

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: Presa d'atto e ratifica della proposta di Piano Operativo Aziendale ai sensi del decreto Regione Campania (CIPE annualità 2006)

Il Coordinatore del Gruppo di Coordinamento Progettuale, DR. CARLO VAIANO,

alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Gruppo di Coordinamento Progettuale, e dalle risultanze degli atti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Coordinatore a mezzo di sottoscrizione della presente,

PREMESSO CHE:

- La Regione Campania, Settore Fasce deboli, ha richiesto con decreto 5 la redazione e proposta di un Piano Operativo per l'anno 2012 sull'organizzazione di:
 - "Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico degenerative";
 - "Rete di assistenza ai malati terminali in età adulta e minori e assistenza domiciliare ai pazienti oncologici";
 - "Rete territoriale per la salute mentale"
- Per la redazione del Piano Operativo si richiedeva il rispetto dei seguenti riferimenti normativi:
 - Delibera regionale n° 858 dell'8/5/09;
 - Piano Sanitario Regionale 2011/2013;
 - D.G.R.C. 41/2011;
 - D.G.R.C. 625/2011 sul sistema della cure domiciliari;
 - L.R. 16/2008;
 - Decreto del commissario ad Acta n° 64/2011 ed 88/2011 in materia di cure domiciliari prestazionali;
 - D.G.R.C. n° 275/2011 e n° 276/2011;
 - Decreti Commissariali n° 10/2010 ed 11/2010;
- L'A.S.L. Na 3 sud ha costituito un Gruppo di Coordinamento Progettuale (GCP) per il coordinamento ed il monitoraggio dei progetti finanziati con fondi esterni ed i progetti CIPE rientrano in tale categoria;

Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)

COORDINAMENTO PROGETTUALITA' FINANZIATE CON FONDI ESTERNI

COORDINATORE DR. CARLO VAIANO

TEL. 08187293816– 0818729019 - FAX 0818729829

E-mail a.nica@aslnapoli3sud.it

Sito: www.aslnapoli3sud.it

CONSIDERATO CHE:

Su indicazione del Direttore Generale, sono stati individuati dei gruppi di lavoro per la redazione dei Piani Operativi, legati alle diverse reti assistenziali, costituiti dai Responsabili che già operano nei diversi settori specifici;

- Che il GCP ha coordinato i lavori ed, infine, provveduto all'invio in Regione Campania, Settore Fasce deboli, del Piano Operativo in attesa di atto deliberativo di presa d'atto e ratifica del D.G.;

PROPONE

- Di prendere atto e ratificare la proposta di Piano Operativo per l'anno 2012, allegata e facente parte integrante della presente, sull'organizzazione di:
 - "Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico degenerative";
 - "Rete di assistenza ai malati terminali in età adulta e minori e assistenza domiciliare ai pazienti oncologici";
 - "Rete territoriale per la salute mentale"
- Di riservarsi di apportare eventuali modifiche al Piano in seguito alle valutazioni della Regione Campania, Fasce Deboli;
- Di assegnare al GCP il compito di monitorare e verificare l'attivazione dei procedimenti per la realizzazione del Piano Operativo nonché di rendere conto al Settore Regionale competente sull'evoluzione dei processi attivati;
- Di inviare la presente delibera al competente Settore della Regione Campania;
- Atto non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della Legge Regionale n° 32/94

COORDINATORE DEL GCP
DR. CARLO VAIANO

IL DIRETTORE GENERALE

- Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dal GCP nonché dalla dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal Coordinatore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede

Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

COORDINAMENTO PROGETTUALITA' FINANZIATE CON FONDI ESTERNI

COORDINATORE DR. CARLO VAIANO

TEL. 08187293816 - 0818729019 - FAX 0818729829

E-mail a.nica@aslnapoli3sud.it

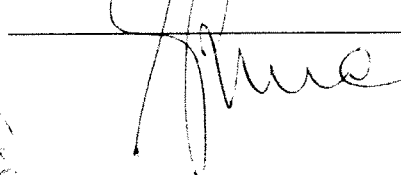
Sito: www.aslnapoli3sud.it

- Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo:

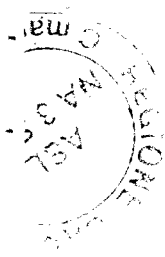
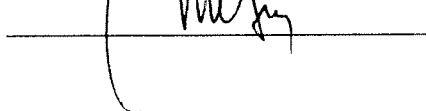
DELIBERA

- Di prendere atto e ratificare la proposta di Piano Operativo per l'anno 2012, allegata e facente parte integrante della presente, sull'organizzazione di:
 - "Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico degenerative";
 - "Rete di assistenza ai malati terminali in età adulta e minori e assistenza domiciliare ai pazienti oncologici";
 - "Rete territoriale per la salute mentale"
- Di riservarsi di apportare eventuali modifiche al Piano in seguito alle valutazioni della Regione Campania, Fasce Deboli;
- Di assegnare al GCP il compito di monitorare e verificare l'attivazione dei procedimenti per la realizzazione del Piano Operativo nonché di rendere conto al Settore Regionale competente sull'evoluzione dei processi attivati;
- Di attribuire al GCP la responsabilità in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione curandone tutti i conseguenziali adempimenti;
- Di inviare la presente delibera al competente Settore della Regione Campania;
- Di rendere il presente atto immediatamente esecutivo.
- Atto non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della Legge Regionale n° 32/94

**IL DIRETTORE SANITARIO
DR. GIUSEPPE RUSSO**



**IL DIRETTORE GENERALE
DR. MAURIZIO D'AMORA**



Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia (NA)
COORDINAMENTO PROGETTUALITA' FINANZIATE CON FONDI ESTERNI
COORDINATORE DR. CARLO VAIANO
TEL. 08187293816 – 0818729019 - FAX 0818729829
E-mail a.nica@asnapoli3sud.it
Sito: www.asnapoli3sud.it

Prot. 60 /GCP del 23 aprile 2012



REGIONE CAMPANIA
SETTORE FASCE DEBOLI
CENTRO DIREZIONALE DI NAPOLI
ISOLA C3 - 8° PIANO

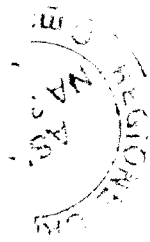
Oggetto: Piano Operativo CIPE annualità 2006

Si trasmettono i Piani Operativi in osservanza di quanto indicato dal decreto 5, inviato dalla Regione Campania con nota prot. 2012 del 23/3/12, e del verbale del 5/4/12.

Dati i tempi ristretti, ci si riserva di inviare successivamente l'atto deliberativo con l'articolazione dei Piani in un unico programma.

A.N./a.p.
[Handwritten signature]

IL RESPONSABILE DEL GRUPPO DI COORDINAMENTO
DR. CARLO VAIANO



Al Responsabile GCP



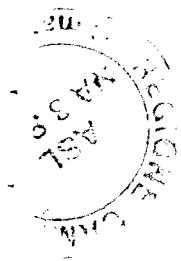
OGGETTO: proposta pianificazione Progetto Regionale CIPE anno 2006 - Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: "Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative"

Siamo stati incaricati, come da verbale dell'incontro tenutosi in data 18/4/2012 e quale Gruppo Assistenza Anziani per provvedere alla rapida stesura di proposte di pianificazione, per la Linea d'Intervento 2 in oggetto, della progettazione regionale, ciascuno per la propria competenza.

Ci siamo riuniti per la stesura della pianificazione ed abbiamo prodotto un documento quale proposta, che alleghiamo alla presente.

Dott. Gerardo De Martino

Dott.ssa Maria Galdi



FONDI CIPE 2006

PIANIFICAZIONE

Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: “Rete delle cure domiciliari agli anziani fragili e persone affette da Alzheimer e/o patologie cronico – degenerative”

Riferimenti Normativi:

- **Deliberazione n. 858 del 8 maggio 2009** - Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.
Determina Dirigenziale n. 1 del 16/03/2012 che ripartisce i fondi CIPE 2006
- Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013
- D.G.R.C. 41/2011,
- D.G.R.C. 625/2011 sul sistema di cure domiciliari,
- L.R. n.16/2008
- Decreto del Commissario ad Acta n. 64/2011 e 88/2011 in materia di cure domiciliari prestazionali,
- D.G.R.C. N. 275/2011 e 276/2011
- Decreti commissariali n. 10/2010 e 11/2010

Premesse

Nella nostra Azienda sono stati utilizzati i precedenti fondi CIPE attraverso la costruzione di una rete di interventi che accompagna la presa in carico dell'utente non autosufficiente ed al fine di razionalizzare, omogeneizzare ed unificare tutte le attività tendenti alle cure domiciliari, oltre che per ottemperare al disposto di cui alla DGRC 1155/2007, programmando di raggiungere l'obiettivo di rendere ordinari e stabili gli obiettivi di cui alla progettazione ex fondi CIPE, ha ritenuto di doversi redigere ed approvare un unico progetto, al fine di conseguire una visione organica, senza dispendio, duplicazione e spreco di risorse ed assicurare una elevata resa qualitativa delle attività di assistenza domiciliare rivolte alle fasce più deboli della popolazione (anziani, minori, portatori di handicaps, malati oncologici e terminali, etc), e nel contempo assicurare la stabilità a regime delle attività impiantate.

La dimensione ed la complessità del progetto che stiamo già realizzando non ha condizionato il proseguimento delle attività di cure domiciliari con gli stessi target qualitativi. Questo per non realizzare attività assistenziali grazie a fondi dedicati senza però impiantare strutture e metodologie stabili in grado di assicurare, alla fine del periodo di progetto, la continuità del servizio. Queste realizzazioni, che riguardavano la ex ASL NA5, non sono presenti su tutto l'ambito aziendale. Impattiamo subito con una problematica che richiede la preliminare soluzione rappresentata dalla completa omogeneizzazione dei servizi di Cure Domiciliari e di Assistenza agli anziani del territorio aziendale.

Da una disamina dello stato dell'arte, i punti critici sono:

- La non omogeneità dei servizi di Cure Domiciliari e di Assistenza Anziani sul territorio aziendale.

- La esiguità di offerta di servizi e attività di tipo semiresidenziale per anziani e Alzheimer , quale sostegno alla domiciliarità e sostegno alle famiglie nella gestione di cura.
- La necessità di aumentare la percentuale di utenti in carico ai servizi domiciliari per poter soddisfare più opportunamente sia la domanda espressa che quella, caratteristica tipica di tale tipologia di bisogno, inespressa.
- Il potenziamento della rete delle cure domiciliari destinate a pazienti con Lesioni Croniche Cutanee (altro bisogno in costante crescita) e pazienti che necessitano di Nutrizione Artificiale Domiciliare. Questo ci deve consentire, innalzando il "peso" sanitario del target, oltre che migliorare lo stato di salute e la qualità di vita, di evitare e prevenire ricoveri ospedalieri con risparmio in termini di sofferenza e di costi economici.
- La necessità di omogeneizzare e alzare il livello qualitativo della cura delle LCC e del NAD attraverso la redazione condivisa di procedure e, soprattutto, dei Protocolli Aziendali e dei relativi momenti di formazione del personale dedicato.
- La necessità di perfezionare le modalità operative di integrazione socio-sanitaria, mancanza di un valido e omogeneo protocollo operativo di assistenza integrata e di formazione specifica

Inoltre, i decreti del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (che si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare) e "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali". (che si riferisce a alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche) oltre che la necessità di dover monitorare il funzionamento e la connessione dei numerosi e disparati nodi della rete di cure domiciliari che si stanno potenziando, ci impone di porre particolare attenzione al perfezionamento del sistema informativo in raccordo con il monitoraggio LEA SOCIOSAN.

Sono proprio le attività sulle quali la Deliberazione 858/2009 pone l'accento a necessitare di un potenziamento e pertanto l'opportunità offerta dai finanziamenti CIPE anno 2006 serviranno proprio a potenziare questi aspetti , nel rispetto dunque degli obiettivi e delle linee di indirizzo delineate dall'autorità regionale:

- | |
|---|
| <p>a) interventi di assistenza domiciliare agli anziani e ai soggetti non autosufficienti anche in collaborazione con i comuni, ADI , prevedendo anche il potenziamento delle U.V.I.</p> <p>b) costituzione rete territoriale competente per le piaghe da decubito e ulcere di varia natura, e per la nutrizione clinica (interventi a domicilio per la nutrizione enterale e parenterale) anche con il coinvolgimento delle UU.OO. Ospedaliere, l'addestramento del personale all'uso appropriato di sistemi e materiali sofisticati.</p> <p>c) attività di tipo semiresidenziale per anziani e Alzheimer, quale sostegno alla domiciliarità e sostegno alle famiglie nella gestione di cura, anche in integrazione con gli enti locali e le associazioni dei familiari</p> |
|---|

Obiettivo Generale:


Potenziamento delle cure domiciliari relativamente soprattutto agli aspetti legati alla integrazione socio-sanitaria, alla cura delle LCC ed alla NAD per la realizzazione di un servizio di cure domiciliari stabile e dotato di un compiuto sistema informativo in grado di produrre e analizzare i dati necessari ad un corretto monitoraggio delle attività ed alla copertura degli obblighi normativi nazionali e regionali. Il tutto attraverso una omogeneizzazione dei servizi e delle procedure delle Cure Domiciliari e dell'Assistenza agli Anziani.

Obiettivi specifici :

Gli obiettivi specifici sono quelli indicati nel piano operativo regionale.

Dagli obiettivi prioritari prefissati si possono agevolmente estrapolare i risultati attesi:

1. creazione di una unica rete di servizi integrati per i pazienti cronici fragili e le loro famiglie;
→ identificazione di un servizio dedicato ai pazienti critici in sinergia con la rete di assistenza anziani;
→ integrazione socio-sanitaria;
→ collaborazione con le associazioni di volontariato;
2. determinare ed adottare una ben definita metodologia operativa;
→ determinare la quota di pazienti preminenti (secondo ben definiti criteri di inclusione);
→ identificazione quali- quantitativa dei bisogni prioritari;
3. attivazione dei momenti assistenziali più appropriati a seconda della necessità del momento (follow-up);
4. valutazione qualitativa dei servizi erogati;
→ creazione di uno specifico piano di VRQ, studio della qualità percepita;
5. crescita culturale e professionale degli addetti ai servizi;
→ aumento del grado di consapevolezza;
6. Raggiungimento di standard assistenziali uniformi con omogeneizzazione dei servizi e delle procedure delle Cure Domiciliari e dell'Assistenza agli Anziani.
7. Incremento degli utenti in carico con raggiungimento dell'obiettivo del numero di utenti raggiunti dai servizi domiciliari con particolare riguardo all'Obiettivo di Servizio Indicatore S06
8. Incremento del 10% su base annua degli utenti in carico ai servizi aziendali di cure domiciliari di utenti particolarmente complessi (in quanto affetti da LCC e/o necessitanti di NAD, ma anche di trasfusioni domiciliari, dialisi peritoneale, terapie del dolore,....)
9. Potenziamento delle risorse umane destinate alla rete della cura delle LCC
10. Unico Protocollo Aziendale delle cure domiciliari delle LCC con il completamento della acquisizione dei mezzi e delle attrezzature necessarie
11. Unico Protocollo Aziendale della Nutrizione Artificiale Domiciliare con il completamento della acquisizione dei mezzi e delle attrezzature necessarie
12. Potenziamento delle risorse umane destinate alla cure domiciliari di pazienti che necessitano NAD
13. Protocolli Aziendali unici per tutti gli altri percorsi complessi ed ad alto peso sanitario quali: Terapia del dolore, Respiratoria, Chirurgica, Rianimazione, Trasfusionale, Nefrologica – Dialisi peritoneale domiciliare, Epatologica,....

- 
14. Applicazione piena ed omogenea del Protocollo Aziendale Operativo per i percorsi assistenziali sociosanitari integrati di cui alla DGRC 41/2011 ed alla Deliberazione del Commissario Straordinario n.332/2011 "DGRC N.41 APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO CURE DOMICILIARI PRESA ATTO E PROVVEDIMENTI"
 15. Verifica della possibilità e sostenibilità con realizzazione di servizi sociosanitari semiresidenziali per anziani e Alzheimer , quale sostegno alla domiciliarità e sostegno alle famiglie nella gestione di cura
 16. Formazione del personale (in relazione alle attività potenziate e/o implementate)

Beneficiari:

Cittadini cronici e non autosufficienti che necessitano di cure domiciliari integrate.



Metodologia

Gli obiettivi primari e secondari dovranno essere realizzati nell'ottica di una medicina di provata efficacia, destinati ad un ben definito target di popolazione, con particolare attenzione ai risultati ottenuti e attraverso una valutazione MultiDimensionale oggettiva.

Tale approccio sarà fondato su ricerche documentali e su sperimentazioni su singoli aspetti operativi.

Lo sviluppo di questi aspetti metodologici dovrà necessariamente basato sul "lavoro d'equipe".

