

Dal dato alla cura: verso una salute mentale digitale, integrata e centrata sulla persona. Il nuovo Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato digitale del DSM Lecce come modello di integrazione clinica e One Health

Simona Mazza¹, Maria Fontana¹, Marica Caputo¹, Chiara Reho², Tiziana De Donatis², Elio Serra³, Serafino De Giorgi⁴

¹Settore RPS - DSM ASL Lecce

²CSM ASL Lecce

³CSM Nardò-Galatina - ASL Lecce

⁴DSM ASL Lecce

Abstract

L'articolo analizza il processo di trasformazione digitale in salute mentale, con particolare riferimento all'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) della ASL Lecce, ponendo al centro della dimensione Riabilitazione Psicosociale il ruolo strategico del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.). La digitalizzazione del P.T.R.P., concepita come evoluzione del modello cartaceo, rappresenta un passaggio cruciale per migliorare la qualità dei dati clinici, rafforzare la continuità assistenziale e supportare una *governance* basata sulle evidenze. Il nuovo P.T.R.P. digitale, aggiornato nel 2025, integra valutazioni standardizzate (ICF, WHODAS 2.0, PROMs, PREMs), dati socio-demografici ampliati e una sezione dedicata alla *patient satisfaction*, con l'obiettivo di rendere misurabili gli esiti riabilitativi e aumentare la partecipazione attiva della persona nel percorso di cura.

L'analisi dei dati 2024 del Sistema Informativo Salute Mentale (S.I.S.M.) evidenzia una rilevante disomogeneità nella registrazione delle prestazioni, nella tracciabilità dei percorsi e nella rappresentazione della domanda di cura tra province e *setting* assistenziali. Le criticità emerse – frammentazione documentale, uso non omogeneo delle codifiche, limitata integrazione tra progettualità terapeutica e registrazioni – confermano la necessità di un'infrastruttura digitale capace di

collegare obiettivi, interventi e *outcomes*. In tale prospettiva, la digitalizzazione del P.T.R.P. costituisce un pre-requisito per l'evoluzione del Servizio Informativo per la Salute Mentale (SISM) verso una futura Cartella Clinica Elettronica (CCE) interoperabile, conforme agli standard HL7-FHIR e integrabile con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Collocato all'interno del paradigma *One Health*, il modello proposto riconosce l'interdipendenza tra determinanti clinici, sociali e ambientali, valorizzando il dato come strumento di comprensione e decisione. La tecnologia, lungi dal sostituire la relazione terapeutica, ne amplifica la qualità, restituendo alla documentazione clinica un ruolo epistemologico, etico e operativo. L'integrazione tra P.T.R.P. digitale, SISM e CCE delinea così un ecosistema di salute mentale più equo, trasparente e centrato sulla persona, in cui la conoscenza diventa parte integrante del processo di cura.

Abstract (English)

This article analyses the digital transformation process in mental health, focusing on the experience of the Mental Health Department (DSM) of the Lecce Local Health Authority and the strategic role of the Personalised Therapeutic Rehabilitation Project (P.T.R.P.) in psychosocial rehabilitation. The digitisation of the P.T.R.P., seen as an

advancement from the paper model, is a vital step in enhancing the quality of clinical data, strengthening continuity of care, and promoting evidence-based governance. The updated digital P.T.R.P. (2025) integrates standardised assessments (ICF, WHODAS 2.0, PROMs, PREMs), expanded socio-demographic data, and a patient satisfaction section. This aims to make rehabilitation outcomes measurable and increase active patient participation in the care pathway. Analysis of 2024 Mental Health Information System (SISM) data highlights significant inconsistencies in service recording, pathway traceability, and care demand representation between provinces and settings.

The critical issues that have emerged, such as fragmented documentation, inconsistent coding and limited integration between therapeutic planning and records, confirm the need for a digital infrastructure that can link objectives, interventions and outcomes. Digitising the PTRP is therefore essential if the Mental Health Information Service (SISM) is to evolve into an interoperable Electronic Health Record (EHR) that complies with HL7-FHIR standards and can be integrated with the Electronic Health File (FSE). Within the One Health paradigm, the proposed model recognises the interdependence of clinical, social and environmental factors, viewing data as a tool for understanding and decision-making. Rather than replacing the therapeutic relationship, technology enhances its quality, restoring an epistemological, ethical and operational role to clinical documentation. The integration of the digital PTRP, SISM and EHR outlines a more equitable, transparent and person-centred mental health ecosystem, in which knowledge is an integral part of the care process.

Parole chiave: Salute mentale digitale; P.T.R.P. digitale; Sistema Informativo Salute Mentale (SISM); Riabilitazione psichiatrica; Continuità assistenziale; Patient satisfaction; Outcomes clinici; One Health.

Keywords: Digital mental health; Digital PTRP; Mental Health Information System (MHIS); Psychiatric rehabilitation; Continuity of care; Patient satisfaction; Clinical outcomes; One Health approach.

La transizione digitale in sanità non è soltanto una questione tecnologica: rappresenta una trasformazione culturale profonda, che ridisegna il modo di pensare la cura, la relazione terapeutica e l'organizzazione dei servizi. In psichiatria, questa evoluzione non si limita a migliorare la gestione dei dati, ma può incidere sul modo stesso in cui si concepisce la riabilitazione, integrando conoscenze cliniche, evidenze scientifiche e partecipazione attiva della persona.

Il punto di partenza di questo percorso è stato un lavoro di ascolto, un'indagine sulla *patient satisfaction* condotta presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di Nardò. L'obiettivo era semplice ma cruciale: comprendere come le persone che fruiscono dei servizi percepiscano l'accoglienza, la continuità terapeutica e la loro partecipazione alle decisioni di cura. I risultati hanno restituito un dato inequivocabile: la tecnologia è già presente nella vita quotidiana degli utenti, ma resta marginale nei percorsi terapeutici.

