle situazioni di urgenza/emergenza

Evidenze dai protocolli italiani

La gestione dell'urgenza è generalmente presente, ma:

- ☐ con ruoli infermieristici descritti in modo non uniforme;
- ☐ fortemente dipendente da prassi locali.

Esito comparativo

La raccomandazione risulta fortemente allineata ai protocolli esistenti e ne rafforza la chiarezza operativa.

R6 – Consenso informato e trasparenza del percorso

Evidenze dai protocolli italiani

I riferimenti normativi al consenso sono presenti, ma spesso non integrati nella fase di primo accesso.

Esito comparativo

La raccomandazione integra obblighi normativi già esistenti in una cornice clinico-assistenziale esplicita.

R7 – Continuità informativa e handover

Evidenze dai protocolli italiani

La continuità informativa è riconosciuta come critica, ma strutturata in modo disomogeneo.

Esito comparativo

La raccomandazione è coerente con i protocolli e ne colma le lacune operative più frequenti.

R8 – Percezione del problema

Evidenze dai protocolli italiani

La rilevazione della prospettiva della persona è raramente formalizzata, ma frequentemente agita in forma narrativa.

Esito comparativo

La raccomandazione rende esplicita una pratica già diffusa, senza introdurre nuovi oneri organizzativi.

R9 – Coinvolgimento di caregiver e rete

Evidenze dai protocolli italiani

Il coinvolgimento della rete è presente in modo variabile e spesso non regolamentato in fase iniziale.

Esito comparativo

La raccomandazione fornisce criteri chiari e condivisibili, compatibili con la normativa vigente.

R10 – Setting e tempi del primo accesso

Evidenze dai protocolli italiani

La protezione del setting è generalmente prevista; la gestione dei tempi è raramente formalizzata.

Esito comparativo

La raccomandazione rafforza principi già presenti, lasciando flessibilità adattativa.

R11 – Documentazione e audit clinico

Evidenze dai protocolli italiani

La documentazione è universale; l'audit è presente in modo disomogeneo e spesso non sistematico.

Esito comparativo

La raccomandazione promuove pratiche già note, orientandole in senso formativo e migliorativo.

Sintesi conclusiva

La seconda comparazione mostra che:

- ☐ le RBPCA sono largamente compatibili con i protocolli operativi italiani;
- ☐ le principali differenze riguardano grado di formalizzazione e uniformità, non i contenuti di fondo;
- ☐ le raccomandazioni non introducono modelli estranei, ma rendono esplicite e trasferibili pratiche già presenti in modo disomogeneo;
- ☐ il carattere non prescrittivo e adattativo delle RBPCA è coerente con l'eterogeneità organizzativa dei servizi italiani.

Conclusione

Il Documento di Seconda Comparazione supporta la robustezza metodologica delle RBPCA consensus-based, dimostrando l'integrazione tra evidenze, consenso esperto e pratica organizzativa reale.²

ALLEGATO 5. Sintesi dei commenti dei revisori esterni

Revisione esterna indipendente

La Raccomandazione di Buona Pratica Clinico-Assistenziale (RBPCA) è stata sottoposta a revisione esterna indipendente, in conformità alle Indicazioni metodologiche dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per le RBPCA consensus-based.

La revisione è stata condotta da:

- Federico Durbano, Medico Psichiatra, Direttore di Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, membro del Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- Matteo Danielis, Ricercatore confermato MEDS-24C (Scienze infermieristiche generali, cliniche, pediatriche e ostetrico-ginecologiche), Università di Padova.

La revisione ha avuto l'obiettivo di valutare chiarezza, coerenza metodologica, applicabilità, sostenibilità e sicurezza clinica delle Raccomandazioni (R1–R11), in un quadro di consenso scientifico già consolidato.

Valutazione complessiva

Entrambi i revisori hanno espresso una valutazione complessiva positiva del documento, riconoscendo:

- la coerenza metodologica del percorso di sviluppo;
- l'allineamento alle Indicazioni ISS;
- l'utilità clinico-assistenziale delle Raccomandazioni;
- la rilevanza per il contesto dei servizi territoriali di salute mentale italiani.

Nessuna raccomandazione è stata giudicata come “*non approvata*” o tale da richiedere una revisione sostanziale dell'impianto.

Principali aree di commento emerse

?

1. Chiarezza terminologica e uniformità del linguaggio

I revisori hanno segnalato, in più raccomandazioni, la necessità di:

- uniformare l'uso della terminologia (es. “*primo accesso*”, “*primo incontro*”, “*valutazione orientativa*”);

- chiarire l'accezione di alcune espressioni potenzialmente ambigue (es. *“percezione del problema”*, *“azione informativa orientativa”*, *“scostamenti significativi”*).

Recepimento

Il gruppo di lavoro ha rivisto il testo di alcune raccomandazioni per:

- migliorare la precisione semantica;
- ridurre formulazioni ridondanti;
- esplicitare meglio il significato operativo dei termini utilizzati, mantenendo il carattere non prescrittivo delle RBPCA.

2. Distinzione tra valutazione infermieristica e intervento

È stato evidenziato positivamente il focus sulle attività di accertamento e valutazione infermieristica, ma alcuni commenti hanno suggerito di:

- rendere ancora più chiaro il confine tra valutazione orientativa e intervento clinico/terapeutico;
- evitare possibili interpretazioni diagnostiche o prescrittive.

Recepimento

Il testo è stato affinato per ribadire che:

- la valutazione infermieristica al primo accesso ha finalità orientative e di sicurezza;
- non sostituisce la valutazione medica né implica formulazioni diagnostiche;
- supporta le decisioni clinico-assistenziali all'interno dell'équipe multiprofessionale.

3. Uso degli strumenti di assessment

I revisori hanno suggerito di:

- chiarire meglio quando e con quale finalità utilizzare strumenti standardizzati;
- fornire esempi esplicativi (senza renderli prescrittivi), in particolare per la valutazione del funzionamento e del rischio.

Recepimento

Sono state integrate precisazioni metodologiche e note esplicative:

- sull'uso degli strumenti come supporto al giudizio clinico;
- sulla loro applicabilità nel contesto del primo accesso;
- evitando l'introduzione di elenchi vincolanti o obbligatori.

4. Applicabilità organizzativa e risorse

Alcuni commenti hanno richiamato:

- ☐ la variabilità organizzativa dei servizi territoriali;
- ☐ la possibile criticità legata a risorse, tempi e carichi di lavoro;
- ☐ la necessità di evitare una lettura eccessivamente normativa delle Raccomandazioni.

Recepimento

Il documento finale ha ulteriormente rafforzato:

- ☐ il carattere contestuale, flessibile e non prescrittivo delle RBPCA;
- ☐ il riferimento all'adattabilità ai diversi assetti organizzativi;
- ☐ la finalità di supporto alle decisioni clinico-assistenziali e organizzative.

Esito della revisione esterna

I commenti dei revisori esterni:

- ☐ non hanno messo in discussione l'impianto metodologico complessivo;
- ☐ non hanno modificato la forza, la direzione o l'esito del consenso delle Raccomandazioni;
- ☐ hanno contribuito a migliorare chiarezza, leggibilità e trasferibilità del documento.