Durata: un anno



PIANO DI LAVORO

Tempi	FASE	ATTIVITÀ	Risultati / Outputs / Eventi
Inizio	Costituzione del gruppo di lavoro.	Avvio	Costituzione coordinamento Acquisizione competenze professionali e tecnologia strumentale
1 FASE – 1 mese			
Descrizione e studio della situazione esistente.			
	<i>1.a Analisi del bisogno, della domanda e dell'offerta. Individuazione del bacino di utenza e della risposta professionale.</i>	Ricerca documentale e sul campo	Draft Report 1.a
	<i>1.b Descrizione attuale delle UNITA' OPERATIVE coinvolte nell'Assistenza Domiciliare della Azienda Sanitaria locale</i>		Draft Report 1.b
	<i>1.c Descrizione della Rete intra aziendale dei Servizi di Assistenza Domiciliare</i>		Draft Report 1.c
	<i>1.d Descrizione e rilievo dei Protocolli d'intesa in collegamento con le attività relative ai "Piani di Zona"</i>		Draft Report 1.d
	<i>1.e Definizione delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche dell'Assistenza Domiciliare</i>		Draft Report 1.e
	Conclusione prima fase	Stato dell'arte	Report finale prima fase

2 FASE 2 mesi		
Sviluppo delle capacità clinico organizzative delle U.O. Distrettuali e della relativa rete interconnessa		
<i>2.a Piano organizzativo e metodologico globale aziendale: definizione degli obiettivi</i>	Pianificazione	Relativi atti deliberativi Regolamento organizzativo
<i>2.b Individuazione della U.O. Distrettuale quale fulcro del progetto.</i>	Pianificazione	Relativi atti deliberativi Linee guida gestionali
<i>2.c Specifica del livello di correlazione con le altre UU.OO. coinvolte</i>	Regolamentazione	Linee guide operative
<i>2.d Intervento dei Soggetti esterni</i> • <i>Descrizione del tipo di prestazioni e degli interventi previsti da affidare eventualmente a Soggetti esterni pubblici, privati no profit ed Associazioni di Volontariato</i>	Pianificazione	Linee guide operative
<i>2.e Individuazione e definizione di un sistema informativo e dei relativi indicatori</i> • <i>Identificazione e validazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli aspetti strutturali, di processo e di risultato</i> • <i>Costruzione di un sistema informativo per la gestione dei dati</i> Implementazione del sito WEB aziendale sia a valenza esterna (divulgativa e informativa) che interna (informativo -scambio dati e report - formativo)	Ricerca documentale e sul campo Progettazione e realizzazione rete informatica e implementazione sito WEB Collegamento con rete informatica aziendale	Manuale degli indicatori. Realizzazione software Implementazione hardware Portale WEB Link sistema informativo generale aziendale con quello specifico

3 FASE 1 mese		
IDENTIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO: TIPOLOGIA E NUMERO ASSOLUTO.		
<i>3.a Popolazione bersaglio della Azienda. Raccolta dei dati riferiti ai pazienti fragili e/o critici (con interessamento della autonomia e/o autosufficienza);</i>	Raccolta dati	Report 3
<i>3.b Individuazione della popolazione da assistere</i>	Ricerca	Manuale dei Profili Assistenziali
4 FASE 1 mese		
VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ DELLE UUOO, DELLA RETE E DEI RELATIVI COLLEGAMENTI		
<i>4.a Valutazione delle risorse umane, tecnologiche ed operative necessarie per la realizzazione del progetto</i> • <i>Identificazione dei profili professionali carenti e quantizzazione delle risorse umane e tecnologiche necessarie, per singola UO e per obiettivo.</i> • <i>Elaborazione di progetti formativi finalizzati.</i>	Ricognizione e adeguamento dotazione organica e tecnologica Progettazione di massima	Relativi atti deliberativi Planning degli interventi formativi
<i>4.b Congruenza dell'organigramma e del funzionigramma (ruoli, compiti e responsabilità) con i primi atti operativi necessari</i>	Avvio procedure	Adeguamento standard strutturali e funzionali previste
<i>4.c Riassunto dei primi atti sostanziali</i>	Riepilogo Diffusione risultati parziali	Report conclusivo e convegno di presentazione dello stesso (FOCUS ON)

5 FASE 1 mese		
DEFINIZIONE: TARGET, METODOLOGIA, PERCORSI, APPROCCIO ALLA QUALITÀ E SVILUPPO AZIENDALE.		
5.a Identificazione degli aspetti organizzativi, strutturali, di processo e di risultato, sia sotto il profilo tecnico che interpersonale..	Planificazione aziendale operativa degli obiettivi secondari in relazione agli obiettivi primari così come sopra identificati	Planning aziendale delle attività attraverso la redazione di uno schema tipo di implementazione.
5.c Ottimizzazione delle risorse e della loro gestione (razionalizzazione e messa in rete), tendendo ad un modello unico regionale.	Creazione di un modello complessivo tipo di riferimento aziendale alla luce delle diverse esperienze regionali	Manuale operativo della struttura-tipo

6 FASE 6 mesi		
PROGRESSIVO RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO QUALI-QUANTITATIVO FINALE (100%). E MESSA A REGIME DELLE ATTIVITÀ		
8.a Incremento e potenziamento delle attività avviate.	realizzazione degli aspetti sia tecnici che interpersonali relativamente alla struttura, al processo ed ai risultati	Raccolta dati relativamente agli indicatori di cui al successivo punto 1.2.
8.b Individuazione di risorse proprie, disponibili o programmate	Continuità nella realizzazione degli aspetti sia tecnici che interpersonali relativamente alla struttura, al processo ed ai risultati, di cui al precedente punto 5.a	Raccolta dati relativamente agli indicatori di cui al successivo punto 1.2.
CONCLUSIONE DEL PROGETTO	Diffusione risultati	Report finale e convegno conclusivo

FASI TRASVERSALI

i. Verifica e controllo dei percorsi, dei processi, dei risultati parziali e dei relativi aggiustamenti		
1. Omogeneizzazione delle procedure compatibili con la realtà aziendale, definizione input (risorse umane, strutturali, strumentali, economiche), scelta degli indicatori di percorso e di obiettivo.	Definizione delle modalità sia di ricerca che operative	Linee guida metodologiche
2. Indicazione degli obiettivi (risultati attesi)	Definizione degli indicatori	Manuale degli indicatori
3. Previsione esplicita di un percorso di qualità con particolare riguardo allo stato di soddisfazione dell'utente e/ o dei familiari (qualità percepita) e degli operatori.	Razionalizzazione	Documento di consenso sul target dei profili assistenziali Documento di consenso sulle prestazioni realmente necessarie e tecnicamente realizzabili
4. Realizzazione di un Sistema Informativo per la raccolta dei dati di attività e dei risultati relativi al monitoraggio.	Partecipazione alla definizione di un modello di riferimento	Pieno collegamento della rete informativa aziendale con quella regionale

ii. Formazione ed aggiornamento continuo del personale		
1. Individuazione di idonee sedi attrezzate per la formazione sia a livello centrale che periferico e reperimento materiale.	Ricognizione	Acquisizioni spazi e materiali

2. Formazione dei formatori	Individuazione topics di interesse specifico	Partecipazione a corsi residenziali, seminari e workshops
<p>3. Realizzazione di un momento di formazione ed aggiornamento, con particolare attenzione all'informazione, alla selezione, all'inserimento, all'addestramento, all'autovalutazione, alla comunicazione ed alle competenze.</p> <p>a) Organizzazione di stages formativi centrali orientati per profili professionali e per obiettivi e finalizzati alla gestione centrale del progetto, alla comunicazione centro-periferia (e viceversa), alla acquisizione e diffusione dei dati, alla omogeneizzazione dei modelli operativi adottati e delle conoscenze tecniche relative alle UU.OO. della rete dei servizi, come Modello Base Regionale sperimentale.</p> <p>b) Organizzazione di stages formativi periferici, in base alle specifiche esigenze e finalizzati alle particolari esigenze formative delle équipe delle UU.OO. e MMG con enfasi sui seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisioni (da prendere) • Pianificazione (fare quello che si è detto) • Evidenza (dimostrare quello che si è fatto) • Creatività (pensare a come migliorarlo). <p>c) Organizzazione di momenti specifici di formazione ed aggiornamento dei M.M.G. prevedendo la partecipazione di animatori di formazione individuati dalla Regione Campania.</p>	Creazione di momenti formativi dedicati sia per équipe che per profilo professionale: Geriatri, MMG, Infermieri, Fisioterapisti, OTA, Assistenti Sociali, volontari e personale delle imprese sociali e dei comuni.	Corsi, Seminari, Workshops
4 Confronti operativi	Acquisizione esperienze di gruppi già operativi nel settore	MISSIONI

iii. Integrazione Socio-Sanitaria e Coinvolgimento eventuali partnership		
<p>1. Scelta dei partners</p> <p>a) Individuazione dei partners:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenzie di assistenza pubbliche • Agenzie sanitarie esterne • Enti o articolazioni di enti (es: servizi sociali dei Comuni) • Aggregazioni di enti con articolazioni funzionali destinate all'assistenza (es: Patti di Area, Comunità Montane) • Agenzie di assistenza private • Cooperative e/o strutture di privato sociale • Volontariato Sociale • Agenzie di Formazione e Ricerca • Altre strutture 	Definizione aree di intervento e sinergie (Integrazione)	<p>Patti d'area</p> <p>Plani di Zona</p> <p>Protocolli d'intesa</p> <p>Convenzioni</p> <p>Jointe-venture</p> <p>Attivazione di consorzi o di fondazioni, o di ONLUS in genere</p>

Le attività avranno inizio in maniera reale all'atto della approvazione del progetto esecutivo. La data indicata è da intendersi come convenzionale al fine di facilitare acquisizione di consapevolezza sullo svolgimento dello stesso.

Considerazioni Generali sui potenziali Benefici Ottenibili

Il progetto permette di rispondere a tre dei requisiti essenziali del riorientamento e della riorganizzazione dei servizi sanitari:

- effettiva continuità di cura ed umanizzazione della malattia;
- miglioramento dell'appropriatezza delle cure;
- risparmio in termini monetari nell'erogazione dei servizi.

Tali scelte permettono di essere coerenti con gli indirizzi nazionali, ossia:

- a) creazione di una rete di assistenza domiciliare, costituita da servizi e da attività territoriali e ospedaliere;
- b) realizzazione di strutture, con ubicazione territoriale tale da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare ad essi ed ai loro familiari una migliore qualità della vita.

Più in particolare si sottolinea come le modalità più cogenti siano strettamente rispettate nella ratio dell'indicazione:

- a) creazione di una rete di servizi non come semplice sommatoria di servizi nuovi con quelli preesistenti ma come ricomposizione organizzativa di funzioni preesistenti di Cure Domiciliari e recupero di strutture inutilizzate e/o che si sono rese disponibili (nello spirito della razionalizzazione e del patto di stabilità);
- b) presa in carico globale del paziente in tale rete, coordinata da uno specifico dirigente medico, attraverso PUA (unità valutative per la personalizzazione dei singoli piani assistenziali) attive nei distretti ma sintesi di competenze multidisciplinari sia sanitarie che socio assistenziali (aggregazione di UU.OO. diverse ma con compiti istituzionali medesimi o strettamente interconnessi);
- c) omogeneità culturale e scientifica con percorsi predefiniti (ma sempre personalizzati sulle esigenze contingenti) e comunicati che possano coniugare al bisogno l'offerta di assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di ricovero ospedaliero;
- d) attività programmate di informazione alla popolazione attuate sia direttamente che attraverso associazioni rappresentative che si propongano una collaborazione concordata con la sanità pubblica (fungendo anche da proposta di indirizzo valida per il territorio regionale);
- e) valutazione sistematica e continuativa della soddisfazione del servizio da parte dei pazienti e dei loro familiari (con protocolli utilizzabili anche sperimentalmente a livello regionale);
- f) ricerca ed individuazione di indicatori di processo e di risultato utili alla verifica continua dell'attività assistenziale e di tutte le altre messe in essere (qualità totale);
- g) attività continua ed istituzionalizzata di formazione ed aggiornamento del proprio personale dipendente oltre che di quello utilizzato dalle cooperative sociali o proposto dalle associazioni di volontariato o rappresentato in genere dai c.d. care givers.

Tale pianificazione riveste, in campo regionale e nazionale, una notevole importanza, atteso l'enorme coinvolgimento di risorse economiche, umane, tecnologiche e strutturali su di un obiettivo prioritario.

L'obiettivo che si intende perseguire è un approccio olistico e globale all'Assistenza Domiciliare, rivolta da un lato agli anziani fragili ed all'attivazione della rete di Assistenza Geriatrica, dall'altro alla definizione di un nuovo e omogeneo modello assistenziale rivolto ai soggetti con età inferiore a 64 anni, affetti da gravi patologie croniche e disabilitanti.

Verifiche:

saranno realizzati momenti di verifica a sei mesi ed ad un anno per misurare l'andamento delle attività progettuali con l'utilizzo dei seguenti parametri:

- 1) Percentuale di utenti in carico suddivisi per tipologia e profilo di utenza, con distinzione di quelli in carico che hanno necessitato della attivazione dei percorsi specifici ad alta complessità (Lesioni C.C., NAD, ..)
- 2) Incremento valutazioni in sede UVI
- 3) Estensione dell'offerta di servizi sociosanitari semiresidenziali per anziani e Alzheimer
- 4) Deliberazioni aziendali sulla realizzazione di azioni progettuali
- 5) N. di operatori formati
- 6) Realizzazione di un sistema di monitoraggio

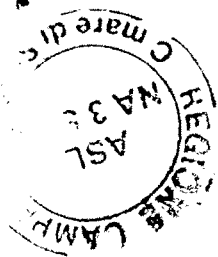
PIANO FINANZIARIO

72

Finanziamento totale: €3.672.349,00 di cui €1.836.174,00 vincolato a favore di anziani

VOCI DI COSTO	TOTALE
Personale Interno (sistemi premianti)	15%
Formazione	10%
Spese per beni e servizi	65%
Altre spese e Varie	10%
TOTALE COMPLESSIVO del PROGETTO	100%





Al Responsabile GCP

OGGETTO: proposta pianificazione Progetto Regionale CIPE anno 2006 - Linea d'intervento 2 – RETE DI ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI IN ETA ADULTA E MINORI E ASSISTENZA DOMICILIARE AI PAZIENTI ONCOLOGICI -

Siamo stati incaricati, come da verbale dell'incontro tenutosi in data 18/4/2012 e quale Gruppo Assistenza Anziani per provvedere alla rapida stesura di proposte di pianificazione, per la Linea d'Intervento 2 in oggetto, della progettazione regionale, ciascuno per la propria competenza.

Ci siamo riuniti per la stesura della pianificazione ed abbiamo prodotto un documento quale proposta, che alleghiamo alla presente.

20 APR. 2012

Dott. Giovanni Seccia

Dott.ssa Maria Galdi

FONDI CIPE 2006

PIANIFICAZIONE

Linea d'intervento 2 – La riorganizzazione delle cure primarie: "Rete di assistenza ai malati terminali in età adulta e minori e assistenza domiciliare ai pazienti oncologici".

Durata

12 mesi

Importo ASL Napoli 3 Sud:

euro 1.801.103,37 di cui euro 360.220,67 vincolati a favore dei soggetti pediatrici (20%)

Destinatari: pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e, a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata, con un'aspettativa di vita di norma valutata in sei mesi.

Obiettivo principale di tale progetto è garantire l'assistenza, in modo capillare su tutto il territorio, ai pazienti in fase terminale adulti e pediatrici ed ai pazienti affetti da malattie oncologiche.

Tali pazienti hanno una presumibile aspettativa di vita di sei mesi e sono affetti da patologie oncologiche o degenerativa croniche, non più suscettibili di guarigione.

Secondo le linee guida dettate dalle Delibere Regionali tale piano operativo si prefigge di continuare nel processo di integrazione e potenziamento dei servizi distrettuali e ospedalieri, sociali e sanitari, per la presa in carico globale del paziente allo scopo di tutelarne la salute e l'assistenza.

1. Premesse

Con la D.G.R. n. 3329 del 21 novembre 2003, la Regione ha approvato le "Linee guida per l'attivazione della rete integrata di assistenza ai malati terminali tra gli hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposto alle cure palliative" istituendo il Coordinamento Regionale di Assistenza per il Malato Terminale (CRAMT).

Nell'ambito del progetto C.R.A.M.T., i Servizi di cure domiciliari esistenti sul territorio aziendale hanno erogato prestazioni ed avviato attività finalizzate inizialmente alla creazione e progressivamente al potenziamento della rete.

Successivamente sono state avviate le azioni finalizzate all'adeguamento dell'organizzazione aziendale alle linee guida per l'assistenza domiciliare oncologica (DGRC 1098/2007).

Dalla valutazione retrospettiva delle attività svolte e di quelle in corso di realizzazione o da realizzare, i punti critici della rete di assistenza ai pazienti oncologici e terminali sono:

- La non omogeneità dell'assistenza erogata dai servizi di Cure Domiciliari sul territorio aziendale, prevalentemente in riferimento alle prestazioni di assistenza psicologica e di supporto socio-sanitario;
- L'assenza di posti letto dedicati, sia per la fascia di popolazione adulta ed anziana sia per i bambini;
- La non completa sinergia fra specialisti, medici di medicina generale e UU.OO. distrettuali;
- L'assenza di protocolli condivisi di dimissioni protette con altre ASL o A.O.;
- La limitata offerta ambulatoriale dedicata alla terapia del dolore nei distretti e nei presidi ospedalieri nonostante la presenza di quattro Unità Operative Ospedaliere di Terapia del Dolore e Cure Palliative. I collegamenti funzionali con il Servizio Fasce Deboli e l'assistenza domiciliare ospedaliera e la disponibilità degli specialisti delle suddette UU.OO. garantiscono comunque una adeguata offerta di prestazioni specialistiche a domicilio; tale sede è preferita ed appropriata, in considerazione della gravità dei pazienti e delle difficoltà nel raggiungere l'ambulatorio;
- La difficoltà di approvvigionamento di farmaci ed ausili tecnologici per i casi che necessitano di terapie particolarmente invasive;

- L'assenza, infine, di una cartella clinica oncologica domiciliare informatizzata, strumento comune per la multidisciplinarietà dell'assistenza

2. La stima del fabbisogno (dati D.G.R. 4408/2001 con riferimenti specifici all'ASL Napoli 3 Sud)

Per fare una stima del fabbisogno di cure a pazienti affetti da patologie complesse e/o terminali che affrontano la fase terminale della vita è necessario utilizzare diverse fonti.

I dati possono in parte provenire dalle statistiche correnti, in parte sono presenti nella letteratura scientifica sull'argomento.

Più precisamente, e' possibile utilizzare:

- la mortalità specifica per causa, per stimare il numero di pazienti che sono deceduti dopo una fase terminale di malattia caratterizzata da una compromissione della qualità della vita;
- i risultati di studi prospettici e retrospettivi che hanno stimato la prevalenza dei problemi dei pazienti nei loro ultimi mesi di vita;
- i dati di utilizzo dei servizi, in primo luogo, quelli di cure palliative.

Popolazione adulta

1) patologie neoplastiche

Studi condotti in diversi paesi sono concordi nello stimare in circa il 90% la percentuale di deceduti per tumore che attraversano una fase terminale di malattia caratterizzata da un andamento progressivo irreversibile.

Gli stessi studi stimano la durata media della fase terminale in circa 90 giorni; utilizzando questi due parametri e conoscendo il numero dei deceduti per tumore, si può stimare l'incidenza e la prevalenza dei pazienti oncologici che potenzialmente beneficerebbero di interventi palliativi.