Da questa osservazione è maturata una riflessione più ampia: perché ciò che le persone utilizzano ogni giorno non può diventare anche uno strumento ausiliario nel progetto di cura? È da questo interrogativo che prende forma la visione della digitalizzazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.), il cuore della presa in carico riabilitativa, e della sua progressiva integrazione nel Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), con la prospettiva, in un futuro

prossimo, di un'evoluzione verso una Cartella Clinica Elettronica interoperabile (CCE).

Questa piattaforma, concepita come ambiente unico per i servizi territoriali e ospedalieri del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e per le strutture residenziali, consentirebbe un dialogo continuo con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), garantendo tracciabilità, sicurezza dei dati e conformità al Regolamento UE 2016/679 e alle linee guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

L'obiettivo finale sarebbe quello di misurare, con strumenti standardizzati, l'efficacia dei percorsi riabilitativi e la qualità percepita dagli utenti, superando l'approccio meramente descrittivo per restituire alla documentazione clinica un valore realmente terapeutico.

Un progetto di questo tipo unirebbe *governance* e umanizzazione, trasformando i dati in conoscenza e la conoscenza in cura. È questa la traiettoria che descrive il passaggio "dal dato alla cura": un processo nel quale l'informazione non si limita a descrivere la realtà clinica, ma diventa strumento di comprensione, equità e umanizzazione. Quando la gestione delle informazioni si fonda sulla comprensione, non rappresenta più un atto amministrativo, ma parte integrante del processo terapeutico.

Questo approccio consente di ricostruire il continuum assistenziale nella sua interezza, tracciando il percorso sanitario della persona attraverso tutti i *setting* di cura e costruendo indicatori condivisi di struttura, processo ed esito. Tali indicatori permetterebbero confronti affidabili tra territori, promuovendo pratiche di *benchmarking* e l'identificazione di *best practice* replicabili.

Oggi molti di questi dati già esistono — nei flussi del SISM, nei questionari, nei P.T.R.P. cartacei — ma vivono separati. La sfida non è più produrre nuovi dati, ma integrarli, metterli in relazione e restituirli come valore clinico, organizzativo e

umano. Immaginare la salute mentale digitale significa questo: non sostituire la relazione terapeutica, ma amplificarla attraverso la conoscenza che i dati generano.

Questa visione si colloca pienamente nel paradigma *One Health*, che riconosce l'interconnessione tra salute mentale, fisica, sociale e ambientale. Ogni intervento in salute mentale produce ricadute non solo sull'individuo, ma sull'intero ecosistema sociale. La digitalizzazione, in questa prospettiva, diventa lo strumento per ricostruire tali connessioni, restituendo ai professionisti una visione unitaria della persona e della comunità, e promuovendo una cultura della cura fondata su equità, trasparenza e conoscenza condivisa.

Background e quadro normativo

Negli ultimi anni, il sistema sanitario italiano ha attraversato una trasformazione profonda, determinata dall'intreccio di tre grandi processi: l'evoluzione culturale della salute mentale, la digitalizzazione dei sistemi sanitari e le riforme organizzative della pubblica amministrazione. Si tratta di dinamiche interdipendenti che, sommandosi, hanno ridefinito il modo in cui si intendono la presa in carico, la continuità assistenziale e il governo dei servizi.

L'evoluzione culturale della salute mentale ha rappresentato il primo e più radicale cambiamento, segnando il passaggio dal modello custodialistico al paradigma della *recovery*, centrato sulla partecipazione attiva dell'utente e sulla costruzione di percorsi terapeutici personalizzati. Parallelamente, la digitalizzazione dei sistemi sanitari ha dato origine al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e ai suoi moduli specialistici, tra cui quello per la salute mentale, favorendo una maggiore capacità di raccolta, analisi e utilizzo dei dati. Infine, le riforme introdotte dal

DM 77/2022 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare nella Missione 6, hanno posto l'innovazione digitale come prerequisito per garantire efficienza, trasparenza e personalizzazione della cura.

In salute mentale, l'interazione tra politiche, modelli organizzativi e innovazione tecnologica è un processo bidirezionale: il sistema influenza le azioni dei servizi, ma al tempo stesso ne è trasformato. Così come accade per i determinanti sociali della salute, anche i servizi psichiatrici risentono delle condizioni economiche, istituzionali e culturali del contesto in cui operano, che ne modulano l'efficacia e l'accessibilità. Ma l'innovazione organizzativa e digitale, a sua volta, può produrre effetti positivi sul contesto, promuovendo una visione della salute più integrata e inclusiva.

In questo scenario, il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) assume un ruolo centrale nella raccolta e nell'analisi dei dati relativi alle prestazioni sanitarie. La sua funzione non è meramente statistica: esso rappresenta uno strumento strategico di *governance*, concepito per fornire informazioni utili alla valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza degli interventi erogati dalle organizzazioni sanitarie a livello nazionale, regionale e locale. Prima della sua introduzione, le uniche informazioni sistematiche sul funzionamento dei servizi di salute mentale italiani derivavano da indagini sporadiche, promosse da gruppi di ricerca o da iniziative locali, con metodologie non sempre uniformi.

Il SISM ha dunque colmato una lacuna conoscitiva importante, ma nella sua configurazione attuale tende ancora a rappresentare la realtà dei servizi in modo descrittivo, più che valutativo. Misura il numero delle prestazioni, ma non sempre riesce a restituire il loro significato clinico, la coe-

renza con gli obiettivi terapeutici o l'impatto reale sulla vita delle persone. In altre parole, il sistema rileva l'attività, ma non la collega direttamente ai progetti terapeutici individuali.