Le osservazioni formulate sono state analizzate dal Gruppo di lavoro e dal Comitato Tecnico-Scientifico e integrate nella versione finale con modifiche puntuali e migliorative.

ALLEGATO 6. Tabella DCAT completa (16 item)

FIGURE B.1
DCAT Checklist

ARTICLE ID: _____ **REVIEWER INITIALS:** _____

CORE ITEMS		
ITEM 1.	Did the research team appropriately employ anonymity in the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 2.	Did the research team appropriately employ iteration in the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 3.	Did the research team appropriately employ statistical summaries of group responses in the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 4.	Did the research team appropriately employ controlled feedback in the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ADDITIONAL ITEMS		
ITEM 5.	Did the research team provide an appropriate justification for the use of the Delphi method in this study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 6.	Did the research team provide an appropriate justification for the type of Delphi used in this study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 7.	Did the research team seek the appropriate expertise for the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 8.	Did the research team sufficiently retain panelists throughout the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 9.	Did the research team conduct preliminary work prior to the first round of the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 10.	Did the research team make appropriate design choices for the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 11.	Did the research team ask appropriate questions in the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 12.	Did the research team use appropriate response items in the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 13.	Did the research team conduct a pilot test before launching the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 14.	Did the research team appropriately analyze the data from the Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 15.	Did the research team transparently report their Delphi study?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
ITEM 16.	Did the research team appropriately consider ethical issues?	☒ Yes ☐ No ☐ Unsure
OVERALL QUALITY ASSESSMENT		
☒ High	☐ Moderate	☐ Low
☐ Critically low	Explanation of overall quality assessment: _____	

ALLEGATO 7. Moduli di disclosure dei conflitti di interesse (tutti i partecipanti)

ALLEGATO 8. Obiettivi e stringhe di ricerca della revisione sistematica

Nursing Assessment and Evaluation of Patients in Community Mental Health Centres: A Systematic Review

Razionale della revisione

La valutazione iniziale nei servizi di salute mentale comunitari/territoriali rappresenta un passaggio cruciale per l'accesso alle cure, influenzando la prima valutazione dell'utente e il successivo percorso assistenziale. Gli infermieri costituiscono generalmente i professionisti di prima linea incaricati di svolgere questo compito complesso e delicato, che comprende l'accoglimento, il triage, la valutazione del rischio e il primo coinvolgimento dell'utente. Tuttavia, la natura specifica, l'efficacia e l'impatto di tale intervento infermieristico sono ancora scarsamente indagati.

Nonostante la vasta letteratura sull'assistenza infermieristica di salute mentale e psichiatrica in ambito ospedaliero e sugli interventi terapeutici, permane una significativa lacuna di conoscenze riguardo al momento fondativo del "*primo incontro*" nei contesti comunitari/territoriali. Le revisioni esistenti tendono a focalizzarsi su modelli di cura più ampi o su diagnosi specifiche, trascurando l'attività infermieristica della valutazione iniziale. In assenza di una sintesi delle evidenze relative a questa specifica attività, risulta impossibile individuare buone pratiche, strumenti validati o modelli consolidati per questa fase cruciale dell'assistenza.

Obiettivo della revisione

La presente revisione intende colmare una rilevante lacuna conoscitiva attraverso una mappatura sistematica e una sintesi delle evidenze disponibili riguardanti le valutazioni iniziali condotte da infermieri nei servizi di salute mentale comunitari/territoriali per adulti. L'obiettivo è delineare ciò che è noto in merito ai processi, agli strumenti e agli esiti di tale intervento, nonché analizzare come esso venga percepito e vissuto sia dagli utenti sia dagli infermieri.

I risultati forniranno una base di evidenze solida per orientare la pratica clinica, sostenere lo sviluppo di protocolli standardizzati e individuare le priorità per futuri studi, contribuendo modalità di accesso ai servizi di salute mentale più efficaci, efficienti e centrati sulla persona.

Obiettivo primario

L'obiettivo principale di questa revisione è mappare sistematicamente e sintetizzare le evidenze disponibili relative alle procedure di accoglimento, valutazione iniziale, triage e presa in carico condotte dagli infermieri nei servizi di salute mentale comunitari/territoriali per adulti.

Obiettivi secondari

Per raggiungere tale scopo, la revisione si propone di:

Identificare e descrivere gli interventi: mappare i diversi modelli, modalità, componenti e strumenti utilizzati dagli infermieri durante il processo di valutazione iniziale nei servizi di salute mentale comunitari/territoriali.

Esplorare le esperienze: sintetizzare le evidenze qualitative riguardanti le esperienze, le percezioni, nonché le barriere e i fattori facilitanti riportati sia dagli utenti dei servizi sia dagli infermieri in relazione all'incontro di valutazione iniziale.

Analizzare gli esiti: identificare e riassumere gli esiti associati alla valutazione infermieristica iniziale, includendo esiti di processo (es. tempi di attesa, appropriatezza delle segnalazioni), esiti clinici (es. rilevazione del rischio) ed esiti esperienziali (es. soddisfazione).

Individuare le lacune nella letteratura: evidenziare le principali aree di carenza nell'attuale base di evidenze al fine di fornire indicazioni chiare per future ricerche primarie.

Con il raggiungimento di questi obiettivi, la revisione fornirà una base di evidenze completa per orientare la pratica clinica, guidare le politiche organizzative dei servizi e migliorare la qualità del primo punto di contatto nei percorsi di salute mentale comunitari/territoriali.

Parole chiave

Infermieristica di salute mentale; Servizi di salute mentale comunitaria; accoglimento, Prima valutazione; Accertamento iniziale, triage.

Criteri di eleggibilità

Criteri di inclusione

- Adulti (≥ 18 anni)

- Infermieri (inclusi infermieri di salute mentale/psichiatrici) operanti in contesti di salute mentale
- Attività infermieristiche di prima accoglienza, valutazione iniziale, triage o intake
- Servizi di salute mentale territoriali, non ospedalieri
- Outcome di processo, outcome clinici, esperienza del paziente/infermiere, strumenti di valutazione validati
- Studi primari qualitativi, quantitativi e con metodi misti
- Testo completo disponibile
- Studi pubblicati in inglese o italiano

Criteri di esclusione

- Popolazioni pediatriche o adolescenziali; diagnosi primaria di demenza, disturbo mentale organico o disturbo da uso di sostanze; valutazioni condotte da altri professionisti senza il coinvolgimento di infermieri
- Studi focalizzati esclusivamente su interventi successivi alla fase iniziale di intake e valutazione; contesti ospedalieri, reparti di degenza, dipartimenti di emergenza, comunità terapeutiche residenziali
- Studi che non misurano o non discutono outcome correlati alla fase di valutazione iniziale, oppure che si concentrano su outcome successivi non correlati
- Studi pubblicati in lingue diverse dall'inglese o dall'italiano
- Testo completo non disponibile; abstract di conferenze senza articolo completo