In base ai dati dei registri italiani si evince che in Campania l'incidenza dei tumori è 735 casi per 100.000 abitanti/anno (415 maschi 320 femmine). il tasso standardizzato di mortalità per tumore in Campania è pari a 368 casi per 100.000 abitanti/anno.

Nel territorio dell'A.S.L. Napoli 3 Sud (circa 1.011.000 residenti) il n° dei deceduti per patologia neoplastica ogni anno è uguale 3680.

Considerato che circa la metà dei malati al Sud muore presso il domicilio, i pazienti oncologici terminali da assistere presso il domicilio sarebbero circa 1840/anno nell'Asl Napoli 3 Sud. Dal confronto con i dati relativi all'assistenza erogata, la necessità presunta di assistenza è circa il triplo dell'assistenza attualmente erogata.

2) patologie non neoplastiche ad andamento progressivo in fase terminale

Alcune patologie complesse come :

- malattie neurologiche degenerative (sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, etc);
- insufficienza respiratoria cronica in respirazione assistita;
- epatopatie croniche scompensate

hanno un andamento cronico/progressivo irreversibile.

Per molti soggetti affetti dalle precedenti malattie in fase terminale l'ospedalizzazione non è necessaria. Pertanto, tali patologie sono, sul piano operativo e ai fini assistenziali, anche per il trattamento palliativo e per la terapia del dolore, pienamente assimilabili alle patologie oncologiche.

Studi inglesi ed americani sull'argomento, basati sull'utilizzo dei servizi, stimano che il numero complessivo dei pazienti non oncologici che beneficerebbe di interventi di cure palliative è pari a 0.5-1 volte il numero di pazienti deceduti per tumore. Per cui nella nostra realtà si sommano al target assistenziale oncologico già definito un numero uguale alla metà o equivalente di pazienti in fase avanzata di malattia non oncologici. I servizi di assistenza domiciliare aziendali hanno già reso operativi i piani di assistenza domiciliare per tali targets assistenziali, con la collaborazione ed il coinvolgimento delle articolazioni funzionali ospedaliere specialistiche.

Popolazione pediatrica

1) patologie neoplastiche.

La prevalenza di bambini con patologie oncologiche in Campania è compresa tra 160 e 180 nuovi casi/anno.

Considerato che la sopravvivenza/guarigione media e' pari al 50%, il fabbisogno di assistenza e' stimabile in circa 70 bambini/anno.

2) patologie non neoplastiche ad andamento progressivo in fase terminale

Il rapporto tra malattie neoplastiche e non neoplastiche in età pediatrica è pressoché invertito rispetto all'età adulta.

Il paziente pediatrico in fase terminale è prevalentemente affetto dalle seguenti patologie ad andamento cronico progressivo:

- insufficienza respiratoria progressiva (in particolare fibrosi cistica e distrofia muscolare)
- malattie del sistema nervoso associate a grave handicap con perdita irreversibile di autonomia funzionale (paralisi cerebrale infantile)
- insufficienza intestinale (con necessità di nutrizione artificiale)

Il numero di bambini con fibrosi cistica del pancreas è di circa 280; di questi circa 50 possono entrare in fase terminale prevalentemente per insufficienza respiratoria e gravi squilibri gluco-metabolici.

Il numero di bambini con insufficienza intestinale è pari a circa 20.

Le procedure eseguibili a casa per uno spettro di patologie eterogeneo è ampio e va programmato in maniera individuale. Per le patologie oncologiche le procedure sono in parte quelle tipiche della patologia dell'adulto.

3.Obiettivi

Obiettivo principale di tale progetto è garantire l'assistenza, in modo capillare su tutto il territorio, ai malati terminali in età adulta e minori e l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici.

Obiettivi specifici

- **Migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare** ai pazienti in fase terminale adulti e pediatrici ed ai pazienti affetti da malattie oncologiche **attraverso** :
 - a) Il potenziamento e l'omogeneizzazione sul territorio aziendale delle prestazioni specialistiche da erogare a domicilio e dei relativi protocolli operativi
 - b) il potenziamento dei servizi di assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita sul territorio dell'ASL, con l'integrazione delle UU.OO. già esistenti ed operative e delle implementazioni strutturali da realizzare (posti letto dedicati ospedalieri, day hospice, day hospital chirurgico) con le UU.OO. territoriali, garantendo la continuità delle cure attraverso l'integrazione tra ospedale, MMG e PLS ed i servizi di cure domiciliari operativi sul territorio;
 - c) il potenziamento dei rapporti tra le strutture territoriali e ospedaliere e le Strutture Specialistiche già operative in ambito provinciale e regionale attraverso protocolli di intesa sia con le strutture specialistiche di Terapia del dolore e Cure palliative, in particolare con A.O.R.N. dei Colli – Monaldi e Cardarelli, l'I.R.C. "Pascale" di Napoli, con l'A.O. Santobono Pausilipon e l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma. Tali protocolli dovranno riguardare sia le dimissioni protette dei pazienti che dovranno essere presi in carico dalle Servizi Ospedalieri e domiciliari della nostra ASL, sia in ricoveri programmati presso le suddette strutture per quei pazienti difficilmente trattabili o bisognevoli di trattamenti invasivi non praticabili presso i P.O. aziendali;
 - d) la garanzia della presa in carico continuativa a domicilio 365 gg/anno e 24h/die attraverso l'attivazione della pronta disponibilità per le cure domiciliari palliative e la terapia del dolore così come indicato nella D.G.R. n° 41 del 14 febbraio 2011 dal documento sulle linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari;
- **Facilitare attraverso strumenti condivisi l'analisi globale dei bisogni dei pazienti e dei familiari**
- **Individuare percorsi efficaci, condivisi e conosciuti per la presa in carico dei pazienti nell'ambito della rete;**
- **Creare il progetto personalizzato** e la figura del responsabile del caso (case manager) garantendo l'integrazione socio-sanitaria
- **Garantire la formazione continua per gli operatori dedicati**

4.Azioni

L'attuale progettualità sarà finalizzata alla risoluzione delle criticità ed alla prosecuzione delle attività già in corso attraverso:

1. la realizzazione, a completamento della Rete di Assistenza Integrata Ospedale –Territorio, di posti letto dedicati ai pazienti adulti oncologici in fase terminale o malattie in fase avanzata con aspettativa di vita limitata, con previsione di attivazione del servizio di Day Hospice per l'erogazione di prestazioni diagnostico-

1001

terapeutiche ed assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio (ai sensi dell'art. 2 comma G della Legge n.38 del 15/03/2010 -Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore -);

2. la realizzazione, a completamento della rete di Assistenza Integrata Ospedale-Territorio, di posti letto dedicati ai pazienti pediatrici affetti da patologie oncologiche o in fase terminale o avanzata di malattia non neoplastica, di day hospice pediatrico per l'erogazione di prestazioni diagnostico-terapeutiche ed assistenziali a ciclo diurno non eseguibili al domicilio;
3. La riorganizzazione funzionale delle strutture ospedaliere e territoriali della rete per consentire la corretta gestione dei posti letto dedicati e del Day Hospice;
4. potenziamento delle strutture che erogano attualmente prestazioni ambulatoriali e di day surgery in ospedale e assistenziali multi professionali a domicilio (mediche specialistiche, psicologiche, infermieristiche e socio-sanitarie), identificate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (UU.OO. Ospedaliere di terapia del dolore) e dell'assistenza sanitaria domiciliare ai pazienti affetti da patologie complesse e/o terminali.
5. L'omogeneizzazione ed il potenziamento delle procedure per le dimissioni protette in ambito aziendale;
6. l'adozione di protocolli di intesa in ambito extra-aziendale sia con le strutture specialistiche di Terapia del dolore e Cure palliative, in particolare con AORN dei Colli – Monaldi, Cardarelli e I.R.C. "Pascale" di Napoli, con l'A.O. Santobono Pausilipon e l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma. Tali protocolli dovranno riguardare sia le dimissioni protette dei pazienti che dovranno essere presi in carico dalle Servizi Ospedalieri e domiciliari della nostra ASL, sia i ricoveri programmati presso le suddette strutture per quei pazienti difficilmente trattabili o bisognevoli di trattamenti invasivi non praticabili presso i P.O. aziendali;
7. L'attivazione dell'istituto della pronta disponibilità per le cure domiciliari palliative e la terapia del dolore così come indicato nella D.G.R. n° 41 del 14 febbraio 2011 dal documento sulle linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari;
8. Il potenziamento degli ambulatori di terapia del dolore ospedalieri e distrettuali;
9. L'adozione di procedure condivise con il Dipartimento di Farmacia, i servizi di Riabilitazione ed il Servizio Acquisizione Beni e Servizi in grado di assicurare nei necessari tempi brevi l'erogazione dei presidi, farmaci ed alimenti.
10. L'adozione della cartella oncologica informatizzata web based che favorirà la collaborazione e l'integrazione tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, servizi di cure domiciliari e unità operative di terapia del dolore

In pratica bisogna rendere reale la modalità assistenziale in rete, in quanto integrazione di tipologie diverse di assistenza che risponde in maniera più consona ai bisogni dei malati con patologie complesse e favorisce l'umanizzazione già in atto con l'assistenza domiciliare.

E' necessaria inoltre l'applicazione piena ed omogenea del Protocollo Aziendale Operativo per i percorsi assistenziali sociosanitari integrati di cui alla DGRC 41/2011 ed alla Deliberazione del Commissario Straordinario n.332/2011 "DGRC N.41 APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO CURE DOMICILIARI PRESA ATTO E PROVVEDIMENTI"

Risultati attesi

- Riorganizzazione della rete assistenziale esistente con la dotazione di posti letto dedicati e l'attivazione del Day Hospice;
- Potenziamento dell'offerta di cure domiciliari con la realizzazione della presa in carico del paziente da parte di una equipe multidisciplinare e con disponibilità dell'assistenza domiciliare h24 e 7 gg/7 ;
- Organizzazione di una continuità assistenziale tra distretto e ospedale, tra medici curanti e distretto, tra medici curanti e ospedale integrati;
- Potenziamento della formazione, con continui aggiornamenti del personale, estensione capillare della stessa e verifica dell'apprendimento sul campo.

INDICATORI

1. Numero degli utenti afferenti alle cure palliative domiciliari;
2. Numero di progetti assistenziali personalizzati predisposti con la individuazione del "case manager" e in sede UVI, ove necessario;
3. Numero di protocolli d'intesa sottoscritti tra Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere ed Universitarie;
4. Numero di posti letto dedicati (c/o lungodegenza/hospice e/o Unità Ospedaliere di Cure Palliative/Pediatria);

5. Numero di operatori formati e report sull'aggiornamento;
6. Applicazione di appositi indicatori miranti a valutare la "customer satisfaction" come diminuzione del disagio globale del malato terminale curato a domicilio;
7. Protocolli di intesa tra le UU.OO. di Cure Palliative, le altre UU. OO. Ospedaliere e le Unità Aziendali di Cure Domiciliari per garantire le dimissioni protette.
8. Uso di una cartella clinica per le Cure Palliative e la terapia del dolore.

Formazione

La formazione avrà un ruolo importante nel progetto integrato di rafforzamento delle cure domiciliari. Si adatteranno diverse modalità didattiche: lezioni frontali o a distanza, comandi per aggiornamento professionale o stage, affiancamento nel lavoro in ospedale, condivisione di percorsi clinici, consulenze via WEB, monitoraggio delle procedure utilizzate nella diagnosi, nell'assistenza e nella terapia con esame delle modalità di utilizzo delle risorse (clinical audit).

Normativa di riferimento

Deliberazione n. 858 del 8 maggio 2009 - Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.

Determina Dirigenziale n. 1 del 16/03/2012 che ripartisce i fondi CIPE 2006

Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013

Legge n°12 del 08.01.01 norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del Dolore - Norme riguardanti l'approccio specifico ai malati terminali per cancro: previsione, contenuta nelle linee guida concernenti "la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia" approvate con accordo in conferenza unificata stato/ regioni nella seduta dell'08.03.01, relativa a specifiche indicazioni sulle cure palliative rivolte ai malati terminali per cancro, in ambito domiciliare, ambulatoriale e presso le strutture per cure palliative – hospice.

D.G.R. n° 41 del 14 febbraio 2011 Documento Regione Campania sulle linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari

D.G.R.C. 625/2011 che modifica una tabella della DGRC 41,

D.G.R. n°2128 del 20.06.03 " Accordo integrativo regionale della medicina generale ai sensi del capo VI del DPR 270 /2000: Norme riguardanti l'approccio generale al trattamento dei malati terminali;

L.R. n.16/2008 "Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo".

Decreto del Commissario ad Acta n. 64/2011 e 88/2011 in materia di cure domiciliari prestazionali,

Decreti commissariali n. 10/2010 e 11/2010

D.G.R.C. N. 275/2011 e 276/2011

DGRC 4408/2001 Linee Guida per "L'Attivazione della Rete Integrata di Assistenza ai Malati Terminali tra gli Hospice, i Servizi e le Strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative"

Legge n.38 del 15/03/2010 -Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

PIANO DI LAVORO CON CRONOPROGRAMMA

Tempi	FASI	ATTIVITÀ	Risultati / Outputs / Eventi
Inizio	Costituzione del gruppo di lavoro.	Avvio	Costituzione coordinamento Acquisizione competenze professionali e tecnologia strumentale
1 FASE – 1 mese Descrizione e studio della situazione esistente.			

1.a <i>Analisi del bisogno, della domanda e dell'offerta. Individuazione del bacino di utenza e della risposta prestazionale.</i>	Ricerca documentale e sul campo	Draft Report 1.a
1.b <i>Descrizione attuale delle UNITA' OPERATIVE coinvolte nell'Assistenza Domiciliare ai pazienti oncologici e terminali della Azienda Sanitaria Locale</i>		Draft Report 1.b
1.c <i>Descrizione della Rete intra aziendale dei Servizi di Assistenza Domiciliare</i>		Draft Report 1.c
1.d <i>Descrizione e rilievo dei Protocolli d'intesa in collegamento con le attività relative ai "Piani di Zona"</i>		Draft Report 1.d
1.e <i>Definizione delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche dell'Assistenza Domiciliare ai pazienti oncologici e terminali</i>		Draft Report 1.e
Conclusione prima fase	Stato dell'arte	Report finale prima fase

2 FASE 2 mesi Sviluppo delle capacità clinico organizzative delle U.O. Distrettuali e della relativa rete interconnessa		
2.a <i>Piano organizzativo e metodologico globale aziendale; definizione degli obiettivi</i>	Pianificazione	Relativi atti deliberativi Regolamento organizzativo
2.b <i>Individuazione della U.O. Distrettuale quale fulcro del progetto.</i>	Pianificazione	Relativi atti deliberativi Linee guida gestionali
2.c <i>Specifiche del livello di correlazione con le altre UU.OO. coinvolte</i>	Regolamentazione	Linee guide operative
2.d <i>Intervento dei Soggetti esterni</i> • <i>Descrizione del tipo di prestazioni e degli interventi previsti da affidare eventualmente a Soggetti esterni pubblici, privati no profit ed Associazioni di Volontariato</i>	Pianificazione	Linee guide operative
2.e <i>Individuazione e definizione di un sistema informativo e dei relativi indicatori</i> • <i>Identificazione e validazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli aspetti strutturali, di processo e di risultato</i> • <i>Costruzione di un sistema informativo per la gestione dei dati</i> Implementazione del sito WEB aziendale sia a valenza esterna (divulgativa e informativa) che interna (informativo -scambio dati e report - formativo)	Ricerca documentale e sul campo Progettazione e realizzazione rete informatica e implementazione sito WEB Collegamento con rete informatica aziendale	Manuale degli indicatori. Realizzazione software Implementazione hardware Portale WEB Link sistema informativo generale aziendale con quello specifico

3 FASE 1 mese IDENTIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE BERSAGLIO: TIPOLOGIA E NUMERO ASSOLUTO.		
3.a <i>Popolazione bersaglio della Azienda. Raccolta dei dati riferiti ai pazienti affetti da patologie terminali e oncologici;</i>	Raccolta dati	Report 3
3.b <i>Individuazione della popolazione da assistere</i>	Ricerca	Manuale dei Profili Assistenziali
4 FASE 1 mese VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ DELLE UUOO, DELLA RETE E DEI RELATIVI COLLEGAMENTI		
4.a <i>Valutazione delle risorse umane, tecnologiche ed operative necessarie per la realizzazione del progetto</i> ▪ <i>Identificazione dei profili professionali carenti e quantizzazione delle risorse umane e tecnologiche necessarie, per singola UO e per obiettivo.</i> ▪ <i>Elaborazione di progetti formativi finalizzati.</i>	Ricognizione e adeguamento dotazione organica e tecnologica Progettazione di massima	Relativi atti deliberativi Planning degli interventi formativi
4.b <i>Congruenza dell'organigramma e del funzionigramma (ruoli, compiti e responsabilità) con i primi atti operativi necessari</i>	Avvio procedure	Adeguamento standard strutturali e funzionali previste
4.c <i>Riassunto dei primi atti sostanziali</i>	Riepilogo Diffusione risultati parziali	Report conclusivo e convegno di presentazione dello stesso (FOCUS ON)

5 FASE 1 mese DEFINIZIONE: TARGET, METODOLOGIA, PERCORSI, APPROCCIO ALLA QUALITÀ E SVILUPPO AZIENDALE.		
5.a <i>Identificazione degli aspetti organizzativi, strutturali, di processo e di risultato, sia sotto il profilo tecnico che interpersonale..</i>	Pianificazione aziendale operativa degli obiettivi secondari in relazione agli obiettivi primari così come sopra identificati	Planning aziendale delle attività attraverso la redazione di uno schema tipo di implementazione.
5.c <i>Ottimizzazione delle risorse e della loro gestione (razionalizzazione e messa in rete), tendendo ad un modello unico regionale.</i>	Creazione di un modello complessivo tipo di riferimento aziendale alla luce delle diverse esperienze regionali	Manuale operativo della struttura-tipo