Proprio da questa consapevolezza nasce l'esigenza di evolvere il SISM verso un modello più maturo, capace di trasformare i dati da semplici registrazioni amministrative a strumenti di conoscenza clinica. L'integrazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) nel sistema informativo rappresenterebbe, in questo senso, una tappa cruciale di tale processo: una possibilità concreta di rendere il dato parte del percorso di cura, restituendo al sistema informativo una funzione realmente terapeutica.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.)

In questo scenario, il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) rappresenta il documento clinico di sintesi più importante all'interno dei percorsi di presa in carico multidisciplinare della persona con disturbo psichiatrico. Non si tratta di un modulo tecnico né di un semplice adempimento amministrativo, ma di un vero e proprio patto terapeutico che formalizza la collaborazione tra il paziente, il team multiprofessionale e, nei percorsi residenziali, l'ente gestore della struttura riabilitativa.

Il P.T.R.P. definisce obiettivi, interventi, ruoli, tempi e strumenti di verifica, costituendo l'espressione concreta dell'alleanza terapeutica e della corresponsabilità nella cura. Attraverso la firma del paziente e degli operatori, esso sancisce un consenso consapevole al percorso di riabilitazione, trasformando la partecipazione della persona da destinatario passivo a protagonista attivo del proprio processo di guarigione. Questa firma, che ha un valore tanto simbolico quanto clinico, certifica non solo l'avvio di un progetto, ma

l'assunzione reciproca di responsabilità e l'impegno condiviso verso obiettivi comuni.

Nella sua forma tradizionale, ancora prevalentemente cartacea, il P.T.R.P. presenta tuttavia limiti sostanziali. Non risulta facilmente aggiornabile, non è condivisibile in tempo reale tra i diversi servizi e non è integrato nei sistemi informativi aziendali o regionali. Ciò rende complessa la collaborazione tra équipes diverse e ostacola la tracciabilità delle modifiche e dei risultati. Inoltre, la natura non strutturata del documento cartaceo impedisce la trasformazione delle informazioni cliniche in dati utilizzabili per la valutazione degli interventi e per la programmazione sanitaria, limitando di fatto la possibilità di misurare l'efficacia dei percorsi riabilitativi.

La digitalizzazione del P.T.R.P. nasce proprio dall'esigenza di superare questi limiti, trasformandolo in uno strumento clinico-operativo capace di unire personalizzazione, tracciabilità e valutazione. Gli obiettivi terapeutici diventano così campi compilabili e codificabili, che generano dati strutturati e consentono l'adozione sistematica di strumenti di rilevazione riconosciuti a livello internazionale, come l'ICF, il WHODAS 2.0, i PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) e i PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*). In questo modo, la documentazione non si limita più a descrivere le attività, ma diventa fonte di conoscenza clinicamente rilevante e strategicamente utile per la *governance* dipartimentale.

L'integrazione del P.T.R.P. nel Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) permetterebbe inoltre la condivisione in tempo reale tra i professionisti, riducendo errori, ridondanze e frammentazioni. Ogni intervento, farmacologico o riabilitativo, potrebbe essere collegato a obiettivi espliciti, monitorato nel tempo e correlato a esiti misurabili, trasformando il P.T.R.P. in una piattaforma di lavoro condivisa e dinamica.

In sintesi, l'ipotesi di fondo è che un P.T.R.P. digitalizzato e integrato nel SISM possa migliorare la continuità assistenziale, favorire la personalizzazione degli interventi e rafforzare la valutazione di efficacia. In tal modo, i dati raccolti non servirebbero soltanto a rendicontare, ma a orientare le decisioni cliniche e organizzative. La digitalizzazione, dunque, non sostituisce la relazione terapeutica, ma ne amplifica la qualità, offrendo ai professionisti uno strumento che unisce rigore documentale e flessibilità clinica, e ai pazienti una maggiore trasparenza e partecipazione nel proprio percorso di cura.

Metodologia di studio

La raccolta e l'analisi dei dati relativi alla salute mentale in Puglia si basano su un ecosistema informativo multilivello, articolato su tre canali principali, ciascuno con specifiche potenzialità e limiti. Comprendere questa articolazione è essenziale per valutare l'impatto potenziale dell'integrazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato nel sistema informativo regionale.

Il primo livello è rappresentato dal SISM BI, il cruscotto regionale di sintesi che restituisce dati aggregati su prevalenza, incidenza, nuovi utenti e volumi di prestazioni erogate, distinti per struttura, fascia d'età e tipologia di intervento. Questo strumento consente un'analisi epidemiologica a scala macro, utile per individuare trend regionali e disuguaglianze territoriali, ma non consente approfondimenti qualitativi o valutazioni legate all'efficacia degli interventi.

Il secondo livello è costituito dal SISM regionale, attraverso cui gli operatori sanitari registrano quotidianamente le singole prestazioni erogate. La registrazione avviene secondo i glossari ufficiali, uno per adulti e uno per minori, che definiscono le tipologie di intervento e la compatibilità

con i diversi profili professionali. Ogni prestazione può essere associata a uno o più operatori — responsabile clinico, co-conduttore o figura di supporto —, consentendo un'analisi più analitica della composizione delle attività e del contributo professionale. Tuttavia, come evidenziato nelle analisi successive, l'utilizzo disomogeneo delle codifiche e la mancata integrazione con gli obiettivi terapeutici formali restano fattori critici. Il terzo livello è rappresentato dalle attività di monitoraggio condotte direttamente dal Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Lecce, mediante estrazione manuale dei dati e analisi *ad hoc*, spesso necessarie per colmare le lacune informative prodotte dai limiti infrastrutturali e dall'assenza di un P.T.R.P. digitalizzato nel sistema informativo. Questa modalità, pur preziosa per documentare i percorsi riabilitativi in modo più preciso, comporta un notevole dispendio di tempo e non garantisce interoperabilità o comparabilità con le altre fonti istituzionali. Si tratta quindi di un livello parallelo e non strutturato, che riflette la necessità di compensare carenze sistemiche attraverso procedure manuali di raccolta e validazione dei dati.