STRINGHE

Filters applied: Adult: 19+ years

PUBMED

("Persons with Psychiatric Disorders"[Mesh] OR "Mental Patient*"[tiab] OR "mental health patient*"[tiab] OR "people with mental illness"[tiab] OR "people with mental disorder*"[tiab] OR "Mentally Ill Person*"[tiab] OR "patient* with mental illness" OR "adult* with mental disorders"[tiab] OR "psychiatric patient*"[tiab] OR "mental health patient*"[tiab] OR "mental health service user*"[tiab] OR "psychiatric service user*"[tiab] OR ("first rank symptoms" AND (Psychiatric OR mental)))

AND

("Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health" OR "Ambulatory Care"[Mesh] OR "Outpatient Clinics, Hospital"[Mesh] OR "Ambulatory Care Facilit*" OR "Hospital Outpatient Clinic*" OR "psychiatric clinic*" OR "Clinic Visit*" OR "Outpatient Service*" OR "Triage"[Mesh] OR triage* OR "Telemedicine"[Mesh] OR telemedicine)

AND

("Nurses"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR nurs* OR "nursing staff")

AND

("First Assessment" OR triage* OR "Initial Assessment" OR intake OR "Initial Engagement" OR "First Encounter" OR "Triage"[Mesh] OR "Early Diagnosis"[Mesh] OR "early diagnosis")

NOT

(hospital*[tiab] OR inpatient[tiab] OR "therapeutic communit*"[tiab] OR "Inpatients"[Mesh])

CINHAL (Ebsco)

((MH "Mental Disorders+" OR MH "Psychiatric Patients+" OR TI ("mental patient*" OR "mental health patient*" OR "people with mental illness" OR "people with mental disorder*" OR "mentally ill person*" OR "psychiatric patient*" OR "mental health service user*" OR "psychiatric service user*"))

OR AB ("mental patient*" OR "mental health patient*" OR "people with mental illness" OR "people with mental disorder*" OR "mentally ill person*" OR "psychiatric patient*" OR "mental health service user*" OR "psychiatric service user*"))

OR AB ("mental patient*" OR "mental health patient*" OR "people with mental illness" OR "people with mental disorder*" OR "mentally ill person*" OR "psychiatric patient*" OR "mental health service user*" OR "psychiatric service user*"))

AND

((MH "Community Mental Health Services+" OR MH "Ambulatory Care+" OR MH "Outpatient Clinics+" OR MH "Triage+" OR MH "Telehealth+"

OR TI ("community mental health" OR "psychiatric clinic*" OR "outpatient service*" OR triage* OR telemedicine)

OR AB ("community mental health" OR "psychiatric clinic*" OR "outpatient service*" OR triage* OR telemedicine)))

AND

((MH "Nurses+" OR MH "Psychiatric Nursing+")

OR TI (nurs*)

OR AB (nurs*))

AND

(MH "Patient Admission+" OR MH "Triage+" OR MH "Early Diagnosis+")

OR TI ("first assessment" OR "initial assessment" OR intake OR "first encounter" OR triage* OR "early diagnosis")

OR AB ("first assessment" OR "initial assessment" OR intake OR "first encounter" OR triage* OR "early diagnosis")))

NOT

(TI (hospital* OR inpatient OR "therapeutic communit*")

OR AB (hospital* OR inpatient OR "therapeutic communit*")

OR MH "Inpatients+")

OR "nursing assessment" OR "clinical assessment" OR "needs assessment"

PsycINFO

((DE "Mental Disorders" OR DE "Psychiatric Patients")

OR TI ("mental patient*" OR "mental health patient*" OR "people with mental illness" OR "people with mental disorder*" OR "mentally ill person*" OR "psychiatric patient*" OR "mental health service user*")

OR AB ("mental patient*" OR "mental health patient*" OR "people with mental illness" OR "people with mental disorder*" OR "mentally ill person*" OR "psychiatric patient*" OR "mental health service user*")))

AND

((DE "Community Mental Health Services" OR DE "Outpatient Treatment" OR DE "Ambulatory Care" OR DE "Triage" OR DE "Telemedicine"
 OR TI ("community mental health" OR "psychiatric clinic*" OR "outpatient service*" OR triage* OR telemedicine)
 OR AB ("community mental health" OR "psychiatric clinic*" OR "outpatient service*" OR triage* OR telemedicine)))
 AND
 ((DE "Nurses" OR DE "Psychiatric Nurses")
 OR TI (nurs*)
 OR AB (nurs*))
 AND
 ((DE "Diagnosis" OR DE "Early Diagnosis" OR DE "Screening"
 OR TI ("first assessment" OR "initial assessment" OR intake OR "first encounter" OR triage*)
 OR AB ("first assessment" OR "initial assessment" OR intake OR "first encounter" OR triage*))
 NOT
 (TI (hospital* OR inpatient OR "therapeutic communit*")
 OR AB (hospital* OR inpatient OR "therapeutic communit*")
 OR DE "Inpatients")
 OR "nursing assessment" OR "clinical assessment" OR "needs assessment"

SCOPUS

TITLE-ABS-KEY(
 ("mental patient*" OR "mental health patient*" OR "people with mental illness" OR "people with mental disorder*" OR "mentally ill person*" OR "psychiatric patient*" OR "mental health service user*" OR "psychiatric service user*")
 AND
 ("community mental health" OR "ambulatory care" OR "outpatient clinic*" OR "psychiatric clinic*" OR "outpatient service*" OR triage* OR telemedicine)
 AND
 (nurs* OR "psychiatric nursing")
 AND

("first assessment" OR "initial assessment" OR intake OR "first encounter" OR triage* OR "early diagnosis")