6 FASE 6 mesi PROGRESSIVO RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO QUALI-QUANTITATIVO FINALE (100%). E MESSA A REGIME DELLE ATTIVITÀ		
8.a Incremento e potenziamento delle attività avviate.	realizzazione degli aspetti sia tecnici che interpersonali relativamente alla struttura, al processo ed ai risultati	Raccolta dati relativamente agli indicatori di cui al successivo punto i.2.
8.b Individuazione di risorse proprie, disponibili o programmate	Continuità nella realizzazione degli aspetti sia tecnici che interpersonali relativamente alla struttura, al processo ed ai risultati, di cui al precedente punto 5.a	Raccolta dati relativamente agli indicatori di cui al successivo punto i.2.
CONCLUSIONE DEL PROGETTO	Diffusione risultati	Report finale e convegno conclusivo

FASI TRASVERSALI

I. Verifica e controllo dei percorsi, dei processi, dei risultati parziali e dei relativi aggiustamenti		
1. Omogeneizzazione delle procedure compatibili con la realtà aziendale, definizione input (risorse umane, strutturali, strumentali, economiche), scelta degli indicatori di percorso e di obiettivo.	Definizione delle modalità sia di ricerca che operative	Linee guida metodologiche
2. Indicazione degli obiettivi (risultati attesi)	Definizione degli indicatori	Manuale degli indicatori
3. Previsione esplicita di un percorso di qualità con particolare riguardo allo stato di soddisfazione dell'utente e/ o dei familiari (qualità percepita) e degli operatori.	Razionalizzazione	Documento di consenso sul target dei profili assistenziali Documento di consenso sulle prestazioni realmente necessarie e tecnicamente realizzabili
4. Realizzazione di un Sistema Informativo per la raccolta dei dati di attività e dei risultati relativi al monitoraggio.	Partecipazione alla definizione di un modello di riferimento	Pieno collegamento della rete informativa aziendale con quella regionale

II. Formazione ed aggiornamento continuo del personale		
1. Individuazione di idonee sedi attrezzate per la formazione sia a livello centrale che periferico e reperimento materiale.	Ricognizione	Acquisizioni spazi e materiali
2. Formazione dei formatori	Individuazione topics di interesse specifico	Partecipazione a corsi residenziali, seminari e workshops
3. Realizzazione di un momento di formazione ed aggiornamento, con particolare attenzione all'informazione, alla selezione, all'inserimento, all'addestramento, all'autovalutazione, alla comunicazione ed alle competenze. a) Organizzazione di stages formativi centrali orientati per profili professionali e per obiettivi e finalizzati alla gestione centrale del progetto, alla comunicazione centro-periferia (e viceversa), alla acquisizione e diffusione dei dati, alla omogeneizzazione dei modelli operativi adottati e delle conoscenze tecniche relative alle UU.OO. della rete dei servizi, come Modello Base Regionale sperimentale. b) Organizzazione di stages formativi periferici, in base alle specifiche esigenze e finalizzati alle particolari esigenze formative delle equipe delle UUOO e dei MMG con enfasi sui seguenti aspetti: <ul style="list-style-type: none"> • Decisioni (da prendere) • Pianificazione (fare quello che si è detto) • Evidenza (dimostrare quello che si è fatto) • Creatività (pensare a come migliorarlo). c) Organizzazione di momenti specifici di formazione ed aggiornamento dei M.M.G. prevedendo la partecipazione di animatori di formazione individuati dalla Regione Campania.	Creazione di momenti formativi dedicati sia per equipe che per profilo professionale: Specialisti Anestesia e Rianimazione, Oncologi, Psicologi, MMG, Infermieri, Fisioterapisti, OSS, Assistenti Sociali, volontari e personale delle imprese sociali e dei comuni.	Corsi, Seminari, Workshops
4 Confronti operativi	Acquisizione esperienze di gruppi già operativi nel settore	MISSIONI

iii. Integrazione Socio-Sanitaria e Coinvolgimento eventuali partnership		
1.Sceita dei partners a) Individuazione dei partners: <ul style="list-style-type: none"> • Agenzie di assistenza pubbliche • Agenzie sanitarie esterne • Enti o articolazioni di enti (es: servizi sociali dei Comuni) • Aggregazioni di enti con articolazioni funzionali destinate all'assistenza (es: Patti di Area, Comunità Montane) • Agenzie di assistenza private • Cooperative e/o strutture di privato sociale • Volontariato Sociale • Agenzie di Formazione e Ricerca • Altre strutture 	Definizione aree di intervento e sinergie (Integrazione)	Patti d'area Piani di Zona Protocolli d'intesa Convenzioni Jointe-venture Attivazione di consorzi o di fondazioni, o di ONLUS in genere

Le attività avranno inizio in maniera reale all'atto della approvazione del progetto esecutivo. La data indicata è da intendersi come convenzionale al fine di facilitare acquisizione di consapevolezza sullo svolgimento dello stesso.

PIANO FINANZIARIO

Finanziamento totale: €1.801.103,37 di cui €360.220,67 vincolato a favore di soggetti pediatrici

VOCI DI COSTO	TOTALE
Personale Interno (sistemi premianti)	50%
Formazione	6%
Spese per beni e servizi	44%
TOTALE COMPLESSIVO del PROGETTO	100%

**PIANO DI ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
FONDI VINCOLATI CIPE 2006**

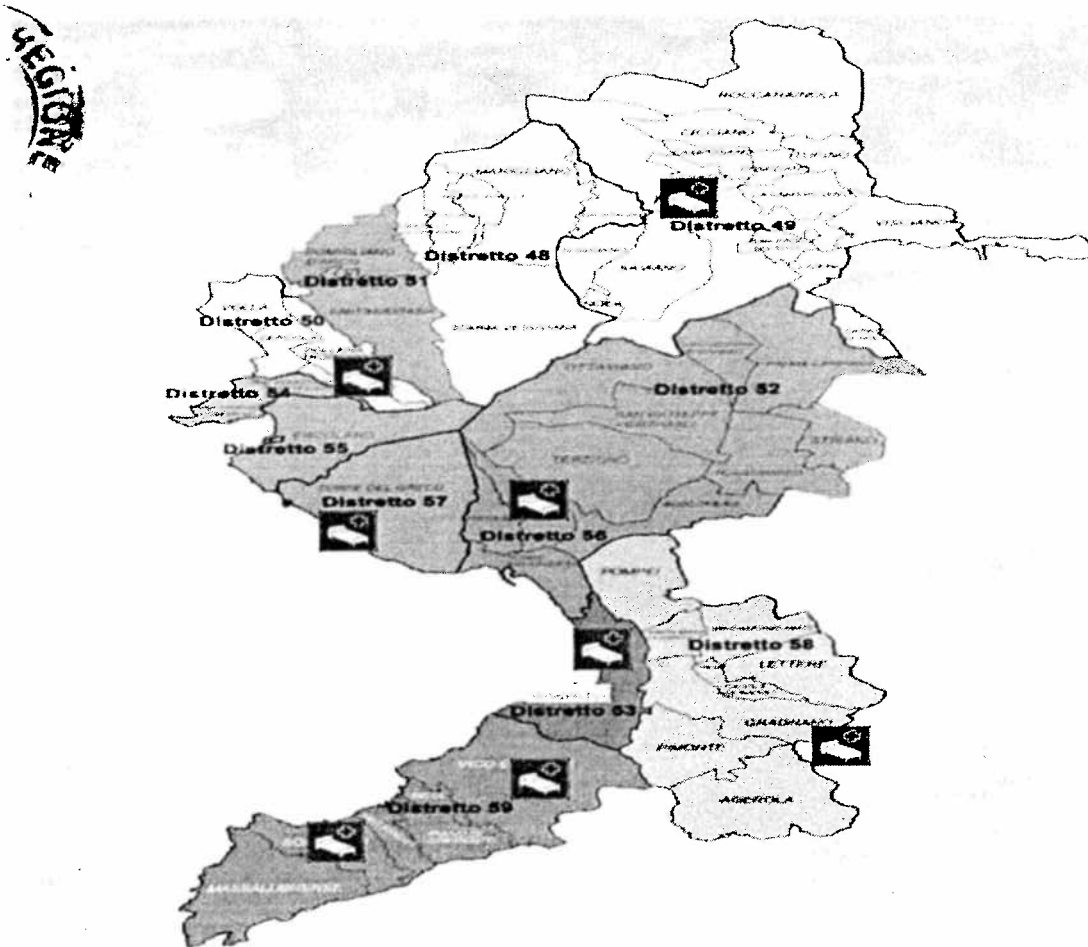
RETE TERRITORIALE PER LA SALUTE MENTALE

**DALLA PRESA IN CARICO
ALL'APPROPRIATEZZA TERAPEUTICO RIABILITATIVA
DEI PROGETTI DI CURA PERSONALIZZATI**

**RESPONSABILE DEL PIANO
Dott. Manlio Grimaldi**

**DIRETTORE DSM
Dott. Francesco Della Pietra**

Il progetto ha come territorio di azione quello dell'ASL Napoli 3 sud, comprende 56 comuni con 12 distretti sanitari e una popolazione superiore al milione di abitanti



Le persone in carico al DSM sono circa 20.000, di cui circa il 30% è escluso dai processi sociali e vive una dimensione di isolamento ed emarginazione.

ANALISI DELLA SITUAZIONE

La vasta area territoriale di competenza dell'ASL NA3SUD è per gran parte urbanizzata ed industrializzata ed in parte rurale.

Una lettura sommaria delle caratteristiche geo-demografiche evidenzia un territorio non omogeneo dal punto di vista della strutturazione sociale, con una crescita caotica di nuovi insediamenti urbani e con un notevole flusso di immigrati.

Alla complessità sociodemografica corrisponde eguale complessità dei bisogni di salute mentale, per rispondere ai quali gli organi sanitari istituzionali deputati alla prevenzione-cura- riabilitazione dei soggetti affetti da malattie mentali, devono essere articolati in maniera poliedrica e multifunzionale, sempre in raccordo ed in rete, sia con gli altri servizi aziendali che con le agenzie sociali e territoriali.

La cultura del territorio e la promozione del benessere e della salute mentale della popolazione è ormai prassi consolidata all' interno dei Servizi di Salute Mentale, promuovere una cultura dell' integrazione significa implementare i rapporti con altri servizi, per operare un radicale cambiamento, in quanto il disturbo psichico va considerato nella sua complessità e trattato con azioni più compiute e complesse che prevedono molteplici interventi, riguardanti la prevenzione del disagio con diagnosi precoci, la clinica e riabilitazione delle disabilità di base, il contrasto alle disabilità sociali con inclusione sociale effettiva e promozione dei diritti di cittadinanza, infine il sostegno familiare e l' integrazione all' interno del contesto sociale di appartenenza.

Tali modalità d' intervento, sempre più consolidate vanno supportate da:

- ✓ appropriatezza delle cure
- ✓ valutazione degli interventi
- ✓ sviluppo di sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti
- ✓ prove di efficacia
- ✓ linee guida
- ✓ programmi di formazione
- ✓ sistemi di valutazione da parte dei cittadini
- ✓ lavoro di équipe

Considerata la complessità socio-demografica del territorio dell' ASL NA 3 SUD, in cui ci troviamo ad operare, è necessario, fornire risposte integrate ed articolate sul terreno sociale e sul terreno sanitario ed implementare e rafforzare alcune attività.

In tal senso risulta indispensabile l'implementazione di specifici interventi per la costruzione di un' adeguata rete assistenziale territoriale nel rispetto dei **LEA**.

Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. Tali livelli devono soddisfare gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale e sono state scelte in base ai principi di **efficacia** e di **appropriatezza**: deve essere dimostrato che quella cura sia efficace, utile per ridurre o eliminare la malattia, ed appropriata per quella determinata patologia. Se più metodi di cura soddisfano entrambe le condizioni, allora deve essere assicurata la cura più economica. Le Regioni possono decidere di inserire nell'elenco ulteriori prestazioni, previ accordi interregionali.

I **Livelli Essenziali di Assistenza** che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire, sono suddivisi in **tre aree**:

1. **l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**, che include tutte le attività che servono per mantenere una migliore qualità della vita di tutti i giorni. Sono qui incluse le cure contro le malattie infettive e parassitarie, le vaccinazioni, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie, la tutela dai rischi connessi con gli ambienti di vita, gli inquinanti ambientali e gli infortuni sul lavoro, la sanità degli animali e degli alimenti, le certificazioni sanitarie necessarie per documentare l'assenza dal lavoro (tutti gli altri certificati di idoneità devono essere garantiti ma a pagamento).
2. **l'assistenza distrettuale**, quella erogata dalle Asl e dai Distretti sanitari. Essa comprende la medicina di base ambulatoriale e domiciliare, la guardia medica, l'emergenza, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza integrativa alimentare e quella per le persone con il diabete mellito, l'assistenza specialistica e diagnostica, l'assistenza protesica, l'assistenza domiciliare, le cure termali, l'attività sanitaria e di sostegno rivolta a particolari categorie di persone: le donne, per la tutela della maternità o per l'interruzione della gravidanza, i disabili, le persone dipendenti da droghe o da alcool, le persone con malattie in fase terminale o con HIV, le **persone anziane** non autosufficienti, le persone con problemi psichiatrici.
3. **l'assistenza ospedaliera**, il pronto soccorso, il ricovero ordinario, il day-hospital ed il day-surgery, l'ospedale domiciliare, la riabilitazione, la lungodegenza, i servizi di trasfusione e di trapianto di organi e tessuti.

A tutti gli **stranieri extracomunitari**, anche se non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, devono essere garantiti e gratuiti gli interventi di

prevenzione, quelli per la tutela della maternità, l'assistenza ai bambini, le vaccinazioni, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

La definizione dei LEA ha introdotto una visione innovativa basata su tre importanti concetti:

Livello: Esprime la necessità di misurare il contenuto dell'assistenza erogata

Essenziale: Restringe le prestazioni erogabili a quelle appropriate per quella patologia, per quella tipologia di paziente e per l'ambito assistenziale

Assistenza: Fa riferimento alla successione di prestazioni che devono essere erogate, in tempi congrui, al paziente in funzione del suo stato di salute

La vera "essenzialità" dipende dal contesto nel quale vengono utilizzate e prescritte le prestazioni. Individuare i LEA non significa definire la lista delle prestazioni da considerare essenziali ma definire la corretta metodologia di utilizzo delle prestazioni da monitorare, in particolare, attraverso indicatori di APPROPRIATEZZA.

Il perseguimento dell'appropriatezza diventa quindi elemento centrale nella valutazione del rispetto dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale

Gli interventi erogati per la diagnosi e il trattamento di una determinata condizione clinica sono da considerare appropriati qualora una prestazione di dimostrata efficacia sia fornita avendo identificato correttamente: i pazienti che ne possono beneficiare; il setting assistenziale più idoneo, comprese le caratteristiche dei professionisti coinvolti; e il momento che, all'interno della storia naturale della condizione da trattare, rende più favorevole il profilo beneficio-rischio.

Sulla base di questi principi, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve massimizzare la probabilità di ottenere gli effetti desiderati e di ridurre gli sprechi, facendo in modo che i benefici attesi in termini di salute - benessere (aspettativa di vita, riduzione del dolore, riduzione di uno stato ansioso, migliorata capacità funzionale, prevenzione di eventi vascolari, etc) eccedano, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le conseguenze negative dell'intervento stesso (mortalità, morbosità, dolore o discomfort, perdita di giornate lavorative).

Si possono così individuare almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento professionale e che riguardano:

1. le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata, socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
2. le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità, assistenziale, etc.);

3. il tempo di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;

4. le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day-hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale);
e caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza riguarda, da una parte, la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Un intervento efficace può, infatti, essere applicato o meno in modo appropriato, e cioè proprio nelle indicazioni per le quali il rapporto fra benefici e rischi è favorevole. Questa specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatezza clinica.

Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatezza organizzativa, che concerne, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione.

In secondo luogo, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre a un danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività. Come sopra accennato, l'appropriatezza dovrebbe anche includere la presa in considerazione della soddisfazione del paziente, con riferimento, in particolare, al coinvolgimento di quest'ultimo nella valutazione dei rischi e dei benefici associati alle diverse opzioni terapeutiche. Inoltre, è indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all'accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati.

Al fine del perseguimento del massimo livello di appropriatezza possibile e per abbandonare una generica visione della "presa in carico", quale risposta di per sé qualitativamente adeguata, questo DSM ha elaborato un programma di attività, che tiene conto di tutta la complessità che i Servizi di Salute Mentale devono essere in grado di esprimere nell'affrontare la "cura" del disagio psichico nella generalità delle sue espressioni. Da ciò il titolo: "DALLA PRESA IN CARICO ALL'APPROPRIATEZZA TERAPEUTICO RIABILITATIVA DEI PROGETTI DI CURA PERSONALIZZATI"

Il programma delle attività elaborato si articola in nove aree di intervento:



- Abitare
- Riabilitazione
- Riabilitazione neuro cognitiva
- Trattamento antipsicotico
- Trattamento post acuzie
- Adolescenza
- DCA
- Stalking
- Informatizzazione dei processi di cura

Il piano economico prevede oltre all'utilizzo delle risorse finanziarie destinate con il riparto dei fondi assegnati dal CIPE per l'anno 2006, anche le risorse assegnate col riparto dell'anno 2003, ancora non spese, per un totale di € 3.794.135,51.

Come si evince dal programma allegato per le attività sopra indicate è prevista una spesa complessiva di € 3.664.600,00. I rimanenti € 129.535,51 verranno utilizzati per supportare le funzioni di coordinamento delle attività e finanziare un fondo generico per le attività riabilitative, con il quale sostenere tutte le spese per l'acquisizione di beni e servizi difficilmente acquistabili con i normali canali aziendali (biglietti musei, partecipazione ad eventi, spese per attività sportive, culturali ecc.).