La metodologia di studio è stata costruita in coerenza con questa organizzazione multilivello. L'analisi ha previsto, in primo luogo, una valutazione epidemiologica dei dati SISM relativi all'anno 2024, con particolare attenzione alla prevalenza, all'incidenza *"first-ever"* e ai nuovi utenti trattati nei servizi per adulti e minori. Parallelamente, è stato svolto un approfondimento qualitativo e documentale per verificare la coerenza dei flussi informativi, la distribuzione dei ruoli professionali, l'uso delle codifiche e l'impiego di strumenti di valutazione standardizzati nei percorsi riabilitativi.

In quest'ottica sono state esaminate le modalità di impiego del P.T.R.P. nei vari servizi del Diparti-

mento di Salute Mentale, nonché le percezioni, le pratiche operative e le criticità riscontrate nella sua implementazione. L'indagine si è basata su un'osservazione diretta delle procedure e su confronti informali con operatori appartenenti a differenti profili professionali e *setting* assistenziali — territoriali, residenziali e semiresidenziali —, con l'obiettivo di comprendere come la progettualità terapeutica venga effettivamente documentata e condivisa all'interno dei servizi.

L'analisi è stata condotta mediante codifica tematica manuale delle informazioni raccolte, individuando i nuclei ricorrenti relativi all'uso clinico del P.T.R.P., alle difficoltà operative e alle potenzialità offerte dalla sua digitalizzazione. I risultati sono stati successivamente confrontati con la letteratura scientifica e con la documentazione dipartimentale esistente, al fine di garantire coerenza interpretativa e favorire una restituzione fedele della realtà osservata.

La fase sperimentale ha infine riguardato la progettazione e l'implementazione del nuovo P.T.R.P. digitale (versione maggio 2025), realizzato in formato PDF editabile, testato nel contesto dipartimentale per valutarne la funzionalità, la compatibilità con i flussi informativi regionali e il potenziale di integrazione futura nel Sistema Informativo Salute Mentale (SISM).

Struttura del nuovo P.T.R.P. (versione 2025)

Il nuovo modello di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, elaborato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL Lecce nella versione aggiornata a maggio 2025, rappresenta un'evoluzione rispetto alla precedente versione cartacea. La sua struttura, concepita per favorire un'integrazione progressiva nei sistemi informativi regionali, è articolata in schede tematiche che coprono l'intero percorso terapeutico, dalla valutazione iniziale alla dimissione, e riflette un

equilibrio tra esigenza clinica, leggibilità operativa e coerenza con gli standard internazionali.

La revisione del P.T.R.P. si ispira alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Ministero della Salute, incorporando principi di valutazione funzionale, partecipazione dell'utente e documentazione orientata agli esiti. L'introduzione di campi interoperabili – come l'identificativo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – consente già oggi di predisporre il documento alla futura integrazione digitale, anticipando i requisiti tecnici necessari per l'interconnessione con i sistemi nazionali. In tal modo, il modello funge non solo da strumento clinico, ma anche da test di maturità organizzativa, poiché la sua compilazione sistematica permette di individuare in modo indiretto le carenze infrastrutturali e le disomogeneità nella capacità dei servizi di produrre dati strutturati.

Le modifiche introdotte nelle diverse sezioni rispondono a una logica di continuità assistenziale e di espansione semantica del dato clinico. L'ampliamento della sezione socio-demografica, ad esempio, consente di rilevare determinanti sociali della salute – come la condizione abitativa, la rete di supporto, le barriere linguistiche o culturali – che assumono valore clinico e predittivo nei percorsi di *recovery*. La scheda dedicata al quadro clinico e alle valutazioni diagnostiche è stata armonizzata con le classificazioni internazionali ICD-10 e WHODAS 2.0, adottando indicatori di funzionamento e disabilità coerenti con il modello ICF, in modo da superare la visione meramente nosografica e restituire una fotografia complessiva del funzionamento personale e sociale.

Una delle innovazioni più significative riguarda la sezione dedicata al piano degli interventi e alla pianificazione degli obiettivi, dove l'inserimento di parametri temporali e descrittivi permette di

collegare ogni attività a un risultato atteso, rendendo misurabile il percorso terapeutico. Ciò trasforma il P.T.R.P. in un documento realmente dinamico, in cui obiettivi e azioni non sono più entità statiche, ma elementi costantemente aggiornabili in base all'evoluzione clinica e alle valutazioni di esito. La possibilità di includere valutazioni periodiche standardizzate, come WHO-DAS 2.0 e PROMs/PREMs, rafforza la capacità del sistema di raccogliere evidenze cliniche e di costruire indicatori oggettivi di efficacia e soddisfazione.

Particolare rilievo assume l'introduzione, nel nuovo modello, della sezione dedicata alla "*patient satisfaction*", integrata in sostituzione della precedente scheda che registrava i laboratori pratico-manuali svolti all'interno del percorso riabilitativo. Tale scelta riflette un cambio di paradigma: la qualità non è più misurata solo in termini di aderenza procedurale, ma anche di esperienza e percezione del paziente, che diventa parte attiva nella valutazione del percorso di cura. La sezione finale dedicata alla dimissione, infine, è stata potenziata per garantire una chiusura del progetto coerente con i criteri di continuità e *accountability*, includendo valutazioni di esito funzionale e una dichiarazione ufficiale di validazione condivisa da parte dell'équipe multiprofessionale.