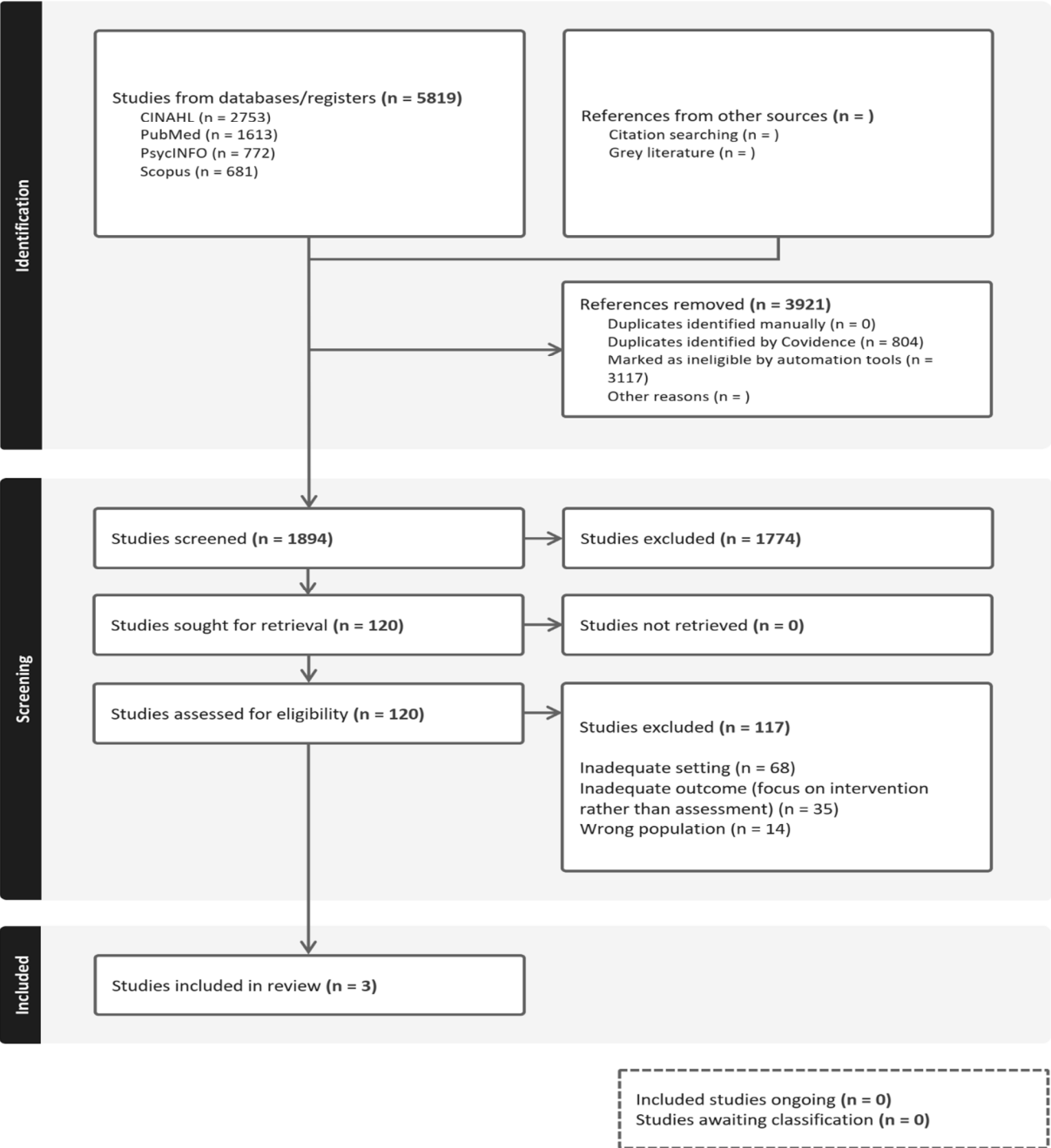
AND NOT

(hospital* OR inpatient OR "therapeutic communit*")

OR "nursing assessment" OR "clinical assessment" OR "needs assessment"

ALLEGATO 9. PRISMA flowchart

Nursing Assessment and Evaluation of Patients in Community Mental Health Centres: A Systematic Review



ALLEGATO 10. Votazioni Panel Esperti e Survey Congressuale

Clinico- REPORT INTEGRATO DELLE VOTAZIONI E DELLA SURVEY ESTERNA DELLE RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni formulate dal gruppo di lavoro tecnico redazionale e metodologico sono state sottoposte a valutazione Panel di esperti e ad una survey tenutasi durante il congresso SISISM

Le due fasi sono state analizzate separatamente mantenendo un impianto metodologico omogeneo.

1. Analisi complessiva del Panel di Esperti

Metodologia

Ai fini di una valutazione complessiva del processo di consenso preliminare, sono stati aggregati i risultati espressi da tutti i componenti del Panel di Esperti, comprendente:

- ☐ Esperti SISISM (n=5);
- ☐ Rappresentanti delle Società Scientifiche (n=6);
- ☐ Rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari (n=3).

Il Panel risultava pertanto composto da 15 componenti votanti, mentre il Chair ha svolto esclusivamente funzioni di coordinamento e garanzia metodologica senza partecipare alle votazioni.

La valutazione è stata effettuata mediante questionario elettronico anonimo utilizzando una scala Likert a 5 punti:

- ☐ 1 = forte disaccordo
- ☐ 2 = disaccordo
- ☐ 3 = incerto/neutrale
- ☐ 4 = accordo
- ☐ 5 = forte accordo

Per ciascuna raccomandazione sono stati calcolati:

- ☐ numero di valutazioni (n);
- ☐ punteggio medio (score);
- ☐ mediana;
- ☐ deviazione standard (SD);
- ☐ percentuale di consenso, definita come percentuale di voti ☐4.

La soglia di consenso è stata fissata all'80% dei voti espressi nell'area di accordo (4-5).

Partecipante	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
Esperto SISISM 1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Esperto SISISM 2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Esperto SISISM 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Esperto SISISM 4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Esperto SISISM 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Società Scientifica 1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Società Scientifica 2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
Società Scientifica 3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5
Società Scientifica 4	3	5	3	5	5	4	5	5	4	5	5
Società Scientifica 5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Società Scientifica 6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5

Associazione familiari 1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5
Associazione utenti	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Associazione familiari 2	4	5	5	5	5	5	5	4	2	5	5
Associazione familiari 3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5

Tabella 1: Votazioni individuali del Panel di Esperti

Raccomandazione	n	Score medio	Mediana	Consenso ☒ 4
R1	15	4,71	5	93,39%
R2	15	5,00	5	100%
R3	15	4,73	5	93,3%
R4	15	4,93	5	100%
R5	15	5,00	5	100%
R6	15	4,93	5	100%

R7	15	5,00	5	100%
R8	15	4,80	5	100%
R9	15	4,27	4,5	86,7%
R10	15	5,00	5	100%
R11	15	5,00	5	100%

Tabella 2: Analisi aggregata del Panel di Esperti

L'analisi aggregata mostra un livello di accordo molto elevato tra tutti i componenti del Panel di Esperti, indipendentemente dall'appartenenza professionale o associativa.

Tutte le undici raccomandazioni hanno superato la soglia di consenso predefinita dell'80%, con percentuali di accordo comprese tra l'86,7% e il 100%.

Le raccomandazioni R2, R5, R7, R10 e R11 hanno ottenuto il massimo livello di consenso possibile, con totale convergenza delle valutazioni espresse.

La Raccomandazione R9 (*"Coinvolgimento del caregiver e della rete"*) è risultata l'elemento maggiormente dibattuto, pur mantenendo un consenso ampiamente superiore alla soglia prestabilita (86,7%). Le osservazioni formulate dai rappresentanti delle associazioni di familiari hanno evidenziato l'opportunità di promuovere attivamente il coinvolgimento della rete familiare e sociale quale elemento strategico dei percorsi di recovery.

Le Raccomandazioni R1 e R8 hanno evidenziato alcune differenze interpretative relative rispettivamente all'organizzazione del primo accesso e alla definizione dei concetti di percezione, consapevolezza e insight, senza tuttavia compromettere il consenso complessivo.

2. Survey

Metodologia

È stata utilizzata una scala Likert a 9 punti (1–9) coerentemente con le metodologie di consenso esperto richiamate dal Manuale ISS (Delphi modificato e RAND/UCLA), in modo da avere una valutazione più granulare e una più accurata quantificazione del consenso raggiunto sulle singole raccomandazioni.