PIANO FINANZIARIO

Risorse

Personale	10.000,00
Fondo per attività riabilitative	109.535,51
Spese varie	10.000,00
TOTALE	129.535,51



11

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'
"L'ABITARE IN SALUTE"



STRUTTURE COINVOLTE

- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
- UU.OO.CC.SM

COSTO

525.600,00 EURO

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

Dott.ssa Vincenza Alfano

Dott.ssa Luisa Ammendola

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Nell'ambito dell'espletamento di un servizio finalizzato all'assistenza di pazienti psichici possono essere trovate soluzioni alternative e più efficaci se l' "abitare" è in un luogo vissuto da più pazienti che trovano il modo di vivere sotto lo stesso tetto in una prospettiva di autonomia. Si possono offrire risposte adeguate di cura, come non accade in gran parte oggi, in luoghi non "sanitari", in luoghi come le comunità a bassa intensità, che riescono a dare opportunità di emancipazione. Tutto ciò è in linea con il Piano Sanitario Regione Campania 2011-2013, Decr. N° 22 del 22 Marzo 2011, con la DGR 858 8 Maggio 2009, e con il DEC. Commissario ad acta n° 5 del 30 Gennaio 2012, e con la L. 666 del 2011 . E' necessario, inoltre, fare un intervento caratterizzato da una visione globale del problema, che coinvolga le famiglie e le istituzioni, che attraverso un processo di supporto, ponga le basi per un sistema di interventi che mirino a rispondere a bisogni pre e post riabilitazione. I pazienti afferenti al DSM, oltre a richiedere un sostegno clinico/terapeutico, auspicano un aiuto che garantisca loro una qualità di vita adeguata per far fronte, nei periodi di non acuzie, ai bisogni di cura,

121

accoglienza, socialità, integrazione, autonomia; fattori, che se strutturati e potenziati, contribuiscono alla riduzione di recidive e ricoveri in strutture ospedaliere.

OBIETTIVI:

Per ovviare alle difficoltà di funzionamento per l'intero comparto dell'assistenza sanitaria, dovute a contrazione della spesa pubblica, l'obiettivo generale è l'appropriatezza della cura, ossia offrire soluzioni efficaci, ad un costo significativamente più contenuto, senza mettere a rischio la "qualità" delle prestazioni, anzi perseguendo una maggiore adeguatezza.

L'"efficacia", sarà data dalla permanenza del paziente nel territorio di origine, dalla dimensione domestica dell'abitare, dalla specificità degli interventi finalizzati all'autonomia e all'integrazione.

L'efficienza, sarà ottenuta grazie alla diversa soluzione dell' "abitare", cioè a bassa intensità, con un notevole contenimento della spesa sulle risorse umane e sulla tipologia di gestione di alloggio.

L'efficacia e l'efficienza devono prevedere un percorso di "Inserimento post-riabilitativo": dalla residenza alla vita "fuori".

Gli Obiettivi Specifici sono soprattutto legati ai bisogni principali, cui i pazienti psichiatrici necessitano risposte: la solitudine, la debolezza delle reti familiari, la mancanza di luoghi di socializzazione, la difficoltà ad aver cura della propria persona, la mancanza di attività culturali e divertimento.

Quindi obiettivi specifici sono:

- ❖ Contrasto del fenomeno dell'isolamento materiale ed affettivo
- ❖ Contribuire al mantenimento e al ripristino delle relazioni parentali e affettive
- ❖ Costruire spazi reali e simbolici di incontro, confronto e scambi
- ❖ Incoraggiare la cura della propria persona e il recupero di energie vitali
- ❖ Mantenere in vita la voglia di divertirsi
- ❖ Facilitare l'autonomia, anche attraverso l'inserimento lavorativo, laddove possibile.

124

CRONOPROGRAMMA

I^ FASE : Individuazione del paziente:

II^ FASE: Ricerca della struttura più idonea per l'inserimento

III^ FASE : Accompagnamento all'inserimento

IV^ FASE: Elaborazione e condivisione del P.T.R.I. con l'èquipe socio-sanitaria

V^ FASE: Monitoraggio del P.T.R.I. elaborato

PIANO FINANZIARIO

Costo per 40 pazienti complessivi, suddivisi per le 10 unità operative del DSM, per 365 gg. l'anno ad un costo giornaliero per paziente pari a circa € 36,00

Risorse

Retta giornaliera	
€ 36,00 x n.40 pazienti	525.600,00



141

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

“LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA COME STRUMENTO PER LA RIDUZIONE DELLA CRONICITA' IN SALUTE MENTALE”



STRUTTURE COINVOLTE

- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
- UU.OO.CC.SM

COSTO

1.150.000,00EURO

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

Dott. Manlio Grimaldi

Dott. Antonio Salvati

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Gli obiettivi di Salute Mentale sono perseguibili con sistematici, costanti e molteplici processi integrati di riabilitazione. Le azioni integrate sono realizzate con l'intervento degli altri Enti presenti nei territori: gli Enti Locali, gli Ambiti Sociali le Agenzie per il Lavoro, i Patti Territoriali, gli Enti di Formazione Professionale, le Imprese Sociali. Da anni la Regione Campania ha offerto ai propri cittadini servizi sia assistenziali che riabilitativi, recependo già con la 328/2000 , attività e servizi socio-sanitari integrati anche con il Terzo Settore. In linea con il Piano Sanitario Regione Campania 2011-2013, Decr. N° 22 del 22 Marzo 2011, con la DGR 858 8 Maggio 2009, il DSM dell'ASL NA3Sud si occupa da diversi anni dei pazienti psichiatrici in maniera più trasversale. I progetti di riabilitazione si interessano in maniera capillare dei tre ambiti di riferimento: a) l'Assistenza Domiciliare la quale incide su quei pazienti meno accessibili per cui c'è bisogno di interventi presso le loro abitazioni b) Attività presso i Centri Diurni che permettono ai pazienti di essere aiutati a sviluppare abilità per perseguire l'integrazione sociale c) Residenzialità ad alta protezione, per quei pazienti dove c'è bisogno di una presa in carico globale, che vada dalla cura personale, alle cure

sanitarie e riabilitative. Gli interventi sanitari non bastano per favorire il reinserimento sociale e/o lavorativo del paziente nella società. Il compito degli operatori che si occupano di salute mentale, è permettere la stretta interazione tra individuo ed ambiente, considerando che ogni modificazione di uno dei due elementi della relazione produce un cambiamento nell'altro. La riabilitazione mette in atto un processo di adattamento reciproco. Con questo intervento specifico l'ASL NA 3Sud ha la possibilità di consolidare un modello adottato negli anni, migliorando sempre di più l'offerta assistenziale potenziando le attività riabilitative e socio-assistenziali Domiciliari, Semiresidenziali e Residenziali ad alta intensità.

Il C.D. è il luogo dove gli operatori sanitari e quelli sociali riescono a sviluppare strategie comuni di integrazione: il luogo dello scambio, il luogo aperto, accessibile e vivibile.

Le attività dell'Assistenza Domiciliare, concedono a quei pazienti di difficile accesso, di poter avere un servizio riabilitativo in grado di migliorare le relazioni ed i rapporti interni alla famiglia, e in progress anche quelli esterni.

La Residenza Integrata ad alta intensità accoglie, protegge, sostiene i pazienti più in difficoltà nel loro vivere quotidiano.

OBIETTIVI:

Gli obiettivi della riabilitazione sono da individuare nei particolari bisogni che possono avere i pazienti psichiatrici, come la solitudine, la difficoltà a trovare lavoro oppure una casa, la mancanza di una rete familiare di sostegno, la quasi mancanza di opportunità lavorative dovute a problematiche personali e a pregiudizi sociali. Gli interventi quindi saranno finalizzati a :

- ❖ Potenziare le attività riabilitative domiciliari per favorire l'accesso al di fuori del proprio domicilio, potenziare le attività riabilitative all'interno dei Centri Diurni per migliorare le performance relazionali per interagire con il resto della società, potenziare le attività di riabilitazione all'interno delle strutture residenziali per il sostegno ad una vita altamente qualitativa nella quotidianità.

❖ Favorire gli inserimenti post-riabilitativi

❖ Acquisire skills cognitivi e pratici per favorire l'ingresso nel mondo del lavoro

Il modello acquisito dal DSM per raggiungere gli obiettivi delineati è quello degli strumenti consolidati come, l'INTRATTENIMENTO, che rappresenta il livello di base della progettualità riabilitativa sul quale impostare l'intero lavoro. La sua utilità si riscontra nella possibilità di aiutare a stabilire buone relazioni terapeutiche e nell'essere un'attività di base per gestire gli spazi temporali vuoti della quotidianità all'interno di uno spazio corretto rispetto al rapporto con la realtà. La SOCIALIZZAZIONE, che è volta ad orientare il comportamento dell'utente nelle relazioni con gli altri, aiutandolo a migliorare le sue capacità comunicative, il REINSERIMENTO SOCIALE, che reinserisce il paziente nel suo ambiente di vita abituale, valutando e lavorando sulla dimensione abitativa, lavorativa e quella delle relazioni interpersonali.

La dimensione del lavoro di équipe multidisciplinare, pratica anch'essa ben strutturata, agevola il compito di valutare i bisogni di ogni singolo paziente, e su quei dati, la stessa, elabora un progetto di riabilitazione concordato, P.T.R.I., monitorandolo nel tempo, per ottenere il miglioramento delle abilità compromesse.

Per le attività riabilitative presso il domicilio, i C.D. e le SIR, si utilizzeranno come figure professionali, sia Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, sia Animatori Sociali, sia OSS/OSA, oltre almeno 2 Coordinatori con laurea in scienze sociali, che svolgeranno interventi riabilitativi presso i 10 C.D. delle 10 Unità Operative e presso le 6 SIR., e presso il domicilio di almeno 100 pazienti, 10 per ogni unità Operativa del DSM.

RESIDENZE :

I pazienti seguiti complessivamente nelle SIR del DSM dell'ASL NA3Sud, sono 85,

con i seguenti distribuiti:

- Villa Angelina con 20 posti letto sita in Castellammare
- "La casa di Maria" in Pimonte con 18 posti letto,
- SIR di S.Giorgio a Cremano con 10 posti letto,
- SIR di Sorrento con 12 posti letto
- Casa Sole con 10 posti letto , e Casa Luna con 15 posti letto in Terzigno

CENTRI DIURNI

I pazienti seguiti, da ciascuno dei Centri Diurni, sono in media 10 giornalmente

ASS. DOM.

L'intervento è su circa 100 nuclei familiari

CRONOGRAMMA

I^ FASE : Affidamento/Esternalizzazione

III^ FASE : Elaborazione e Condivisione dei P.T.R.I.

IV^ FASE: Partecipazione Integrata del servizio

V^ FASE: Monitoraggio del P.T.R.I. elaborato

PIANO FINANZIARIO

Personale esterno	900.000,00
Coordinatori	
Animatori sociali	
T. D. R	
QSS/OSA	
Beni e Servizi	230.000,00
Spese Generali	20.000,00
TOTALE	1.150.000,00

PROGRAMMA DI ATTIVITA'

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA DI TIPO NEUROCOGNITIVO

MEDIANTE SUPPORTI INFORMATICI



STRUTTURE COINVOLTE

- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
- UU.OO.CC.SM

COSTO

230.000 EURO

COORDINAMENTO SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

Dott. Amato Bernardo, dirigente psichiatra UOSM Ercolano

Dott. Antonio Pinto, dirigente psichiatra UOSM Cercola

RESPONSABILITA' DELLA RACCOLTA E DELL'ANALISI DEI DATI

Dott.ssa Daniela di Martino,

Dott.ssa Michela Notaro

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGRAMMA

Il presente progetto, nell'ambito delle attività finalizzate al miglioramento dell'assistenza ai pazienti psichiatrici gravi, e alla riduzione della spesa, in particolare di quella relativa ai ricoveri nelle comunità di riabilitazione psichiatrica, si propone di dotare le 10 Unità Operative di Salute Mentale dell'ASL NAPOLI 3 SUD di programmi informatici finalizzati al miglioramento delle capacità cognitive per pazienti affetti dalle più gravi patologie psichiatriche. La riabilitazione cognitiva, opportunamente integrata con i programmi di terapia farmacologica e di psicoterapia cognitivo comportamentale individuale e di gruppo, rappresenta uno dei cardini dei

percorsi di riabilitazione effettuati presso le comunità terapeutiche riabilitative, dove sono inseriti numerosi pazienti che necessitano di percorsi terapeutici individuali. Lo sviluppo del presente progetto permetterebbe di creare stabilmente, anche al termine del programma, percorsi terapeutici riabilitativi presso le strutture territoriali di cura (C.O.O.S.M.), con decremento degli inserimenti in comunità per i pazienti affetti da patologie psichiche in cui sono particolarmente compromesse le abilità cognitive.

Descrizione ed analisi del problema:

L'osservazione clinica e numerosi studi evidenziano che nei pazienti psichiatrici gravi, in particolare schizofrenici, i deficit delle funzioni cognitive sono in relazione con uno scadente funzionamento sociale. I deficit cognitivi e quelli della competenza sociale, pertanto, sono oggi considerati un target importante sia dei trattamenti farmacologici che di quelli psicoterapici in pazienti sofferenti delle patologie psichiatriche più gravi. La scarsa competenza sociale è causa di relazioni interpersonali stressanti, che possono compromettere il funzionamento sociale e lavorativo e, più in generale, contribuire alla rottura del delicato equilibrio tra stress e vulnerabilità e all'esito sfavorevole della patologia. Anche la terapia farmacologica non sembra avere un impatto molto significativo su questi aspetti della sintomatologia che giocano un ruolo molto importante nel mancato o scarso reinserimento dei pazienti nella propria rete sociale alimentando anche la tendenza al ricorso all'ospedalizzazione in cliniche convenzionate o in comunità di psicoriabilitazione.

Alcuni studi hanno riportato che il funzionamento cognitivo predice l'esito funzionale della patologia quanto o più di quanto non facciano i sintomi positivi e negativi (2-8). Le funzioni cognitive maggiormente coinvolte nel determinare un esito funzionale sfavorevole sono l'attenzione sostenuta, la memoria verbale a breve e a lungo termine, e le funzioni esecutive (1, 3, 9,10). L'insieme di tali dati ha suggerito la necessità di considerare tali deficit un target importante del trattamento della schizofrenia (11). Il crescente numero di studi di efficacia della terapia

162

cognitivo comportamentale sul trattamento dei sintomi psicotici , quelli sulla remissione sintomatologica (12-17), e le evidenze secondo cui non sempre questa coincide con il miglioramento del funzionamento sociale e lavorativo o della qualità della vita e del benessere soggettivo del paziente, sottolineano l'importanza di un trattamento integrato dei pazienti affetti da psicosi schizofreniche, in cui le diverse componenti del programma siano mirate ai differenti assi che compongono il complesso quadro clinico di queste patologie. Questa indicazione ben si adatta al principale tra gli obiettivi indicati nei vari Progetti Nazionali e Regionali per la Tutela della Salute Mentale, e fortemente perseguiti dal nostro DSM, che è proprio quello di migliorare i percorsi terapeutici-riabilitativi personalizzati, in modo da lottare contro lo stigma del paziente psichiatrico e permettere la massima "deospedalizzazione" di queste categorie.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze scientifiche di provata efficacia:

L'attuale organizzazione dell'assistenza psichiatrica territoriale, effettuata, nella nostra ASL, attraverso l'attività di 10 UOSM articolate all'interno del DSM, permette la presa in carico di un numero considerevole di pazienti con gravi patologie, in particolare schizofrenici, il cui miglioramento clinico non può prescindere dal miglioramento del funzionamento cognitivo e sociale. Le opportunità offerte dalla **terapia neuropsicologica assistita da computer** risiedono nella massima individualizzazione e nell'intensività del training cognitivo. Wilson (1989) distingue tre meccanismi riabilitativi:

- **Recupero funzionale**
- **Compensazione funzionale**
- **Sostituzione funzionale**

Gli approcci terapeutici orientati alle risorse individuali (Matthes, v. Cramon & v. Cramon, 1995) mettono in risalto quelle componenti prestazionali, ad es. quelle residue, di cui il paziente ancora dispone e che possono essere utilizzate per ridurre il deficit. Questo obiettivo viene raggiunto mediante i seguenti approcci terapeutici:

- **Esecuzione di esercizi**

22

- Organizzazione di strategie interne

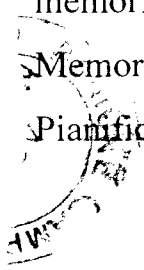


Attivazione metacognitiva

Utilizzo di aiuti esterni

Con questo progetto, si propone di dotare tutte le UOSM del DSM di un programma computerizzato di Training Cognitivo (TC), già sperimentato ed utilizzato presso il Dipartimento di Psichiatria della II Università degli Studi di Napoli (18), chiamato RehaCom, sviluppato da HASOMED GES.M.B.H in Austria, alla luce delle seguenti considerazioni: 1) è disponibile in lingua italiana; 2) presenta un elevato grado di accettazione sia da parte dei pazienti che degli operatori; 3) prevede la possibilità per i pazienti di sviluppare strategie d'apprendimento sotto la guida degli operatori; 4) consente di proporre compiti adeguati alle capacità del singolo paziente e quindi permette l'individualizzazione del training, con l'adeguamento di ciascun modulo al livello cognitivo di base del paziente; 5) presenta un formato gradevole, ma adatto ad un utente adulto; 6) consente un'analisi immediata dei dati, fornisce di volta in volta un feedback sull'esecuzione del compito e, alla fine della sessione, un feedback sull'andamento complessivo della stessa, consentendo così un continuo aggiornamento della programmazione del training; 7) si integra, e si complementa bene, con i principi di base della riabilitazione e della psicoterapia cognitivo comportamentale per i pazienti schizofrenici in rapida fase di sviluppo e diffusione nei centri di igiene mentale italiani (vedi progetto "get up", sviluppato e promosso da ISS in collaborazione con l'Università' di Verona) ed europei.

Il programma RehaCom è composto da diversi moduli. Nel nostro progetto sarebbero utilizzati i moduli per allenare l'attenzione (Attenzione e Concentrazione), la memoria a breve e lungo termine, verbale e non verbale (Memoria Verbale e Memoria di Volti), e le funzioni esecutive (Pensiero Logico, Acquisti e Pianificazione di una Giornata).



22

FATTIBILITA'/CRITICITA' DELLE SOLUZIONI PROPOSTE

Questa dotazione permette la messa a punto di training delle diverse funzioni cognitive altamente individualizzati e costantemente monitorati in termini di efficacia clinica per il soggetto; possiede, inoltre, una elevata caratterizzazione in senso ecologico, aspetto considerato in letteratura tra gli elementi cruciali ai fini della possibilità di generalizzare alla vita quotidiana le abilità acquisite con il training riabilitativo.