In questa prospettiva, ogni campo documentale assume una duplice funzione: clinica e di governance. La presenza o assenza di un'informazione non rappresenta soltanto un aspetto compilativo, ma descrive il grado di maturità organizzativa del servizio e la sua capacità di generare conoscenza a partire dai dati. Un campo ignorato equivale a un'informazione non disponibile; un campo presente ma non compilato indica invece un'opportunità mancata di osservazione, un'area di possibile miglioramento. In tal senso, il

P.T.R.P. digitale diventa anche uno strumento di autovalutazione, capace di restituire un'immagine fedele del livello di consapevolezza clinica e informativa raggiunto dal sistema.

All'interno della visione *One Health*, l'inclusione dei determinanti sociali della salute allarga la prospettiva del progetto riabilitativo oltre la dimensione individuale, includendo le interazioni con l'ambiente fisico, sociale e culturale. Ciò consente di individuare precocemente nuove aree di vulnerabilità – come quelle legate alla povertà abitativa, all'isolamento sociale o alle migrazioni – e di progettare interventi più integrati e sensibili al contesto. La scelta di mantenere un impianto comune tra P.T.R.P. ordinari e quelli redatti per autori di reato conferma un principio etico fondamentale: la condizione giuridica non precede quella clinica. Ogni persona, indipendentemente dal suo status, è prima di tutto un soggetto di cura, titolare di un progetto terapeutico costruito su equità, dignità e partecipazione.

In definitiva, la versione 2025 del P.T.R.P. rappresenta non solo un aggiornamento formale, ma un passo verso una nuova semantica della cura, in cui la documentazione non serve a descrivere ciò che è stato fatto, ma a rendere visibile e valutabile ciò che accade nella relazione terapeutica. La digitalizzazione diventa così non un fine amministrativo, ma uno strumento di conoscenza, capace di collegare il vissuto clinico, i dati e le evidenze in un unico linguaggio condiviso tra operatori, pazienti e sistemi.

Analisi dei dati 2024 del S.I.S.M.: disomogeneità e limiti sistemici

L'analisi dei dati estratti dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) relativi all'anno 2024 ha evidenziato una significativa variabilità territoriale nella distribuzione dei servizi, nella documen-

tazione delle attività riabilitative e nella capacità di intercettare la domanda di cura. Queste disomogeneità non riflettono soltanto differenze epidemiologiche, ma anche la diversa maturità dei sistemi informativi locali, la discontinuità nell'utilizzo delle codifiche e la mancanza di un collegamento strutturato tra progettualità terapeutica e registrazione delle prestazioni.

Nel complesso, le province di Bari e Barletta-Andria-Trani presentano i valori più elevati di prevalenza e di prestazioni pro capite, configurando un quadro di maggiore intensità assistenziale e di più elevata capacità di presa in carico. Lecce e Taranto, al contrario, mostrano livelli inferiori, con indicatori che suggeriscono una documentazione incompleta delle attività e una minore capacità di rappresentare informaticamente i percorsi riabilitativi effettivamente attivi. Brindisi e Foggia si collocano in una posizione intermedia, ma presentano anch'esse criticità legate alla mancata rilevazione dell'incidenza "*first-ever*" negli adulti.

Tali differenze appaiono chiaramente nella comparazione dei dati di prevalenza per 10.000 abitanti: Bari raggiunge 71,45 negli adulti e 628,99 nei minori, mentre Lecce registra rispettivamente 47,17 e 450,76. Differenze simili si osservano anche nei valori di prestazioni pro capite, con scarti che non trovano giustificazione in sole variabili epidemiologiche. Si tratta piuttosto di espressioni di una disomogeneità informativa che influisce sulla rappresentazione complessiva dei servizi e sulla loro capacità di descrivere il reale carico assistenziale.

Il quadro che ne emerge è quello di un sistema informativo ricco di dati quantitativi ma ancora fragile nella loro interpretazione qualitativa. La prevalenza e l'incidenza, pur essendo indicatori di grande valore epidemiologico, perdono parte del loro significato se non vengono collegate

alla progettualità terapeutica formalizzata nei P.T.R.P. e alle valutazioni di esito. In assenza di tali collegamenti, i numeri restano indicatori di attività, ma non strumenti di comprensione clinica.

La situazione delle province meridionali della regione mostra come la carenza di strutture informatizzate e la persistenza di modalità di registrazione manuale limitino la tracciabilità dei percorsi di cura. Ciò si traduce in una sottostima apparente della domanda e in una rappresentazione parziale dell'impegno riabilitativo effettivo. Il fenomeno è particolarmente evidente nella popolazione minorile, dove si osservano valori di prevalenza e incidenza superiori a quelli degli adulti ma privi di un tracciato longitudinale che permetta di seguire nel tempo l'evoluzione del trattamento e la risposta clinica.

Il divario informativo tra territori non riguarda soltanto la quantità di dati registrati, ma anche la qualità delle informazioni inserite. Due Centri di Salute Mentale possono, ad esempio, riportare lo stesso numero di colloqui: nel primo caso tali incontri sono parte di un progetto terapeutico formalizzato, mentre nel secondo rappresentano interventi episodici o non riconducibili a obiettivi specifici. Ne deriva un apparente equilibrio numerico che, sul piano clinico, maschera una differenza sostanziale nella qualità e nella coerenza del percorso riabilitativo.

In questo senso, la digitalizzazione del P.T.R.P. si configura come uno strumento decisivo per superare tali limiti. Collegando ogni intervento a un obiettivo clinico esplicito e a un piano di trattamento personalizzato, essa consente di restituire al dato la sua dimensione interpretativa, rendendo i flussi informativi realmente comparabili e clinicamente significativi. L'integrazione del P.T.R.P. nel SISM, inoltre, permetterebbe di trasformare indicatori oggi descrittivi in parametri

di esito, favorendo una governance basata sull'evidenza e sulla valutazione di efficacia.