- ☐ 1–3 = disaccordo
- ☐ 4–6 = incertezza
- ☐ 7–9 = accordo

Per ciascuna raccomandazione sono stati calcolati:

- ☐ Numero di risposte (n)
- ☐ Score medio (media aritmetica)
- ☐ Mediana
- ☐ Deviazione standard (SD)
- ☐ Consenso (%) = percentuale di voti ☐8

Il consenso è stato definito come ☐80% di voti ☐8

Caratteristiche del campione

La survey ha coinvolto complessivamente 72 professionisti operanti nell'ambito della salute mentale. La maggioranza dei partecipanti era costituita da donne (73,6%; n=53), mentre gli uomini rappresentavano il 26,4% (n=19).

Le classi di età maggiormente rappresentate erano 50-59 anni (38,9%; n=28) e inferiore a 30 anni (36,1%; n=26). Analogamente, l'anzianità professionale mostrava una distribuzione polarizzata, con il 38,9% (n=28) dei partecipanti con oltre vent'anni di esperienza e il 36,1% (n=26) con meno di cinque anni di attività nei servizi di salute mentale.

Dal punto di vista professionale, il campione era costituito prevalentemente da infermieri (81,9%; n=59), affiancati da tecnici della riabilitazione psichiatrica, psichiatri, psicologi, educatori professionali e operatori socio-sanitari.

I partecipanti provenivano principalmente dai Centri di Salute Mentale territoriali (41,7%; n=30) e dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (19,4%; n=14), garantendo la presenza di competenze

ed esperienze provenienti dai principali contesti assistenziali della salute mentale territoriale e ospedaliera.

Sesso	n	%
Femmine	53	73,6
Maschi	19	26,4
Totale	72	100

Tabella 3: Sesso

Classe di età	n	%
<30 anni	26	36,1
30-39 anni	10	13,9
40-49 anni	8	11,1
50-59 anni	28	38,9
Totale	72	100

Tabella 4: Classe di età

Anzianità di servizio in SM	n	%
<5 anni	26	36,1
5-10 anni	10	13,9

10-20 anni	8	11,1
>20 anni	28	38,9
Totale	72	100

Tabella 5: Anzianità di servizio in salute mentale

Profilo professionale	n	%
Infermiere	59	81,9
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	4	5,6
Psichiatra	4	5,6
Psicologo	3	4,2
OSS	1	1,4
Educatore Professionale	1	1,4
Totale	72	100

Tabella 6: Profilo professionale

Area clinica	n	%
CSM Territoriale	30	41,7
SPDC	14	19,4

Altro	11	15,3
Comunità Terapeutiche	8	11,1
Centro Diurno	6	8,3
Casa della Comunità/PUA	2	2,8
SerD	1	1,4
Totale	72	100

Tabella 7: Area clinica/servizio di appartenenza

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

?

Risultati Survey: Primo round

Raccomandazione	n	Score	Mediana	SD	Consenso ≥ 8 (%)	Esito
R1	72	8.19	8	0.74	87.5%	☐
R2	71	8.54	9	0.73	93.0%	☐
R3	72	8.29	9	0.90	83.3%	☐
R4	72	8.57	9	0.60	94.4%	☐

R5	72	8.60	9	0.62	93.1%	□
R6	72	8.28	9	1.13	84.7%	□
R7	71	7.39	8	1.73	54.9%	□
R8	72	7.21	8	1.85	58.3%	□
R9	72	6.21	7	2.59	40.3%	□
R10	72	8.56	9	0.67	93.1%	□
R11	72	□8	9	~1	□80%	□

Tabella 8: Risultati votazione primo round

I risultati evidenziano un ampio consenso complessivo con score medi □8, le mediane 8–9 e una bassa SD nella maggior parte delle raccomandazioni. Le Raccomandazioni con consenso pieno sono state: R1, R2, R3, R4, R5, R6, R10, R11.

Le Raccomandazioni critiche R7 (SD 1.73; consenso 54.9%); R8 (SD 1.85; consenso 58.3%); R9 (SD 2.59; consenso 40.3%), caratterizzate da maggiore dispersione e minore accordo

Risultati survey: secondo round

Le raccomandazioni critiche R7–R8–R9 sono state discusse in plenaria, riformulate secondo le indicazioni dei partecipanti e quindi rivalutate dagli stessi.

Raccomandazione	Score	Consenso ≥8 (%)	Esito
-----------------	-------	-----------------	-------

R7	8.9	100%	□
R8	8.5	80%	□
R9	8.1	90%	□

Tabella 9: Risultati votazione secondo round

Si è ottenuto un ampio consenso già al primo round, con l'evidenziazione di tre raccomandazioni critiche. Alla fine, si è ottenuto consenso finale per tutte le raccomandazioni

Conclusioni

La validazione da parte del Panel di Esperti SISISM ha evidenziato un accordo sostanzialmente unanime sulle undici raccomandazioni proposte, con il raggiungimento del 100% di consenso per tutte le raccomandazioni e una minima variabilità delle valutazioni espresse. Tali risultati confermano la solidità scientifica, professionale e assistenziale del documento e la sua coerenza con l'esperienza degli esperti coinvolti nel processo.

La successiva Survey che ha coinvolto 72 professionisti provenienti dai principali contesti della salute mentale, ha mostrato un elevato livello di accordo già al primo round per la maggior parte delle raccomandazioni. Le tre raccomandazioni che inizialmente non avevano raggiunto la soglia di consenso sono state discusse collegialmente, riformulate e successivamente approvate nel secondo round, consentendo il raggiungimento del consenso finale per l'intero set di raccomandazioni.

Nel complesso, il percorso ha garantito un processo di validazione metodologicamente rigoroso e multilivello, integrando il giudizio del Panel di Esperti con il confronto allargato della survey effettuata durante il congresso. Tale approccio ha consentito di identificare e affrontare le aree di criticità, favorendo il raggiungimento di un consenso finale ampio, condiviso e multidisciplinare a supporto delle Raccomandazioni di Buona Pratica Assistenziale

ALLEGATO 11. Scheda valutazione primo accesso

MODULO UNIFICATO DI ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE INFERMIERISTICA AL PRIMO ACCESSO

Nota metodologica per l'operatore (Linee Guida ISS / SISISM)

Il processo di primo accesso si articola in due momenti integrati e non rigidamente sequenziali:

Prima accoglienza: basata sul colloquio clinico-relazionale, finalizzata alla comprensione della domanda, dei bisogni di salute, delle aspettative della persona e della rilevazione delle condizioni di sicurezza.

Successiva valutazione strutturata: orientata a definire in modo sistematico i bisogni assistenziali e il livello di priorità organizzativa.

Il modulo deve essere compilato dall'Infermiere in un setting dedicato che garantisca la massima riservatezza e la protezione dei dati. L'utilizzo di strumenti standardizzati e scale validate in lingua italiana, laddove ritenuto clinicamente appropriato, integra e supporta l'osservazione clinica e il giudizio professionale dell'operatore, senza in alcun modo sostituirli.