L'organizzazione degli ambulatori prevede una fase di valutazione diagnostica accurata, finalizzata non solo ad acquisire dati sui deficit cognitivi, ma soprattutto a contestualizzare tali deficit dell'organizzazione complessiva della persona, delle strategie di coping abituali, di una valutazione più ampia dei punti di forza e di debolezza.

Ci si propone, pertanto, di implementare l'attuale offerta diagnostica e terapeutica presente sul territorio a livello ambulatoriale attraverso l'attivazione di progetti individualizzati di riabilitazione cognitiva che il paziente possa effettuare ambulatorialmente, con il costante monitoraggio degli operatori, nel rispetto della normativa vigente sulla tutela della privacy, permetterebbe il monitoraggio costante delle attività del paziente. La criticità del progetto è sostanzialmente costituita dall'analfabetizzazione informatica dell'utenza, facilmente superata dall'evidenza di un buon approccio alle nuove tecnologie per gli utenti con età compresa tra i 18 ed i 40 anni e dall'assistenza offerta dal personale incaricato, debitamente formato all'uopo, per tutti coloro che ne avessero l'esigenza.

OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

OBIETTIVO GENERALE:

Miglioramento dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali mediante la utilizzazione di un Training NeuroCognitivo computerizzato

Obiettivo specifico 1

Acquisizione e dotazione della strumentazione necessaria al progetto, formazione degli operatori; arruolamento di almeno 10 pazienti con grave patologia psichiatrica per UOSM. Interazione ottimale terapeuta-paziente-computer e adattamento della difficoltà del training alle possibilità prestazionali del paziente

Obiettivo specifico 2

Utilizzo dei vari moduli del programma di training, a partire da esercizi di base sino ad arrivare al training di funzioni complesse con feedback per massimizzare la motivazione del paziente

PIANO DI VALUTAZIONE

<i>Obiettivo Generale</i>	Reclutamento di almeno 100 pazienti affetti da gravi patologie psichiatriche con effettuazione di specifici Training Cognitivi sulla base dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali
<i>Indicatore di risultato</i>	somministrazione di scale cliniche (BPRS) e di quelle di esito del VADO (Manuale di <u>Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi</u>) a cadenza trimestrale
<i>Standard di risultato</i>	miglioramento delle funzioni cognitive e del funzionamento sociale per almeno il 50% dei pazienti ammessi al programma

CRONOPROGRAMMA

Considerando un periodo di 12 mesi per l'attuazione del progetto in questione, si prevede che si impiegheranno:

circa 3 mesi per l'acquisizione, la distribuzione delle strumentazioni e dei programmi, la formazione degli operatori interessati e l'individuazione dei pazienti da inserire nel progetto;

dal quarto mese inizierà l'attività dei Training Cognitivi, per gruppi di max 5 pazienti alla volta per UOSM per un periodo di 6 mesi, prorogabile, secondo le esigenze, a 9 mesi, per un totale di 12 mesi complessivi

ogni tre mesi ci sarà la raccolta dei dati del progetto (pazienti arruolati, caratteristiche demografiche, diagnosi secondo DSM IV, BPRS e scale della VADO quali indicatori di esito).

PIANO FINANZIARIO

Per l'attuazione di questo progetto è prevista una spesa totale di euro: 230.000

Risorse

Personale	141.000,00
Medici Psichiatri	
Sociologi	
Psicologi	
Assistenti sociali	
Amministrativi	
infermieri prof.	
Esperto in training cognitivi	6.000,00
Beni e Servizi	70.500,00
Corsi formazione	10.000,00
Spese Generali	2.500,00
TOTALE	230.000,00

lu

**PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'
PER L'IMPLEMENTAZIONE DI ALGORITMI TERAPEUTICI
PERSONALIZZATI NELL'OTTICA DELL'APPROPRIATEZZA DEL
TRATTAMENTO ANTIPSICOTICO**



STRUTTURE COINVOLTE

- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
- UU.OO.CC.SM
- SPDC

COSTO

€ 150.000

COORDINAMENTO SCIENTIFICO DEL PROGETTO

Dott. Luigi Acanfora

Dott. Silvestro La Pia

INTRODUZIONE

A. Background scientifico e premesse operative del programma

Negli ultimi anni si è assistito ad una sostanziale espansione delle opzioni terapeutiche per i disturbi psichiatrici maggiori, sia sul versante psicosociale che psicofarmacologico. In quest'ultimo settore, la innovazione più rilevanti ha riguardato gli antipsicotici di seconda generazione, contrapposti ai neurolettici "classici". L'introduzione di queste molecole innovative ha determinato un significativo miglioramento delle prospettive di cura dei pazienti psichiatrici. Tuttavia, permangono ancor oggi numerosi bisogni insoddisfatti e questioni cliniche irrisolte¹⁻². Studi di revisione sistematica e metaanalisi dei trials clinici controllati hanno riguardato l'efficacia differenziale tra i vecchi e nuovi antipsicotici e, per quanto riguarda questi ultimi, anche la valutazione comparativa tra i singoli



¹ Tandon R. et al. World Psychiatric Association Pharmacotherapy Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Schizophrenia Res. 2008; 100: 20-38

² Weiden P et al. Translating the psychopharmacology of antipsychotics to individualized treatment for severe mental illness: a roadmap. J Clin Psychiatry. 2007; 68 (suppl 7): 3-46

componenti delle varie classi, senza peraltro fornire indicazioni univoche³⁻⁴. E' possibile che, laddove esistenti, queste differenze siano relativamente modeste. Tuttavia, è stato efficacemente sostenuto che una efficacia globale sostanzialmente equivalente nei confronti tra gruppi di pazienti non si traduce automaticamente in una pari attività terapeutica nel singolo paziente⁵. Non esiste, infatti, l'antipsicotico "migliore" o la dose migliore per tutti i casi ("one-size fits all")⁶. Esistono, infatti, numerose fonti di variabilità individuale che condizionano la risposta clinica. Quest'ultima, infatti, rappresenta la risultante dell'interazione tra le caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche dello specifico farmaco ed il sottostante assetto biologico del singolo paziente, frutto quest'ultimo di variabili genetiche, di genere, di età ed ambientali. Inoltre, vi è da considerare l'intrinseca variabilità della patologia psichiatrica, dove gli obiettivi del trattamento farmacologico rappresentano specifiche dimensioni psicopatologiche, ciascuna sottesa da "endofenotipi complessi" che rimandano, a loro volta, a peculiari meccanismi molecolari e neurotrasmettitoriali. Ciò spiega perché pazienti classificati nella stessa categoria diagnostica, ma con diversa espressione sintomatologica dimensionale, possano giovare di farmaci con diverso profilo farmacodinamico. Questo fenomeno è particolarmente evidente quando si considerino alcuni di questi endofenotipi, come i sintomi positivi, negativi o cognitivi della schizofrenia. Per converso, dimensioni o tratti psicopatologici possono essere comuni a diverse categorie diagnostiche, tanto da giustificare l'ormai prevalente impiego "trans-nosografico" degli antipsicotici, come esemplificato dalla tabella 1. Alcuni pazienti possono caratterizzarsi per elevati livelli di ostilità/aggressività ed altri per un rischio particolarmente elevato di suicidio, dimensioni che sembrano rispondere in maniera preferenziale ad alcuni antipsicotici. E' anche possibile che lo stesso paziente, in fasi diverse del suo disturbo, possa richiedere trattamenti diversi: è questo il caso del paziente bipolare in fase di eccitamento maniaco o di deflessione melanconica. Più in generale, i farmaci antipsicotici, in una prospettiva di trattamento di lungo termine, vanno valutati per l'efficacia differenziale su alcuni importanti outcomes clinici, come il mantenimento della risposta e la prevenzione delle recidive, l'efficacia nell'area della

3 Leucht S. et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet. 2009; 373: 31-41

4 Leucht S. et al. A Meta-Analysis of Head-to-Head Comparisons of Second-Generation Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia. Am J Psychiatry. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08030368

5 Tandon R, Fleischhacker WW. Comparative efficacy of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a critical assessment. Schizophr Res. 2005;79:145-155.

6 Davis JM, Chen N. Old versus new: weighing the evidence between the first- and second-generation antipsychotics. European Psychiatry 2004; 20: 7-14.

resistenza/refrattarietà, il miglioramento della qualità di vita ed il reinserimento socio-riabilitativo⁷.

Anche la disposizione del paziente nell'aderire alle prescrizioni può influenzare la scelta del farmaco. Se è vero che i pazienti psichiatrici tendono ad esibire bassi livelli di compliance al trattamento farmacologico, è anche vero che gli antipsicotici differiscono nettamente tra loro in rapporto a caratteristiche (formulazioni, dosi, semplicità di somministrazione, profilo di tollerabilità, rapidità d'azione ecc.) che possono favorire l'adeguamento del paziente alla terapia².

Sostanziali differenze tra le principali classi di psicofarmaci esistono sul piano della tollerabilità e degli effetti collaterali. Dati recenti dimostrano che l'essere affetti da un disturbo psichiatrico maggiore, come la schizofrenia o il disturbo bipolare, riduca l'aspettativa di vita di 25-30 anni, soprattutto a causa dell'aumentato rischio cardiovascolare⁸. Ne consegue la scelta del trattamento debba tener conto dell'ampia variabilità nella propensione ad indurre specifici eventi avversi tra i vari componenti delle classi.

Un problema di comune riscontro nella pratica clinica è costituito dalla necessità di operare una sostituzione tra farmaci in corso di trattamento antipsicotico, dove possono insorgere problemi legati alle possibili interazioni, all'insorgenza di eventi avversi ed agli effetti dello switch sul piano dell'efficacia. Queste situazioni possono essere meglio affrontate conoscendo le differenti proprietà farmacologiche degli agenti coinvolti.

Dati recenti evidenziano come i disturbi psichiatrici maggiori rappresentino tra le malattie a più alto impatto economico e sociale su scala mondiale. Considerando i soli costi diretti, ciascuna delle principali malattie psichiatriche, quali la schizofrenia ed il disturbo bipolare, giustifica fino al 3% delle spese sanitarie totali nazionali su base annua. Ben più elevati, e spesso incalcolabili, risultano i costi indiretti e intangibili che queste malattie impongono alla collettività, in termini di alti tassi di mortalità e morbilità, perdita di produttività lavorativa, carico familiare, richieste di sostegni sociali, problemi di criminalità e contatti con il sistema giudiziario⁹. In questo scenario, i costi di acquisizione dei farmaci rappresentano una parte minima ma non trascurabile dei costi totali, soprattutto in considerazione della costante espansione della spesa farmaceutica. Negli USA, dove gli ASG sono largamente prevalenti nelle prescrizioni, si è assistito all'incremento dei costi diretti della terapia

⁷ Lublin H, Eberhard J, Levander S. Current therapy issues and unmet clinical needs in the treatment of schizophrenia: a review of the new generation antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005;20(4):183-98.

⁸ Colton CW et al. Congruencies in increase mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public health clients in eight states. *Prev Chron Dis.* 2006; 3:A42.

⁹ Hu TW. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ.* 2006; 9(1):3-13.

antipsicotica, passati da meno di cinquecento milioni di dollari/anno ad oltre 13 miliardi/anno⁵. Il contenimento della spesa farmaceutica, realizzato soltanto attraverso misure di limitazione della prescrizione, condizionando le scelte dei clinici, può suscitare delicati problemi etici, medico-legali e di politica sanitaria. Più ragionevole appare il ricorso alla verifica costante dell'**appropriatezza** delle scelte terapeutiche. Per appropriatezza si intende la qualità di un intervento curativo in termini di corretta indicazione ed efficacia nei confronti di una specifica patologia¹⁰. Tradotto in altri termini, ciò significa offrire "il farmaco giusto al paziente giusto nel tempo giusto, *senza condizionamenti di spesa* pur tenendo conto del contesto economico"¹¹. Nell'ambito dei processi decisionali, l'appropriatezza si fonda su due aspetti in continua evoluzione: le prove di efficacia, nel contesto della Medicina (Psichiatria) Basata sull'Evidenza [EBM(P) e l'evoluzione degli outcomes del trattamento. La EBM si può infatti definire come "l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle attuali migliori evidenze nel prendere decisioni sulla cura dei **singoli pazienti**"¹².

Nella pratica clinica, quindi, superata l'illusione del "farmaco ideale", si è viceversa andato affermando il concetto della **personalizzazione della cura**, che mira ad individuare il trattamento più idoneo alle caratteristiche del singolo paziente, partendo dalle evidenze che sostengono le differenze, in termini di efficacia e tollerabilità, tra i vari antipsicotici. In questo processo il riferimento alle Linee-guida esistenti, se da un lato supporta l'appropriatezza degli interventi, favorendo l'adeguamento degli interventi al contesto scientifico, organizzativo, normativo ed etico¹³ dall'altro possono apparire distanti dal "real word" per il mancato riferimento a situazioni concrete di comune riscontro nella pratica dei Servizi¹⁴. Una possibile alternativa è la costruzione di percorsi terapeutici che aiutino il terapeuta nella scelta del farmaco più appropriato nella specifica situazione clinica. Quando questi percorsi vengono strutturati come diagrammi di flusso, lungo una sequenza ragionata di opzioni successive, si parla di "algoritmi" decisionali. Nel processo di costruzione degli algoritmi un elemento essenziale è la raccolta sistematica della "opinione di esperti", secondo un approccio "bottom-up" che valorizza il consenso derivante da una mediazione tra le esperienze del "campo" e le raccomandazioni basate sull'evidenza scientifica. Impiegando una metodologia analoga un precedente

¹⁰ Bruscoli L. et al. Appropriatezza prescrittiva in farmacia: la ricetta bianca e le sue motivazioni. Pres PPT

¹¹ Sole 24 ore Sanità, 2009

¹² Maxwell SR. Evidence-based prescribing. British Med Journal. 2005; 331: 247-48

¹³ Taylor C.D. (1998) What is appropriate care? The New England Journal of Medicine 338,1918-1920.

Weinmann S., Hoerger S., Erath M., Kilian R., Gaebel W. & Becker T. Implementation of a schizophrenia practice guideline: clinical results. The Journal of Clinical Psychiatry. 2008.69: 1299-1306.

programma ha sviluppato le procedure condivise per il “*disease management*” della schizofrenia¹⁵.

OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

1. Sviluppare algoritmi di impiego degli antipsicotici di nuova generazione attraverso una procedura di consenso estesa a tutti i Dirigenti Psichiatri del DSM della ASL Napoli3sud;
2. Migliorare la capacità di implementare nella pratica clinica le evidenze di buona pratica clinic;
3. Valutare il grado d appropriatezza percepito delle indicazioni delle Linee-guida in tema di trattamento antipsicotico
4. Favorire l’adozione di uno stile di lavoro condiviso tra le UOSM del DSM;
5. Potenziare il grado di appropriatezza prescrittiva quale strumento di razionalizzazione della prescrizione e di contenimento dei costi;
6. Avviare l’acquisizione di un background operativo utile all’implementazione in futuro di programmi di farmaco-utilizzazione

PIANO DI LAVORO

A. Metodologia generale

Il programma si svilupperà come una Expert Consensus Method (ECM), metodologia che permette di raccogliere il parere degli Operatori in modo quantitativo e riproducibile¹⁶

FASE 1

1.A. Workshop di apertura del programma

Prima dell’avvio del programma, è previsto un workshop preliminare, con la partecipazione di tutti gli Operatori coinvolti. Esso avrà la durata di otto ore e sarà dedicato alla presentazione del programma e dei suoi obiettivi, all’analisi della metodologia ed alla discussi alla risoluzione di eventuali difficoltà operative. Verrà,

¹⁵ La Pia S. et al. Indagine di Consenso tra Esperti in un Dipartimento di Salute Mentale per l’appropriatezza degli interventi nel trattamento della schizofrenia. Parte 1: procedure condivise e piano generale di trattamento. Psichiatria di Comunità. 2010:

¹⁶ Love R.C., Mackowick M., Carpenter D.& Burks E.J.(2003). Expert consensus-based medication-use evaluation criteria for atypical antipsychotic drugs. American Journal of Health-System Pharmacy 60, 2455-2470.

inoltre, definita la tempistica e stabilito un calendario di massima delle fasi successive (v. oltre). Nel corso del workshop si potrà dare luogo ad eventuali simulazioni relative alle fasi progettuali. Verranno inoltre individuati i Conduttori dei Focus Groups, che affiancheranno i Coordinatori del programma nelle fasi successive (v. oltre). Essi saranno istruiti specificamente alla tecnica del *metaplan*, la cui struttura sarà definita in questa sede (v. oltre).

1.B. I “Focus Groups”

Allo scopo di favorire l'emersione delle prassi operative e di problemi non adeguatamente affrontati dalla ricerca, in ciascuna delle UOSM del DSM saranno organizzati tre *Focus Groups (FG)*, ciascuno della durata di 1-2 incontri di 6 ore ciascuno, con la partecipazione di tutti i Dirigenti Medici. Il FG, la cui tecnica, estesamente descritta altrove¹⁷, favorisce il processo esperienziale delle difficoltà e stimola proposte di cambiamento all'interno di gruppi di operatori, in rapporto alla specifica competenza nella cura e nell'assistenza (Semisa et al., 2008a). Ciascun FG verterà sulle problematiche connesse al trattamento con i vari antipsicotici in ciascuna delle tre condizioni cliniche (*aree tematiche*) seguenti: a) Schizofrenia e Psicosi correlate; b) Disturbo Bipolare; c) Disturbi Psicotici dell'Anziano e dell'Adolescente ed altre indicazioni non approvate (“off-label”) degli antipsicotici. La discussione sulle questioni di interesse sarà guidata da un Conduttore (v. sopra) con la tecnica del metaplan (Schnelle, 1979).

Ad ogni partecipante al FG sono stati richiesti commenti/opinioni in rapporto a problematiche di comune riscontro nella terapia antipsicotica. In particolare le indicazioni saranno raccolte sulla griglia del metaplan con l'ausilio di materiale adesivo.

1.C. Report dei FG

Al termine del FG, il Conduttore, eventualmente cooperato da altri Sanitari, redigerà un breve report conclusivo che verrà riportato alla fase successiva.