In prospettiva, la progressiva digitalizzazione dei processi e la creazione di un database integrato permetterebbero non solo di colmare le disomogeneità territoriali, ma anche di costruire una mappa regionale della riabilitazione psichiatrica, capace di correlare domanda, offerta e *outcome*. Solo attraverso una rappresentazione coerente e interoperabile dei percorsi sarà possibile passare da una logica di rendicontazione a una logica di conoscenza, in cui il dato diventa il linguaggio condiviso della cura.

Differenze tra servizi per adulti e per minori

L'analisi comparativa dei dati provenienti dai Centri di Salute Mentale (CSM) e dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) mette in luce due modelli operativi differenti, che riflettono non solo specificità cliniche, ma anche diverse culture organizzative e documentali.

Nei servizi per adulti emerge una produttività complessivamente elevata in termini di numero di prestazioni registrate, ma una minore rappresentazione formale delle attività riabilitative. Gran parte delle registrazioni riguarda contatti telefonici, colloqui di monitoraggio, attività di coordinamento con altri servizi e interventi di rete: azioni fondamentali per la continuità assistenziale, ma che raramente vengono riconosciute come parte integrante del processo terapeutico-riabilitativo. Questa discrepanza tra volume di attività e intensità del trattamento specificamente riabilitativo suggerisce che una parte consistente del lavoro clinico rimane invisibile nei flussi informativi, poiché priva di collegamento con un progetto terapeutico formalizzato. Diversa è la situazione nei servizi di neuropsichiatria infantile, dove la componente riabilitati-

va risulta più ampia, articolata e meglio documentata. Gli interventi di logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale, educazione speciale e supporto psicologico appaiono più frequentemente integrati all'interno di progetti multidisciplinari formalizzati, con obiettivi chiari e strumenti di valutazione più sistematici. In questi contesti, la cultura della progettualità terapeutica è più radicata e la documentazione clinica tende a riflettere con maggiore coerenza l'articolazione dei percorsi.

Il confronto tra adulti e minori rivela dunque due fenomeni distinti ma complementari: da un lato, una sotto-rappresentazione dell'attività riabilitativa nei servizi per adulti, legata a una tradizione più medica e meno strutturata nella pianificazione dei percorsi; dall'altro, una maggiore integrazione e tracciabilità delle prestazioni nei servizi per minori, frutto di un'impostazione storicamente più multidisciplinare e orientata alla valutazione funzionale.

Dal punto di vista qualitativo, la varietà degli interventi riabilitativi effettivamente erogati nei CSM per adulti appare più limitata e concentrata nei contesti residenziali o semiresidenziali, dove è obbligatoria la redazione del P.T.R.P. e la documentazione delle attività. Nei contesti ambulatoriali, che rappresentano la parte più consistente dell'offerta dei servizi territoriali, le attività riabilitative sono spesso realizzate ma non formalmente registrate, perdendo così visibilità e tracciabilità. Questo scarto tra la pratica clinica reale e la documentazione ufficiale costituisce uno dei nodi principali da affrontare per migliorare la qualità e l'analizzabilità dei dati.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la classificazione delle prestazioni. Etichette generiche, come "intervento di rete" o "colloquio", vengono utilizzate in modo ampio e talvolta improprio, rendendo difficile distinguere tra azioni cliniche,

amministrative o relazionali e riducendo la possibilità di valutare l'effettiva intensità terapeutica dei percorsi. Anche nei servizi per minori, dove la documentazione è più accurata, la standardizzazione delle codifiche e l'uso sistematico di strumenti di valutazione validati, come WHODAS 2.0 o ICF, restano parziali e disomogenei.

La conseguenza di questa frammentarietà è duplice: da un lato, la difficoltà di ottenere un profilo completo del paziente riabilitativo direttamente dal sistema informativo; dall'altro, l'impossibilità di correlare in modo sistematico le prestazioni agli obiettivi terapeutici e agli esiti clinici. Attualmente, per ricostruire i percorsi individuali e le traiettorie di cura, è necessario integrare manualmente dati provenienti da diverse fonti, con un elevato dispendio di tempo e il rischio di perdita informativa.

In questo scenario, la digitalizzazione del P.T.R.P. rappresenta una svolta metodologica e culturale. Collegando ogni intervento a un obiettivo specifico e rendendo tracciabili anche le attività indirette e di rete, essa consentirebbe di ricomporre il quadro complessivo della presa in carico, restituendo coerenza tra ciò che viene fatto e ciò che viene documentato. La possibilità di disporre di dati strutturati e comparabili renderebbe infine possibile un'analisi trasversale tra servizi, età e setting, permettendo di identificare buone pratiche, aree di sovra- o sotto-intervento e fattori organizzativi che influenzano gli esiti.

In definitiva, le differenze tra i servizi per adulti e quelli per minori non devono essere interpretate come diseguaglianze, ma come indicatori di fasi evolutive diverse di uno stesso processo di maturazione culturale e informativa. L'integrazione del P.T.R.P. digitale nel SISM rappresenta il passo necessario per uniformare queste esperienze, favorendo una psichiatria capace di apprendere

dai propri dati e di trasformarli in conoscenza operativa, condivisa e orientata alla persona.

Criticità strutturali e prospettive di superamento

L'esame complessivo dei dati e delle procedure documentali evidenzia una serie di criticità strutturali che ostacolano la piena valorizzazione del sistema informativo e la capacità del P.T.R.P. di rappresentare la complessità dei percorsi riabilitativi. Tali criticità non dipendono unicamente da carenze tecniche, ma riflettono fattori organizzativi e culturali radicati, che riguardano la percezione stessa del valore del dato clinico.