1. ANAGRAFICA, SOGGETTO INVIANTE E MODALITÀ DI CONTATTO

Data accesso: ____/____/____ Ora: ____: ____

Durata complessiva del colloquio: ____ min

Luogo del contatto: ☐ CSM ☐ Domicilio ☐ Presidio Distrettuale ☐ Telefonico ☐ Altro

Dati anagrafici della persona assistita:

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: ____/____/____

Comune di residenza: _____

Recapiti di contatto (Telefono/E-mail) _____

Fonte e modalità della richiesta:

Richiesta attivata da:

☐ Persona assistita ☐ Familiare/Caregiver ☐ MMG ☐ Specialista/Ospedale ☐ Altro

Tipologia di accesso: ☐ Accesso diretto a bassa soglia ☐ Su invio/segnalazione formale

Eventuale persona presente al colloquio (Rilevazione subordinata al consenso dell'utente, R9):

Nome e Cognome: _____

Relazione/Parentela: _____

2. INFORMATIVA, TRASPARENZA E DIRITTI (Raccomandazione R6)

☐ Attestazione di adempimento: Si certifica che alla persona sono state fornite informazioni chiare, accessibili e trasparenti in merito al funzionamento del servizio, alle caratteristiche del percorso di cura territoriale, ai propri diritti, alla volontarietà dei trattamenti e alla tutela della privacy (GDPR 2016/679).

Consenso al trattamento dei dati sanitari: ☐ Sì ☐ No

Consenso al coinvolgimento della rete/familiari: ☐ Sì ☐ No

Eventuali limitazioni o dissenso specifico espresso

(Nota per l'operatore: l'eventuale rifiuto della persona di coinvolgere la propria rete relazionale o istituzionale esterna non limita in alcun modo il suo diritto all'accesso e all'attivazione del percorso di cura presso il servizio).

3. DECODIFICA NARRATIVA DELLA DOMANDA ED ELEMENTI OSSERVATIVI

Motivo dell'accesso (Rilevare e trascrivere fedelmente l'espressione e le parole della persona):

Percezione del problema, motivazione soggettiva e aspettative nei confronti del servizio (R8):

Temporalità e durata della problematica segnalata: ☐ Giorni ☐ Settimane ☐ Mesi ☐ Anni

Indicatori Fenomenologici ed Elementi Osservativi (Dimensione Relazionale)

Atteggiamento generale e modalità di contatto:

Stile comunicativo ed evoluzione dell'eloquio:

Stato emotivo e vissuti affettivi prevalenti:

4. INFORMAZIONI CLINICHE ESSENZIALI DI BACKGROUND

Contatti pregressi con i servizi di Salute Mentale: ☐ No ☐ Sì (Specificare dove, epoca e tipologia di percorso)

Terapie farmacologiche in atto (di qualunque tipo): ☐ No ☐ Sì (Elencare molecole e dosaggi stabili o al bisogno):

Aderenza al trattamento prescritto: ☐ Regolare ☐ Non regolare/Discontinua

Comorbidità organiche rilevanti:

Allergie note: ☐ No ☐ Sì

(Specificare): _____

5. VALUTAZIONE STRUTTURATA (CONDIZIONI CLINICHE E FUNZIONAMENTO)

Criterio temporale metodologico: La rilevazione analitica all'interno delle seguenti griglie è riferita prevalentemente ai segni, sintomi e indicatori manifestatisi o acutizzatisi negli ultimi 10 giorni. Integra l'osservazione infermieristica con l'uso di scale validate italiane, laddove appropriato.

Sezione A – Area Clinica e di Sicurezza

Condizione /Cluster Sintomatologico	Assen te	(0) Lieve	(1) Moderato	(2) Grave	(3) Molto Grave	(4) Note e specificazioni descrittive
Ideazione/ Comportamento suicidario						
Condotte auto/ etero-aggressive						
Sintomi psicotici (Deliri/ Allucinazioni)						
Umore depresso/ Grave deflessione						

Umore euforico/ Eccitamento acuto						
Ansia grave Panico Manifestazioni fobiche						
Disorganizzazione ideativa Confusione						
Uso / Abuso di alcol e sostanze correlate						
Alterazioni della nutrizione e alimentazione						
Disturbi stabili del sonno e del ritmo circadiano						

Sezione B – Funzionamento Globale e Parametri del Contesto

Area del Funzionamento Sociale	Autonomo	(0) Con sforzo	(1) Supporto parziale	(2) Supporto continuo	(3) Assistenza massima	(4) Note su autonomie e supporti attivi
Attività della vita quotidiana / Cura di sé						

(Igiene, alimentazione, gestione scadenze)						
Relazioni sociali/ Isolamento e ritiro						
(Capacità di mantenere contatti e uscire di casa)						
Condizioni materiali/Contesto abitativo						
(Gestione, pulizia e sicurezza della casa)						
Funzionamento lavorativo, formativo o di studio						
(Mantenimento dell'impegno o della produttività)						

6. VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DELLA SICUREZZA (Raccomandazione R5)

Sussistono evidenze o indicatori di rischio immediato per l'incolumità della persona o di terzi?

☐ NO

☐ SÌ (Descrivere analiticamente la natura del rischio e i fattori scatenanti individuati):

Azioni e percorsi di emergenza attivati in tempo reale: (In presenza di criticità l'Infermiere informa tempestivamente il medico e attiva i canali di emergenza/urgenza interni ed esterni secondo i protocolli e le procedure vigenti del Servizio)

7. ATTRIBUZIONE DEL LIVELLO DI PRIORITÀ ED ORIENTAMENTO ORGANIZZATIVO

L'attribuzione della priorità assistenziale risponde a una valutazione olistica e complessiva della gravità clinica e dei rischi, traendo orientamento sistemico dai parametri mappati nella Sezione A.

Clausola di salvaguardia metodologica: Il presente sistema di classificazione e allineamento dei bisogni orienta e ottimizza la decisione organizzativa e l'allocazione delle risorse, ma non sostituisce in alcun caso il giudizio clinico diretto né la valutazione multiprofessionale d'équipe, che restano sovrani e determinanti.

□ LIVELLO ELEVATO

Criterio guida: Presenza di acuzie psicopatologica severa, instabilità clinica marcata o documentati rischi per la sicurezza.

Orientamento: Attivazione immediata o ravvicinata dei canali di risposta interni ed emergenziali.

□ LIVELLO INTERMEDIO

Criterio guida: Condizione clinica e sofferenza psichica significative, in assenza di rischi immediati per l'incolumità, richiedenti un approfondimento in tempi rapidi.

Orientamento: Discussione condivisa in sede di riunione d'équipe per la pianificazione del percorso.

□ LIVELLO PROGRAMMABILE

Criterio guida: Quadro clinico-funzionale stabile e a bassa intensità di sofferenza manifesta.

Orientamento: Inserimento ordinario nella pianificazione delle attività del servizio.

Tempistiche orientative di risposta: Le tempistiche per l'erogazione delle prestazioni e delle successive visite specialistiche sono modulate in forma flessibile in relazione alla situazione clinica, alle vulnerabilità del contesto ambientale e alle risorse della rete disponibili.

8. SINTESI PROFESSIONALE ED ESITO DEL CONTATTO (HANDOVER)

Comprensione iniziale della situazione e bisogni assistenziali preminenti rilevati dall'operatore:

Esito del contatto e orientamento assistenziale di continuità (Handover, Raccomandazione R7):

- ☐ Attivazione immediata dell'équipe di secondo livello d'accoglienza (Gestione urgente della crisi in sede)
- ☐ Inserimento nella programmazione intensiva domiciliare (Elenco priorità di crisi sul territorio)
- ☐ Proposta e attivazione di accoglimento in setting semi-residenziale/residenziale del CSM (OD/ODN)
- ☐ Avvio formale del percorso di Presa in Carico territoriale integrata (Assegnazione Case Manager)
- ☐ Programmazione di consulenza/valutazione specialistica ordinaria (Psichiatra / Psicologo)
- ☐ Invio guidato con trasmissione dati ad altre agenzie della rete territoriale (SerD, Consultorio, Servizi Sociali)
- ☐ Invio guidato o accompagnamento assistito in regime d'emergenza al Pronto Soccorso generale/SPDC

Pianificazione esecutiva dell'appuntamento concordato:

Data ____/____/____ Ora ____: ____

Operatore/Servizio Assegnato: _____

9. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE DEL COMPILATORE

(Annotare sinteticamente elementi relativi all'alleanza terapeutica, dinamiche relazionali emerse, attitudine della persona assistita, adeguatezza del setting o eventuali scostamenti motivati rispetto alle procedure ordinarie)

10. VALIDAZIONE E CHIUSURA SOTTO-SISTEMA INFORMATIVO (R11)

Nome e Cognome dell'Infermiere compilatore:

Profilo Professionale / Ruolo funzionale in turno:

Firma leggibile dell'operatore: _____

Data: ____/____/____

ALLEGATO 12. Allegato alla Raccomandazione 6

Strategie di implementazione

Informazione, consenso, coinvolgimento della rete e trattamento dei dati nel primo accesso ai servizi di salute mentale

1. RBPCA di riferimento

RACCOMANDAZIONE

6

Si raccomanda, durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso ai servizi di salute mentale, di fornire alla persona informazioni chiare e comprensibili sul percorso di cura, sui propri diritti, sulla volontarietà del coinvolgimento della rete familiare e sociale e sul trattamento dei suoi dati personali.

Il consenso dovrebbe essere considerato un processo relazionale che coinvolge l'intera équipe assistenziale. Nell'ambito delle rispettive competenze professionali, ciascun professionista contribuisce al processo informativo e all'acquisizione del consenso per gli atti di propria competenza; l'infermiere partecipa a tale processo relativamente agli interventi assistenziali di propria competenza.

L'acquisizione del consenso deve essere documentata.

Il rifiuto della persona a coinvolgere la rete familiare o sociale non limita l'accesso ai servizi o l'attivazione del percorso di cura.

2. Finalità e principi di implementazione

La comunicazione delle informazioni rappresenta parte integrante della relazione di cura e costituisce un processo progressivo che accompagna l'intero percorso assistenziale. In conformità alla Legge 219/2017, la persona ha diritto a ricevere informazioni complete, aggiornate e comprensibili e a partecipare consapevolmente alle decisioni che riguardano il proprio percorso di cura (Legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il consenso informato deve pertanto essere considerato un processo relazionale e non un singolo atto formale. In tale prospettiva, il tempo dedicato alla comunicazione rappresenta parte integrante del tempo di cura (Legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Il presente documento si fonda inoltre sui principi della legislazione italiana vigente in materia di tutela della salute mentale, che riconosce il carattere prevalentemente volontario degli

accertamenti e dei trattamenti sanitari e promuove la partecipazione attiva della persona ai percorsi assistenziali. Anche nei casi in cui siano previsti accertamenti o trattamenti sanitari obbligatori, la normativa dispone che essi siano accompagnati da iniziative volte a favorire il consenso e la partecipazione della persona assistita (Legge 13 maggio 1978, n. 180; Legge 23 dicembre 1978, n. 833).

Tali principi trovano ulteriore riscontro nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, che riconosce la relazione di cura, l'informazione e il rispetto dell'autodeterminazione della persona quali elementi essenziali dell'assistenza infermieristica (FNOPI, 2025).

Nel contesto dei servizi di salute mentale, la presenza di una sofferenza psichica non può essere considerata di per sé una limitazione alla possibilità di comprendere le informazioni ricevute o di partecipare alle decisioni riguardanti il proprio percorso assistenziale. Le indicazioni internazionali più recenti promuovono infatti modelli assistenziali centrati sulla persona e fondati sul coinvolgimento attivo nelle decisioni di cura (WHO, 2021; NICE, 2021; Gurtner et al., 2021).

3. Ambito e soggetti coinvolti

Il documento si applica alla fase di accoglienza e valutazione infermieristica del primo accesso ai servizi di salute mentale. Il processo informativo e di consenso coinvolge l'intera équipe assistenziale, nel rispetto delle competenze professionali: ciascun professionista contribuisce per gli atti di propria competenza e l'infermiere per gli interventi assistenziali di propria competenza.

4. Percorso operativo di implementazione

Fase 1 - Preparare la comunicazione	Considerare le caratteristiche culturali, linguistiche e cognitive della persona, nonché le condizioni cliniche ed emotive presenti al momento dell'incontro.
Fase 2 - Fornire le informazioni essenziali	Illustrare il percorso di cura, i diritti della persona, la gestione delle informazioni condivise, il trattamento dei dati personali e il carattere volontario del coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Fase 3 - Favorire la comprensione	Utilizzare modalità flessibili e personalizzate, consentire domande e riformulazioni, osservare la partecipazione al colloquio e riprendere i contenuti in momenti successivi quando necessario.
Fase 4 - Sostenere il processo di consenso	Considerare il consenso come processo relazionale continuo, condiviso dall'équipe nell'ambito delle rispettive competenze, e non come singolo adempimento formale.
Fase 5 - Rispettare le scelte sulla rete da coinvolgere	Registrare la volontà della persona rispetto al coinvolgimento della rete familiare o sociale. L'eventuale rifiuto non limita l'accesso ai servizi né l'attivazione del percorso di cura.
Fase 6 - Documentare	Documentare il processo informativo, l'acquisizione del consenso, le principali informazioni fornite, le eventuali criticità comunicative e, ove pertinente, le strategie adottate per favorire comprensione e partecipazione.

5. Criteri minimi di chiarezza dell'informazione

Durante la fase di accoglienza e valutazione infermieristica le informazioni dovrebbero:

- essere espresse con un linguaggio semplice, chiaro e non stigmatizzante;
- essere adeguate alle caratteristiche culturali, linguistiche e cognitive della persona;
- essere proporzionate alle condizioni cliniche ed emotive presenti al momento dell'incontro;
- privilegiare i contenuti essenziali necessari alla partecipazione consapevole al percorso di cura;
- prevedere la possibilità di essere riprese e approfondite in momenti successivi;
- essere accompagnate, quando appropriato, da materiali scritti o altri supporti informativi accessibili.

La chiarezza dell'informazione non è determinata dalla quantità di contenuti trasmessi, ma dalla loro effettiva accessibilità per quella specifica persona nel particolare contesto clinico e relazionale in cui avviene l'incontro.