Un primo limite è di natura metodologica e classificatoria. Il sistema informativo si fonda ancora su codifiche che privilegiano l'aspetto diagnostico rispetto a quello funzionale, con l'effetto di descrivere la malattia ma non il funzionamento della persona. L'adozione di classificazioni come l'ICF o l'utilizzo sistematico di strumenti di valutazione come il WHODAS 2.0 permetterebbero di superare questa visione parziale, introducendo un linguaggio condiviso in grado di correlare menomazioni, capacità e partecipazione sociale. In assenza di tali strumenti, il rischio è che la riabilitazione continui a essere rappresentata come un insieme di attività anziché come un processo misurabile di cambiamento.

Una seconda criticità riguarda la frammentazione dei processi documentali. I dati clinici, amministrativi e riabilitativi risiedono in archivi diversi, spesso non comunicanti. Ciò comporta la necessità di duplicare le registrazioni e di estrarre manualmente le informazioni, con aumento del rischio di errore e implicazioni in termini di inefficienza organizzativa e di tempo operativo. La mancata integrazione dei sistemi riduce inoltre la possibilità di utilizzare i dati per il miglioramento continuo e per la ricerca clinica. In molti casi,

la documentazione del P.T.R.P. resta confinata a un formato cartaceo o a file isolati, privi di connessione con il sistema informativo principale.

A questo si aggiunge una criticità procedurale: l'obbligo formale di redigere un P.T.R.P. riguarda attualmente solo i servizi residenziali e semiresidenziali, mentre nei servizi ambulatoriali — che costituiscono la maggior parte delle prese in carico — la progettualità è lasciata alla discrezionalità del singolo operatore o dell'équipe. Ciò produce una sotto-rappresentazione sistemica della riabilitazione territoriale e un'evidente discontinuità nel continuum terapeutico. Estendere la compilazione del P.T.R.P. anche ai contesti ambulatoriali, attraverso procedure digitali semplificate, rappresenterebbe un passo cruciale per garantire equità di trattamento e completezza informativa.

Non meno rilevante è la questione della firma digitale e della tracciabilità medico-legale. In assenza di una gestione elettronica integrata, il valore giuridico del P.T.R.P. rimane legato al documento cartaceo, con conseguente difficoltà di verifica, archiviazione e consultazione. La digitalizzazione del processo di firma, conforme ai requisiti AgID e GDPR, non solo assicurerebbe la validità legale del documento, ma permetterebbe di certificare in modo automatico l'identità del compilatore, la data e l'eventuale revisione del progetto, rafforzando la tutela sia del paziente che del professionista.

Sotto il profilo organizzativo, le difficoltà maggiori derivano dall'assenza di una cultura condivisa del dato come strumento di cura. In molti casi, la compilazione del P.T.R.P. è percepita come un adempimento amministrativo piuttosto che come un atto clinico. Superare questa visione richiede un investimento formativo mirato e continuativo, orientato non solo alle competenze informatiche, ma anche alla comprensione del va-

lore epistemologico del dato. Ogni operatore deve poter riconoscere nella registrazione delle informazioni un momento di riflessione clinica, di condivisione con il team e di responsabilità verso la persona assistita.

La prospettiva di superamento di queste criticità passa dunque attraverso tre direttrici convergenti: la digitalizzazione del P.T.R.P. in un formato interoperabile e integrato nel SISM; la formazione permanente degli operatori come leva di cambiamento culturale; e la creazione di un modello di *governance* multilivello che orienti l'innovazione tecnologica agli obiettivi clinici. Solo attraverso questa sinergia sarà possibile trasformare il sistema informativo da archivio di dati a piattaforma di conoscenza clinica, capace di restituire valore e senso al lavoro quotidiano dei servizi di salute mentale.

Dalla digitalizzazione del P.T.R.P. alla Cartella Clinica Elettronica interoperabile (CCE): verso una salute mentale One Health

L'evoluzione digitale del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) rappresenterebbe la naturale prosecuzione del percorso intrapreso con la digitalizzazione del P.T.R.P. Se il progetto riabilitativo personalizzato costituisce la cellula clinica del processo di cura, la Cartella Clinica Elettronica (CCE) ne rappresenterebbe il sistema nervoso, capace di collegare tra loro diagnosi, interventi, esiti e soddisfazione del paziente.

In questa visione, la digitalizzazione non è un atto tecnico, ma una transizione epistemologica: il dato non serve più solo a descrivere, ma diventa strumento di comprensione, decisione e relazione.

La trasformazione del SISM in una CCE interoperabile sarebbe dunque un'evoluzione naturale e necessaria. Non si tratterebbe di creare un nuovo sistema, ma di far dialogare tra loro quelli esi-

stenti — i moduli territoriali e ospedalieri del Dipartimento di Salute Mentale, le strutture residenziali e semiresidenziali, i sistemi del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) — in un'unica piattaforma organica, conforme agli standard HL7 e FHIR.

L'obiettivo sarebbe quello di garantire tracciabilità, sicurezza, interoperabilità e continuità assistenziale, permettendo che ogni informazione clinica raccolta nei diversi *setting* diventi immediatamente disponibile per tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.

In questa prospettiva, il dato non sarebbe più un elemento amministrativo, ma parte viva del processo terapeutico: ogni registrazione diventerebbe un frammento della storia clinica della persona, utile non solo per la cura individuale, ma anche per la valutazione degli esiti, la ricerca e la programmazione dipartimentale.

L'informazione, così, ritroverebbe la sua funzione originaria: connettere, restituire significato, rendere visibile la continuità tra i luoghi e i tempi della cura.