6. Valutazione e promozione della comprensione

Nei servizi di salute mentale la comprensione delle informazioni non dovrebbe essere verificata esclusivamente mediante procedure standardizzate o attraverso l'applicazione uniforme di una singola tecnica comunicativa.

La valutazione della comprensione richiede un adattamento alle condizioni cognitive, emotive, relazionali e psicopatologiche della persona, nel rispetto dei principi di personalizzazione dell'assistenza.

La verifica della comprensione dovrebbe avvenire attraverso modalità flessibili, valorizzando:

- il dialogo aperto e la possibilità di porre domande;
- le riformulazioni condivise del messaggio;
- la progressiva costruzione della relazione terapeutica;
- l'osservazione della partecipazione della persona al colloquio;
- l'osservazione di elementi verbali e non verbali che suggeriscano comprensione, dubbio o necessità di ulteriori chiarimenti.

La verifica può avvalersi sia di modalità dirette sia di modalità indirette, in relazione alle caratteristiche della persona e alla situazione clinica.

Le tecniche di verifica della comprensione, incluso il metodo teach-back, possono essere utilizzate laddove ritenute appropriate dal professionista. Sebbene tali tecniche rappresentino strumenti utili per favorire la comprensione e la partecipazione della persona al percorso di cura, il loro impiego richiede una valutazione contestuale delle condizioni relazionali e cliniche. In alcune situazioni una verifica esplicita della comprensione potrebbe essere percepita come valutativa, intrusiva o sfidante e interferire con la costruzione dell'alleanza terapeutica (NICE, 2021).

Pertanto, il professionista dovrebbe modulare le strategie comunicative in funzione delle caratteristiche e dei bisogni della persona assistita. Le indicazioni internazionali sullo shared decision making sottolineano infatti che l'informazione e il consenso devono essere considerati processi continui e personalizzati piuttosto che singoli adempimenti formali (Hamann et al., 2003; Drake & Deegan, 2009; Gurtner et al., 2021; NICE, 2021).

7. Adattamento della comunicazione

In relazione allo stato clinico ed emotivo rilevato durante il primo accesso, l'infermiere adotta le strategie comunicative più idonee. Tra queste possono rientrare:

- il frazionamento delle informazioni in momenti successivi;
- la ripetizione dei contenuti essenziali;
- l'utilizzo di esempi concreti e contestualizzati;
- la consegna di materiali scritti semplificati a supporto della comunicazione verbale;
- l'impiego di supporti visivi o schemi riassuntivi;
- il rinvio di informazioni non urgenti a momenti di maggiore stabilità clinica;
- una particolare attenzione agli aspetti relazionali e non verbali della comunicazione.

Tali strategie sono coerenti con gli approcci person-centred, recovery-oriented e di shared decision making raccomandati nei servizi di salute mentale (WHO, 2021; Gurtner et al., 2021).

8. Documentazione del processo

Il processo informativo e le modalità adottate per favorire la comprensione dovrebbero essere documentati nella cartella clinica o nella documentazione assistenziale, in coerenza con quanto previsto dalla Raccomandazione 6. La documentazione dovrebbe riportare gli elementi informativi principali forniti alla persona, eventuali criticità comunicative rilevate e, ove pertinente, le strategie adottate per favorire la comprensione e la partecipazione al percorso di cura.

La documentazione del processo informativo e delle modalità adottate per favorire la comprensione costituisce parte integrante del processo di acquisizione del consenso e contribuisce alla tracciabilità delle decisioni assistenziali e delle scelte espresse dalla persona.

9. Checklist per l'applicazione nel primo accesso

- ☐ Sono state fornite informazioni chiare e comprensibili sul percorso di cura.
- ☐ Sono stati illustrati i diritti della persona.
- ☐ È stata spiegata la volontarietà del coinvolgimento della rete familiare e sociale.
- ☐ Sono state fornite informazioni sul trattamento dei dati personali.
- ☐ Le informazioni sono state adattate alle caratteristiche e alle condizioni della persona.
- ☐ È stata favorita la possibilità di porre domande e chiedere chiarimenti.
- ☐ La comprensione è stata esplorata con modalità appropriate al contesto clinico e relazionale.
- ☐ È stata rispettata e registrata la volontà della persona rispetto al coinvolgimento della rete.

☐ Il processo informativo e l'acquisizione del consenso sono stati documentati.

☐ Eventuali criticità comunicative e strategie adottate sono state documentate.

10. Elementi per il monitoraggio dell'implementazione

Il monitoraggio può essere condotto verificando, nella documentazione assistenziale, la presenza degli elementi richiesti dalla Raccomandazione 6 e dal presente documento:

- tracciabilità delle informazioni fornite sul percorso di cura e sui diritti;
- tracciabilità dell'informazione sulla volontarietà del coinvolgimento della rete familiare e sociale;
- tracciabilità dell'informazione sul trattamento dei dati personali;
- documentazione dell'acquisizione del consenso;
- documentazione dell'eventuale rifiuto di coinvolgere la rete, senza limitazioni all'accesso o al percorso di cura;
- registrazione delle criticità comunicative e delle strategie adottate, ove pertinenti.

11. Nota metodologica

Le indicazioni contenute nel presente documento sono coerenti con i principi della Legge 219/2017, della legislazione italiana vigente in materia di tutela della salute mentale e del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (Legge 13 maggio 1978, n. 180; Legge 23 dicembre 1978, n. 833; Legge 22 dicembre 2017, n. 219; FNOPI, 2025). Esse si ispirano inoltre agli orientamenti internazionali che promuovono approcci person-centred, recovery-oriented e shared decision making nei servizi di salute mentale (WHO, 2021; NICE, 2021; Gurtner et al., 2021).

In tali modelli l'informazione, la partecipazione alle decisioni e il consenso non sono considerati eventi puntuali o meri adempimenti amministrativi, bensì processi relazionali continui che devono essere adattati alle caratteristiche, ai bisogni e alle preferenze della persona assistita. In quest'ottica, la verifica della comprensione richiede flessibilità metodologica, attenzione al contesto clinico e valorizzazione della relazione terapeutica, particolarmente rilevante nelle fasi iniziali di contatto con i servizi di salute mentale (WHO, 2021; NICE, 2021; Gurtner et al., 2021).

Bibliografia

- Drake, R. E., & Deegan, P. E. (2009). Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatric Services*, 60(8), 1007. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1007>
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2025). Codice deontologico delle professioni infermieristiche. FNOPI. Disponibile su: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf Ultimo accesso: 14/09/2026
- Gurtner, C., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Halfens, R. J. G., & Hahn, S. (2021). Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 531-548. <https://doi.org/10.1111/jpm.12712>
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x>
- Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg> Ultimo accesso: 14/09/2026
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg> Ultimo accesso: 14/09/2026
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, 12, 16 gennaio 2018. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg> Ultimo accesso: 14/09/2026
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Shared decision making (NICE Guideline NG197). NICE. Disponibile su: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197> Ultimo accesso: 14/09/2026
- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. WHO. Disponibile su: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cae8ee4a-e2fe-4f97-957a-bafec4b7ecbf/content> Ultimo accesso: 14/09/2026