La CCE, integrando il P.T.R.P. digitalizzato, consentirebbe di costruire un continuum informativo tra la presa in carico territoriale e il ricovero ospedaliero, tra la riabilitazione e la prevenzione, tra il singolo intervento e l'esito complessivo. Ogni accesso, valutazione o intervento potrebbe essere tracciato nel tempo, rendendo possibile una lettura longitudinale dei percorsi.

Sul piano operativo, questa evoluzione richiederebbe la mappatura dei processi assistenziali esistenti — dall'accoglienza alla valutazione, dalla progettazione riabilitativa alla dimissione — e l'individuazione delle aree di interoperabilità tra i diversi sistemi già attivi, evitando duplicazioni e dispersioni.

La *governance* di un tale processo non potrebbe che essere multilivello e partecipata. La Direzione Strategica e il Direttore del DSM svolgerebbero un ruolo di indirizzo e garanzia istituzionale, affiancati da un comitato tecnico-scientifico multiprofessionale che includerebbe psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, neuropsichiatri infantili, infermieri, farmacisti e referenti per la qualità e la formazione. A questi si aggiungerebbero partner tecnologici e rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari, a testimoniare la centralità della partecipazione.

La digitalizzazione della cura, infatti, non può essere un processo calato dall'alto: deve nascere dall'esperienza quotidiana dei servizi, tradursi in strumenti realmente utili e sostenibili, e restituire valore al lavoro clinico.

Il percorso evolutivo potrebbe articolarsi in più fasi: una prima di analisi e disegno, volta a mappare i processi clinici e informativi; una seconda di sviluppo e integrazione, con la progressiva connessione tra SISM, FSE e moduli ospedalieri; una terza di sperimentazione controllata, in alcuni CSM e strutture riabilitative; e infine una fase di consolidamento e diffusione su scala dipartimentale. Ogni fase dovrebbe essere accompagnata da un'attività formativa permanente, capace di trasformare la digitalizzazione in apprendimento collettivo, non in mero aggiornamento tecnico.

In questo scenario, la CCE non rappresenterebbe solo un dispositivo informatico, ma un nuovo paradigma di cura: un ambiente condiviso in cui le informazioni diventano linguaggio comune tra professionisti e dove la conoscenza si trasforma in valore clinico.

Essa incarnerebbe, in ambito psichiatrico, il principio della *One Health*, secondo cui la salute mentale è inseparabile da quella fisica, sociale e

ambientale. L'integrazione dei dati consentirebbe, infatti, di leggere i fenomeni non più in modo frammentato ma sistemico, restituendo al soggetto la sua complessità e al sistema la possibilità di agire in modo coerente, tempestivo e personalizzato.

Conclusioni

Il P.T.R.P. digitalizzato e la prospettiva della Cartella Clinica Elettronica rappresentano due momenti di un unico processo evolutivo: la trasformazione della salute mentale in un ecosistema di conoscenza e cura.

In questa visione, la tecnologia non sostituisce la relazione terapeutica, ma la amplifica, rendendola più consapevole, documentata e condivisa. Il dato non è più un esito del lavoro clinico, ma parte integrante del lavoro stesso: è la forma con cui la cura diventa memoria, apprendimento e *governance*.

Quando la gestione nasce dalla comprensione, la conoscenza diventa parte della cura.

Ogni informazione raccolta non è solo un numero, ma un frammento di storia che, se interpretato nel suo contesto, può orientare decisioni, migliorare pratiche e restituire dignità ai percorsi. La salute mentale digitale non è dunque un fine, ma un mezzo per rendere la cura più umana, partecipata e sostenibile.

La vera innovazione non sempre consiste nell'introdurre nuovi strumenti, ma nel riconoscere valore a ciò che già esiste, trasformandolo in conoscenza condivisa. In questo senso, il P.T.R.P. digitale e il futuro SISM - CCE non sono soltanto dispositivi informatici, ma strumenti culturali che uniscono scienza, etica e pratica quotidiana.

Una Salute Mentale *One Health* è possibile solo se i dati tornano ad essere storie che parlano di Persone, e se ogni sistema – anche quello più

burocratico e tecnico – diventa, guidato da senso, uno spazio di cura.

Bibliografia

[1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.

[2] Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. WHO; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

[3] Ministero della Salute. *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.144 del 22-06-2022.

[4] Cirillo F, De Santis M, Esposito C. Applications of solid platform and federated learning for decentralized health data management. In: Ficco M, D'Angelo G, eds. *Artificial Intelligence Techniques for Analysing Sensitive Data in Medical Cyber-Physical Systems*. Springer; 2025:95-111. doi:10.1007/978-3-031-70775-9_6

[5] Agenzia per l'Italia Digitale (AgID). *Linee guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici*. Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2022. https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/linee_guida_sul_documento_informatico.pdf

[6] European Commission. *Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR)*. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea. 2016; L119:1-88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>

[7] World Health Organization. *Digital Health Strategy 2020–2025*. WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>

[8] Mazza S. Open Rehab: come innovare le cure mentali col digitale. *Agenda Digitale*. August 2, 2022. <https://www.agendadigitale.eu/sanita/open-rehab-come-innovare-le-cure-mentali-col-digitale>

[9] Mazza S, Serra E. Patient Satisfaction: il cuore della cura psichiatrica moderna. *Agenda Digitale*. June 20, 2025. <http->

[s://www.agendadigitale.eu/sanita/patient-satisfaction-il-cuore-della-cura-psichiatrica-moderna](https://www.agendadigitale.eu/sanita/patient-satisfaction-il-cuore-della-cura-psichiatrica-moderna)

[10] World Health Organization. *One Health Approach: Integrating Human, Animal and Environmental Health*. WHO; 2021. <https://www.who.int/teams/one-health-initiative>