1.D. Tempistica della fase 1

Per questa fase sono previsti tre mesi.

1.E. Impegno orario

In ogni UOSM, sono previsti da un minimo di tre ad un massimo di sei FG, per un complessivo ore/uomo di 18-36 ore, cui vanno aggiunte otto ore/uomo per il

¹⁷ Parsons M. & Greenwood J. (2000). A guide to the use of focus groups in health care research: Part 1. Contemporary Nurse 9, 169-180.

workshop iniziale. I coordinatori ed i loro collaboratori possono impiegare altre sei ore/uomo per la definizione dei report conclusivi dei FG.

1.F. Materiali, beni e servizi

Deve prevedersi: l'impegno di idonea Sala Congressi per il workshop iniziale; i costi di materiale di cancelleria; la stampa dei metaplan; logistica e supporto ai FG

FASE 2

2.A. Definizione dei tavoli di lavoro per l'analisi del metaplan e della Letteratura di riferimento

Al termine dei FG, verrà costituito un Gruppo di Coordinamento (GC), costituito dai Conduttori dei FG, che affiancheranno i Coordinatori del programma nelle successive fasi dello stesso. Il GC provvederà a costituire tre tavoli di lavoro, uno per ciascuna delle aree tematiche di cui al punto 1.B, costituiti da rappresentanti di ogni UOSM, in numero tale da consentire l'impegno di tutti gli Operatori ed una presenza bilanciata ed omogenea all'interno di ciascun tavolo. I tavoli di lavoro si riuniranno, da un minimo di due ad un massimo di tre volte ciascuno, per la durata di sei ore ad incontro, per l'analisi del metaplan e della letteratura di riferimento, onde definire gli argomenti per la sezione di propria competenza del questionario di appropriatezza. (v.oltre)

2.B. Struttura del questionario di appropriatezza

Il questionario sarà costituito da domande con opzioni multiple di risposta. Esso sarà costituito da due sezioni. Nella *sezione generale*, comune a tutte le aree tematiche, verrà richiesto il giudizio di appropriatezza di strategie di impiego degli antipsicotici di seconda generazione in rapporto: a) alle caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche; b) alle dosi e alla durata del trattamento; c) alle modalità di titolazione e/o di sospensione; d) allo switch; e) al potenziamento della compliance; f) alle modalità di impiego delle forme long-acting e/o a rilascio prolungato; e) alla gestione e monitoraggio degli effetti collaterali (con particolare riguardo ai più comuni effetti indesiderati: EPS,DT, iperprolattinemia, sedazione/sonnolenza,

alterazioni del ritmo cardaco (QtC) ed ipotensione ortostatica, effetti sul peso e sui parametri metabolici.

Nella *sezione speciale*, specifica per ciascuna area tematica, verrà richiesto il giudizio di appropriatezza attribuito a ciascun antipsicotico in rapporto a peculiari situazioni e/o dimensioni cliniche. Con riferimento alla schizofrenia, ad esempio, verranno indagate le seguenti dimensioni cliniche: psicopatologia globale; sintomi positivi; sintomi negativi; sintomi depressivi; suicidalità e ostilità/eccitamento; sintomi cognitivi (efficacia globale e in rapporto a specifici domini); per il disturbo bipolare I e II saranno considerati: la fase acuta (ipo)maniacale (sintomatologia globale, fattore irritabilità, fattore elazione); la fase acuta depressiva (sintomi nucleari); lo stato misto; la ciclicità rapida; le forme psicotiche; le strategie di associazione con stabilizzatori dell'umore e con il litio. Nella terza area tematica verranno richiesti i giudizi di appropriatezza sull'impiego degli antipsicotici atipici con riferimento all'area psicogeriatrica (psicosi senili, mania senile, delirium, BPSD, psicosi dopaminergica in corso di PKecc.), pediatrica ed adolescenziale (schizofrenia e disturbo bipolare ad esordio precoce; disturbi della condotta ed altri disturbi del comportamento con aggressività ecc.) Inoltre, in aderenza alle condizioni della comune pratica clinica, saranno considerati gli effetti degli antipsicotici di seconda generazione su specifici obiettivi terapeutici (prevenzione delle recidive, attività sui casi con risposta parziale o resistenti/refrattari ai trattamenti convenzionali) e funzionali (miglioramento della qualità di vita e del funzionamento sociale, implicazione in programmi riabilitativi, disposizione verso il trattamento). Con riferimento alla praticità nell'uso di routine, saranno valutate per ciascun antipsicotico atipico l'appropriatezza di formulazioni diverse e la facilità di somministrazione.

2.C. Invio del questionario e raccolta dei dati

Il questionario verrà inviato a ciascun sanitario del DSM in formato Excel. Le risposte, trasmesse al GC, saranno imputate su apposito data-base elettronico ed elaborate a mezzo di idoneo software statistico. E' prevista una forma di assistenza on-line ai rispondenti.

2.D. Valutazione del grado di appropriatezza ed analisi dei dati

Per il giudizio di appropriatezza verrà impiegata una versione modificata della RAND Corporation's Consensus Rating Scale, con punteggio variabile tra 1 e 9¹⁸. Per ogni intervento/opzione, verrà calcolata la media (M) e l' Intervallo di Confidenza al 95% (95% IC). Saranno definiti tre livelli di appropriatezza (prima, seconda e terza scelta) a seconda del posizionamento dell'estremo inferiore dell'IC lungo una scala con limiti arbitrariamente posti tra 1 e 3.4 (terza scelta, interventi/opzioni di solito inappropriati), 3.5 e 6.4 (seconda scelta, interventi/opzioni da considerare in situazioni particolari in alternativa alla prima scelta), ≥ 6.5 (prima scelta, interventi/opzioni usualmente da applicare in prima istanza). Un Intervento/opzione "è di scelta" se realizza un punteggio = 9 in almeno il 50% dei rispondenti. La presenza del consenso è rappresentata da una distribuzione non casuale dei punteggi attribuiti ad ogni singola opzione, sulla scorta del test di Kolmogorov-Smirnov (KS).

2.E. Analisi dei costi del trattamento

il costo mensile del trattamento per ciascuna area tematica sarà valutata con riferimento al prezzo medio di acquisizione della DDD (defined daily dose) di ciascun antipsicotico.

2.F. Tempistica della fase 2

Per questa fase sono previsti sei mesi.

2.G. Impegno orario

Per ciascun tavolo di lavoro, sono previsti da un minimo di 12 ad un massimo di 18 ore/uomo di riunione, per un totale corrispondente di 36 -54 ore/uomo; L'elaborazione definitiva del questionario richiederà un minimo di 20 ore/uomo; i rispondenti mediamente impiegheranno da un minimo di 20 ad un massimo di 30/ore/uomo per elaborare il questionario. L'analisi dei dati richiederà da un minimo di 30 ad un massimo di 60 ore/uomo. Ai componenti del GC va riconosciuta una quota di almeno 12 ore/uomo per il supporto alla compilazione del questionario.

¹⁸ Brook R.H., Chassin M.R., Fink A., Solomon D.H., Kosecoff J. & Park R.E.. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 1986 2,53-63.

2.H. Materiali, beni e servizi

Devono prevedersi: l'acquisto di almeno una postazione PC per il data-base e l'elaborazione statistica; l'acquisto di un software statistico idoneo; la logistica e supporto ai gruppi di lavoro e al GC.



3.A. Implementazione degli algoritmi

Sulla scorta dei livelli di appropriatezza attribuiti a ciascun antipsicotico nelle varie situazioni proposte, sarà costruito il corrispondente algoritmo, sotto-forma di diagramma di flusso. Allo scopo provvederà il GC.

3.B Discussione plenaria degli algoritmi

Gli algoritmi verranno presentati nel corso di una riunione plenaria per essere sottoposti ad una revisione definitiva. Oltre ai rispondenti e al GC, è prevista la partecipazione di uno o due Esperti esterni al DSM (criterio di validazione esterna). La riunione durerà sei/otto ore e potrà assumere la veste di un Corso ECM.

3.C. Avvio di una fase sperimentale di impiego clinico degli algoritmi

E' prevista una fase sperimentale di impiego in condizioni cliniche routinarie degli algoritmi. Verranno, allo scopo, individuate una o più "*prevalence periods*", in cui saranno incoraggiate prescrizioni di antipsicotici, in ciascuna UOSM, sulla scorta delle indicazioni fornite dagli algoritmi.

4.C. Analisi campionaria dell'appropriatezza prescrittiva

Sono previsti, dopo un congruo periodo di implementazione degli algoritmi, studi con disegno caso-controllo di tipo "*mirror-image*", per valutare il grado di concordanza prescrittiva con le indicazioni diagnostiche, prima e dopo l'introduzione degli algoritmi.

4.E Costituzione di un osservatorio permanente per l'appropriatezza

Il GC, esauritosi l'arco temporale del progetto, si riunirà periodicamente, con cadenza mensile, per la verifica continua dei livelli di appropriatezza nell'uso degli antipsicotici. Il rinnovo dei componenti avverrà allo scadere di ogni anno solare, con eccezione dei Coordinatori, che resteranno in carica per tre anni.

4.D. Tempistica della fase 3

Per questa fase sono previsti quattro mesi.

4.E. Impegno orario

L'elaborazione definitiva degli algoritmi richiederà un minimo di 10 ore/uomo per ciascun componente del GC;. Vanno aggiunte le sei/otto ore/uomo della riunione plenaria. Logistica e supporto alla riunione di gruppo.

4.F. Materiali, beni e servizi

Deve prevedersi: almeno la dotazione di una postazione PC per l'analisi campionaria dell'appropriatezza prescrittiva.

Tabella 1

Impieghi clinici "off label" degli antipsicotici di nuova generazione

Approccio categoriale

- * Disturbi d'ansia
- * OCD
- * PTSD
- * Disturbi di personalità
- * Doppia diagnosi
- * Disturbi condotta alimentare
- * Disturbi somatoformi e dissociativi
- * **Demenza/delirium**
- * Traumi cranici
- * Tics e Gilles de la Tourette
- * **Disturbi motori farmaco-indotti**

Approccio dimensionale

- * Insonnia marcata
- * Aggressività/ostilità
- * Suicidio
- * Labilità dell'umore
- * Compulsività/Impulsività
- * Sensitività interpersonale
- * Neuroticismo
- * Umore depresso

64

PIANO FINANZIARIO

Risorse

Personale	80.000,00
Medici Psichiatri	
Sociologi	
Amministrativi	
Esperto Informatico	
Beni e Servizi	50.000,00
Missioni	10.000,00
Spese Generali	10.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse

Personale	80.000,00
Beni e servizi	50.000,00
Missioni	10.000,00
Spese Generali	10.000,00
TOTALE	150.000,00

REGISTRO
C.M.

21.

**PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ
INTERVENTI SPERIMENTALI DI RIABILITAZIONE
PER PAZIENTI PSICHIATRICI IN FASE POST ACUTA**



Strutture coinvolte:

Direzione DSM

UU.OO.CC.S.M.

Cooperative Sociali tipo B

Costo: € 450.000,00

Coordinamento:

dott.ssa Lucia Di Vicino

dott. Gaetano Sannino

Problema

I centri di salute mentale (CSM) che operano sul territorio dell' ASL Napoli 3 sud si fanno carico della "cura", attraverso l'assistenza psicologica e sanitaria, ambulatoriale e domiciliare, nella maggior parte dei casi i CCSM hanno al loro interno i Centri Diurni che hanno come funzione prevalente quella di supportare il paziente nella fase post acuta attraverso percorsi riabilitativi finalizzati all'attivazione delle risorse e alla socializzazione. La presenza dei Centri Diurni sul territorio risponde al bisogno del paziente psichiatrico di riprendere il contatto con la realtà che la fase acuta psicotica ha interrotto.

Dopo la fase riabilitativa "simbolica" l'utente ha la necessità di sperimentare concretamente nel quotidiano le proprie risorse attraverso i percorsi di normalizzazione; tali percorsi si svolgono nel contesto di appartenenza con la messa in campo delle risorse disattivate dalla patologia. In questa fase emerge la problematica in tutta la sua complessità in quanto la persona continua ad essere

portatore di un disagio e non ha adeguati strumenti per affrontare una realtà che spesso viaggia a velocità e con modalità diverse rispetto alle sue.

Il rischio, spesso la consuetudine, è che dopo la prima fase riabilitativa vengano esauriti i presupposti della riabilitazione post acuta e proprio per l' assenza di strumenti alternativi e di supporto a questo pezzo di riabilitazione, che i pazienti stazionano per mesi e a volte per anni nei centri di salute mentale correndo il rischio di un istituzionalizzazione territoriale con percorsi, rituali e strutturazione del tempo e delle relazioni che acquisiscono il senso di separazione e di marginalità riproponendo i percorsi manicomiali. Questo accade perché i centri diurni non hanno risorse e strumenti adeguati per completare il percorso riabilitativo con la sperimentazione delle attitudini e delle risorse nei percorsi di normalizzazione.

I costi del processo riabilitativo, a causa dell'assenza di questo pezzo post riabilitazione, sono molto alti sia da un punto di vista umano che di risorse, in quanto i centri di salute mentale finiscono con il diventare dei contenitori alternativi e non luogo di passaggio e di promozione di integrazione e normalità. La criticità di questi processi è che le persone nella fase post riabilitazione del centro diurno ha ancora dei bisogni con prevalenza sanitaria che si esprimono con la difficoltà a riappropriarsi di una dimensione sociale dalla quale era fuggito in quanto vissuta come insostenibile. La sperimentazione del proprio ruolo sociale e della possibilità di poterlo sostenere e mantenere al di là di eventuali limiti è una delle prerogative fondamentali perché la persona non viva più la patologia come rifugio possibile ad una realtà troppo incombente e incomprensibile.

L'organizzazione Mondiale della Sanità già da tempo ha espresso il proprio parere sull'influenza negativa che ha l'esclusione e ineguaglianza sociale sulla salute delle persone (n. WHA62.14 del 22 maggio 2009), individuando come fondamentale presupposto la possibilità-capacità di fruire del pieno dei diritti di cittadinanza, la tutela e promozione della salute, l'abitare, l'istruzione, la formazione, le relazioni sociali, il lavoro.

OBBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO:

Sperimentare forme alternative di recupero e normalizzazione del paziente psichiatrico attraverso processi di riabilitazione individuali e contestualizzati nei vari ambiti della vita della persona: gruppo di riferimento, famiglia, formazione, lavoro. Le strategie utilizzate saranno: attivazione delle risorse della persona all'interno del contesto e del gruppo famiglia, holding cognitivo comportamentale nei percorsi formativi e nei processi ergo terapeutici. Il n. di pazienti impegnati è quello Grave 10, 20 medio gravi e 10 in fase inserita attraverso percorsi di normalizzazione e in fase di inserimento in cooperative promosse dal DSM.

Obiettivi specifici:

- Pianificazione di un progetto riabilitativo individualizzato del paziente "complesso" all'interno del proprio contesto di vita e della scelta della sperimentazione lavorativa;
- Attivazione di una équipe multidisciplinare integrata ;
- Coinvolgimento operativo delle cooperative di tipo B già in rete con il DSM;
- Analisi delle risorse e delle potenzialità dei pazienti in fase post acuta;
- Attivazione di laboratori semiprotetti in contesti lavorativi;
- Tutoraggio e azioni di accompagnamento nella scelta del paziente nel settore adeguato alle sue risorse;
- Percorso sperimentale di riabilitazione in setting ergo terapeutici e contesti di vita.
- Sostenere i pazienti psichiatrici del nostro territorio inseriti in cooperative di tipo b proponendo loro il ruolo di tutor o accompagnatori per pazienti in fase di riabilitazione (processi peer to peer).

RICADUTA DEL PROGETTO (Risultati attesi)

Il processo messo in campo utilizza una metodologia di gestione delle risorse pubbliche finalizzata a non riprodurre forme di istituzionalizzazione e meccanismi assistenziali e dare flessibilità ai processi.

L'utilizzo delle risorse economiche del progetto è finalizzato all'abbattimento della spesa dei ricoveri conseguente alle ricadute psichiatriche o, un'alternativa ai ricoveri in comunità attraverso un uso delle risorse economiche finalizzato alla contestualizzazione di progetti individuali non più ancorati a rigide precodificazioni standard degli interventi tipiche di molti sistemi di accreditamento dei servizi .

Il numero di persone di pazienti presi in carico è di 40 di cui dieci pazienti tutor appartenenti alle cooperative di tipo b che hanno terminato un percorso riabilitativo di almeno un anno nei settori previsti dal progetto.

DURATA DEL PROGETTO
CRONOGRAMMA

ATTIVITÀ	.PERIODO											
	1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	8° mese	9° mese	10° mese	11° mese	12° mese
Governance e coordinamento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Attivazione di un equipe integrata e Predisposizione di strumenti de operativi riabilitativi.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Attività di elaborazione di progetti individualizzati	x											
Attività riabilitative post acuti in setting contestualizzati alla formazione alla famiglia, all'habitat sociale ,al lavoro			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coinvolgimento operativo di tutor psichiatrici (sostegno peer to peer)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Somministrazione di test di personalità e di livello delle risorse	x											x
Gruppi di auto aiuto		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Moduli formativi		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Moduli ergoterapici		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Analisi e pubblicazione dei risultati												x

WORK PLAN

Il piano di lavoro del progetto è organizzato sostanzialmente in tre pacchetti di lavoro di cui uno trasversale e due fasi

Pacchetto trasversale : Governance e coordinamento clinico - amministrativo, attività di equipe integrata, monitoraggio clinico e valutazione del progetto. tale attività sarà svolta da personale ASL con almeno tre anni di esperienza clinica di percorsi di riabilitazione.

Primo pacchetto di lavoro : costituzione di un equipe integrata tra personale ASL e con le cooperative attive all'interno del DSM

Individuazione e inserimento in percorsi individualizzati di riabilitazione di cui 20 medio gravi e 10 con problematiche di problematiche complesse (ritardo cognitivo o disordini comportamentali (doppie diagnosi) associati a problematiche psichiatriche) pazienti di cui almeno 10 con funzioni di tutor peer to peer

Secondo pacchetto di lavoro:

analisi e report finale.

SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Il sistema di monitoraggio come da procedura sarà finalizzato alla rilevazione dei dati che saranno sia di tipo numerico che di processo .

Il monitoraggio sarà finalizzato ad osservare, misurare l'esecuzione del progetto, in modo da identificarne per tempo i rischi e i potenziali problemi, e intraprendere, quando necessarie, le azioni correttive volte a rimettere il progetto in linea con gli obiettivi.

La valutazione numerica sarà fatta in base:

- numero dei giorni di permanenza all'interno del percorso riabilitativo;

- numero di incontri con la famiglia;
- numero di persone che alla fine del percorso saranno inseriti nei percorsi di normalizzazione sociale;
- diminuzione dei ricoveri;
- diminuzione degli interventi ambulatoriali;
- analisi dei costi e abbattimento della spesa reale globale nella gestione del paziente.

La valutazione di processo sarà fatta in base :

- somministrazione delle VADO ex ante in itinere e post (rilevazione delle risorse e dei livelli di abilità e di autonomia);
- strumenti di misurazione della coesione di gruppo;
- strumenti di rilevazione della coesione e partecipazione familiare;

INDICATORI E PRODOTTI DI FASE:

Prima fase (tempi previsti un mese):

- Costituzione e organizzazione di un'equipe integrata (Cooperative –DSM);
- Numero di persone e organizzazioni coinvolte della rete socio sanitaria;

Prodotti della fase :

- individuazione delle persone da inserire nel progetto (la previsione è di 40 persone);
- elaborazione di n. 40 progetti individualizzati

Seconda fase (tempi previsti 11 mesi):

- n. di gruppi di auto aiuto (la previsione è di almeno uno mensile con 20 persone a gruppo);
- n. gruppi di formazione alla pari (sono previsti almeno tre gruppi di peer educator).

Prodotti della fase :

funzionamento sito internet a gestione dei pazienti.



Terza fase:

- Attivazione di un gruppo stabile di peer educator;
- Compilazione del report finale;
- Pubblicizzazione dell'intervento;

Prodotti della fase

Report con analisi e pubblicizzazione dei risultati

Il coordinatori del progetto sono anche responsabili amministrativi e sono stati individuati all'interno del DSM in base all'esperienza pregressa nel settore della progettazione di piani di trattamento individualizzati nel campo della gestione del paziente psichiatrico. I coordinatori ad ogni fase sono tenuti a redigere il "Project Status Report" e sono responsabili del sistema di valutazione del progetto sia sanitario che tecnico amministrativo.

L'identificazione dei problemi e dei rischi richiede il continuo supporto degli utenti chiave; dal punto di vista di un auditor svolto dai coordinatori, la velocità di identificazione e gestione dei problemi costituisce un indicatore importante per determinare lo "stato di salute" del progetto.

Il sistema di valutazione sarà ex ante, in itinere ed ex post.

La valutazione ex ante sarà principalmente la valutazione delle risorse del progetto anche in relazione alle risorse del contesto di riferimento.

La valutazione in itinere, prevede un primo step alla fine della prima fase, un secondo step, verso la fine della seconda fase e infine la valutazione finale con la redazione di un report da parte dei coordinatori di progetto.

Scheda economica e analisi dei costi

La scheda economica è stata costruita avendo come riferimento medio i costi dei PRI definiti all'interno di esperienze simili in regione Campania

Pazienti medio gravi

Costo unitario a paziente 40 euro

$300 \times 20 \times 40 = 240000,00$

Pazienti gravi

Costo unitario a paziente 70 euro

$300 \times 10 \times 70 = 210.000$

I 10 pazienti previsti con problematiche di lieve entità, saranno a carico del budget affidato alle cooperative e pertanto risultano a costo zero.

Dall'analisi dei costi si evidenzia che vi è un risparmio anche rispetto ai PRI deliberati dalla regione Campania per L'ASL di Caserta di circa il 20%

PIANO FINANZIARIO

Risorse

Personale	152.000,00
Psicologo	
tutor ergo terapeutico	
formatori	
Laboratori ergoterapici	165000,00
Tutor - peer educator)	55.000,00
Beni e servizi	48.000,00
Spese generali	30.000,00
TOTALE	450.000,00



PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' PER L'ETÀ EVOLUTIVA ED ADOLESCENZIALE

Strutture coinvolte

Direzione DSM

UU.OO.CC.S.M.

UU.OO.M.I.

COSTO €. 300.000

COORDINAMENTO

Dott.ssa Carla Boccia

Dott.ssa Giovanna Ferraro

ANALISI DELLA SITUAZIONE

Area particolarmente problematica risulta quella della fascia dell'età giovanile, processo critico per la formazione della personalità che, più di ogni altra, risente della complessità socio-ambientale; uno dei processi più critici nell'arco del ciclo vitale è la formazione della personalità, che passa attraverso una fase di svincolo e di separazione-individuazione dalla famiglia, nel periodo adolescenziale e giovanile.

L'OMS riporta dati che indicano che su 100 minori 10 hanno una sofferenza psicofisica.

Le patologie ed i comportamenti a rischio più frequenti negli adolescenti sono

- tossicomanie
- morte «da divertimento»:stragi del sabato sera
- suicidio e tentativi di suicidio

Le ricerche scientifiche hanno dimostrato che gli eventi precoci effettuati in fase di esordio, riducono sensibilmente la processualità cronica delle gravi psicosi e dei disturbi di personalità, pertanto, realizzare un progetto sperimentale incentrato su un gruppo di utenti la cui fascia di età è compresa tra i 15-24 anni agisce su tale incidenza, riducendola.

Al di là delle patologie conclamate, inoltre un rischio importante e frequente per gli adolescenti, sono i comportamenti problematici o devianti, che attualmente rappresentano una crescente fonte di preoccupazione. Per tali motivi vi è la necessità di predisporre interventi tempestivi e coordinati con le agenzie del territorio e tra servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute mentale per l'età adulta, riguardo non solo agli esordi psicotici e ai disturbi d'ansia ed affettivi insorti nell'adolescenza, ma anche alle nuove patologie in costante aumento.

Al fine di una presa in carico complessiva e di percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici e riabilitativi integrati con progetti individualizzati, è necessario il potenziamento di una rete assistenziale di accoglienza tra Salute Mentale, Materno Infantile, Agenzie sociali ed istituzionali, quali i comuni, il tribunale minorile, il privato sociale, case famiglia, la rete di famiglie affidatarie, cooperative sociali e centri di riabilitazione accreditati, associazioni di volontariato laiche e religiose, Istituti scolastici.

Il DSM, nell'ambito delle proprie attività, effettua già interventi di accoglienza, presa in carico e riabilitazione di pazienti in fascia di età "di confine", con l'intento di attuare modalità di intervento quanto più precoci e preventive in questa fase della vita.

Parallelamente, nell'ambito della ASL NA 3 Sud sono diversi i servizi come il Materno Infantile ecc. che si occupano di tali problematiche, e solo in alcuni casi si è attuata una sinergia degli interventi.

Attualmente la rete interservizi è per lo più informale ed è sostenuta soprattutto dall'impegno dei singoli operatori, comportando un dispendio di energie e di tempo con risultati non sempre misurabili.

Inoltre, è da considerare che, nonostante approssimare e prendere in carico i giovani con problematiche specifiche e particolari richiede adeguate competenze e specifiche professionalità, non sempre ciò avviene attualmente all'interno dei Servizi, che non dispongono, neanche, di luoghi e spazi dedicati.

OBIETTIVI SPECIFICI E RISULTATI ATTESI

- Implementazione di una rete assistenziale integrata di accoglienza tra DSM, Materno Infantile ed altri servizi
- Definire protocolli operativi idonei alla cura e al processo di riabilitazione.
- Attuazione di percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici e riabilitativi integrati con progetti individualizzati per ogni adolescente preso in carico.

OBIETTIVI INTERMEDI E FINALI

- Sperimentare protocolli operativi
- Implementazione di 4 Poli specifici e spazi dedicati per gli adolescenti per una più adeguata e completa risposta ai bisogni di tale fascia di età, attraverso la prevenzione, la diagnostica ed il trattamento delle patologie adolescenziali
- Formazione e supervisione degli operatori dedicati
- Attuazione di tutoraggio nei contesti di appartenenza degli adolescenti: scuola, luoghi di vita e di lavoro.
- Realizzazione di progetti riabilitativi e di reinserimento sociale

DESTINATARI

Adolescenti con disturbi psichiatrici, relazionali e comportamentali in fascia di età “di confine”, afferenti ai diversi servizi coinvolti



METODOLOGIA

Le azioni progettuali saranno condotte dal Direttore del DSM, coadiuvato dai Coordinatori degli specifici progetti e dai Responsabili degli altri Servizi, coinvolti nella rete.

Ai Coordinatori del progetto sarà affidata la realizzazione delle azioni finalizzate al consolidamento della rete socio-sanitaria:


- stesura di protocolli d'intesa,
- accordi contrattuali con le agenzie suddette,
- costituzione dell'equipe multidisciplinare
- monitoraggio dei progetti individualizzati

I criteri per la selezione dei casi saranno determinati oltre che dalla appartenenza al target prestabilito (pazienti già in carico, nuova utenza dei vari servizi coinvolti), dalla valutazione dei bisogni assistenziali individuali e familiari, dando priorità ai casi a più alto peso socio-assistenziale.

L'equipe multidisciplinare e multiprofessionale deputata alla realizzazione dei percorsi assistenziali, sarà formata dalla seguenti figure specialistiche, selezionate fra il personale dipendente, dei servizi aziendali ed integrato da personale esterno con una formazione e competenza specifica per l'età evolutiva.

Le figure previste sono:

- ✓ Psichiatri-Psicoterapeuti

- 
- ✓ Neuropsichiatri infantili
 - ✓ Psicologi – psicoterapeuti
 - ✓ Terapisti della riabilitazione psichiatrica
 - ✓ Animatori di Comunità
 - ✓ Infermieri professionali

I percorsi terapeutici previsti sono:

- l'analisi della domanda
- la valutazione diagnostico-clinica, anche con la somministrazione di scale e questionari di valutazione
- la presa in carico
- la elaborazione del progetto terapeutico individualizzato per il paziente per la sua famiglia e per il contesto dei "pari".

Le tipologie di intervento del percorso assistenziale previsti sono:

- colloqui di valutazione diagnostico-clinici:
- counselling
- trattamenti psicofarmacologici ambulatoriali
- sostegno psicologico individuale e familiare
- psicoterapie individuali, di gruppo, familiari
- gruppi di auto-aiuto.

Si provvederà quindi all'individuazione di luoghi e spazi specifici all'interno dell'ASLNA3 Sud e, laddove possibile, si realizzeranno anche sul territorio presso Istituti Scolastici, Agenzie Istituzionali ecc. per avviare la costituzione di una rete integrata sul territorio.

INDICATORI

- Protocolli d'intesa con gli enti e le agenzie della rete
- Nuovi utenti presi in carico dalla rete assistenziale

- 14
- Pazienti già in carico ai servizi da inserire nei percorsi assistenziali integrati
 - Verifica dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati attraverso valutazioni cliniche, questionari e scale standardizzate.
 - Analisi della qualità dell'offerta assistenziale percepita dall'utente e dalla famiglia

CRONOGRAMMA

Nei primi tre mesi con il personale dipendente dell'equipe multidisciplinare si avvierà la costituzione della rete integrata interaziendale con agenda degli incontri programmati, quindi si procederà all'attuazione dei percorsi assistenziali prima per l'utenza già in carico, quindi, per la nuova utenza, dopo aver individuato le sedi più idonee all'interno del DSM e degli altri Servizi. Saranno, nel contempo, state avviate le procedure amministrative per la selezione del personale esterno.

- Dal secondo semestre si proseguiranno i percorsi assistenziali e i progetti

individualizzati periodicamente monitorati e supervisionati e si consoliderà l'integrazione tra gli attori della rete socio sanitaria.

FORMAZIONE TEORICO – PRATICA DEGLI OPERATORI DEDICATI

Il D.S.M. considera l'aggiornamento professionale degli operatori tra i suoi principali obiettivi e ritiene che le occasioni formative di confronto siano momento pregnante e significativo per chi opera all'interno di un dipartimento di salute

mentale, dove il contatto quotidiano con il disagio psichico è particolarmente doloroso.

Pertanto tenendo conto degli obiettivi Ministeriali, delle esigenze aziendali e dei bisogni formativi del dipartimento, si attueranno percorsi formativi diversificati, dedicati al personale del DSM e di altri Servizi affini, al fine di promuovere un miglioramento della qualità assistenziale, del clima lavorativo ed una più qualificata risposta ai bisogni dell'intera cittadinanza.

Approcciare e prendere in carico i giovani, portatori di disagio in un periodo come l'adolescenza, che presenta problematiche specifiche e particolari, richiede specifiche capacità emozionali e competenze tecnico-professionali.

Pertanto, appare fondamentale la formazione degli operatori per favorire una piena integrazione di pensiero-azione.

DESTINATARI

- Operatori dell'equipe multidisciplinare psichiatri, neuropsichiatri infantili psicologi, psicoterapeuti, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, animatori di comunità;
- Operatori di altri servizi aziendali ed Operatori del territorio coinvolti nel lavoro con gli adolescenti .

OBIETTIVI

- Affinamento e sviluppo di competenze specifiche degli operatori coinvolti per l'attuazione di percorsi assistenziali destinati agli adolescenti.
- Promozione di una formazione permanente con un'adeguata ricaduta operativa all'interno dei servizi e nella rete

METODOLOGIA

Si realizzeranno specifici corsi di aggiornamento sulle problematiche adolescenziali con l'approfondimento delle seguenti tematiche:

1. psicopatologia dello sviluppo,
2. neuropsicologia dello sviluppo,
3. disturbi comportamentali della fase adolescenziale,
4. il mondo affettivo e relazionale dell'adolescente,
5. violenza e psicopatologia dell'adolescenza.

I corsi saranno organizzati con lezioni magistrali, lavoro a piccoli gruppi con discussione di casi clinici, tavole rotonde su tema pre-ordinato e confronto dibattito con esperto.

Si prevedono più edizioni, destinata ognuna ad un numero limitato di partecipanti per ottimizzare la resa formativa.

La formazione-aggiornamento si articolerà anche con gruppi di supervisione ed intervisione dei casi che presentano maggiori problematiche.

Sono previsti, inoltre, incontri formativi ed informativi con gli operatori delle Scuole e del territorio coinvolti nella costruzione della rete, aventi per oggetto la particolare modalità relazionale degli adolescenti e temi specifici.

Tali incontri costituiranno, anche, occasioni di confronto e raccordo delle diverse esperienze.

Gli incontri si svolgeranno con discussioni ed esercitazioni di gruppo, utilizzando anche tecniche specifiche quali simulate, role-playing, lavoro a piccoli gruppi, visione di films con la tecnica della movie-emotion.

Per tutte le attività formative è previsto l'ausilio di tecnologie audio-visive, film, libri e materiale didattico.

I corsi si svolgeranno presso le sedi della formazione dell'ASL Na 3 Sud; gli incontri formativi ed eventi straordinari, invece, per favorire l'integrazione

con il territorio si attueranno presso le sedi degli Istituti scolastici e/o presso le sale dei Comuni o altre sedi reperite sul territorio.



CRONOGRAMMA

Si provvederà in primis alla individuazione del personale docente e all'accreditamento dei corsi di aggiornamento per l'ECM con le modalità previste dal Ministero della Pubblica Istruzione.

In contemporanea ai corsi di formazione più strettamente aziendali, si avvieranno e si svolgeranno, per tutta la durata del progetto, gli incontri di confronto e raccordo delle diverse esperienze con gli operatori delle Scuole e del territorio, coinvolti nella costruzione della rete.

Per tutta la durata del progetto, si darà l'avvio ai gruppi periodici di supervisione ed intervisione per l'equipe multidisciplinare.

La formazione aggiornamento accompagnerà tutto l'iter progettuale.

INDICATORI

- Numero di partecipanti totali coinvolti nell'attività formativa.
- Report dei risultati complessivi della verifica dell'apprendimento
- Rilevazione dei dati emersi dai questionari di gradimento somministrati ai partecipanti per la valutazione della qualità.

PIANO FINANZIARIO

Risorse

Personale	275.000,00
Psichiatri	
Neuro-psichiatra infantili	
Psicologi	
Terapisti della riabilitazione psichiatrica	
Animatori di Comunità	
Infermieri	
Beni e servizi	25.000,00
TOTALE	300.000,00

161

**PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'
PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE
AMBULATORIALE E SEMIRESIDENZIALE
PER I DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE**

Strutture coinvolte

U.OO. DSM

Costo: € 410.000

IL PROBLEMA

Negli ultimi anni, accanto al problema dell'uso di sostanze ricreative e prestazionali, sempre maggiore è l'incidenza di disturbi alimentari psicogeni (Willi, Grossmann, 1983) che vengono annoverati tra le problematiche legate alla dipendenza patologica, in quanto caratterizzate da dinamiche di compulsività, dall'incapacità del giovane di raggiungere livelli di autonomia che gli permettano adeguati processi di separazione-individuazione e dal conseguente tentativo di gestire la fragilità interna e sociale (Jeammet; Ruocco e Alleri, 2006). I disturbi dell'alimentazione rappresentano condizioni di malattia sempre più frequenti nelle popolazioni occidentali (Charmet, 200; Cuzzolaro, 2002) e determinano un notevole impatto socio-sanitario in termini di costi economici e sociali. L'analisi territoriale fatta oltre che dall'esperienza clinica e da ricerche fatte nelle scuole superiori, ha riscontrato, accanto alla grande rilevanza che il fenomeno dei DCA riveste in Campania (Cotrufo et al. 1998, Bortolotti, 2002), la necessità di attivare servizi validati da protocolli per la presa in carico, la cura e la riabilitazione dei DCA.

Le indicazioni del Ministero della Salute sono quelle dell'approccio interdisciplinare integrato, articolato in quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in

fase acuta e residenzialità extraospedaliera) nell'ambito di una rete di assistenza su tutto il territorio nazionale).

I quattro livelli di assistenza postulati dal ministero sono tutti necessari e rispondono ai bisogni di cura legati alla gravità della problematica. L'uno non esclude l'altro, anzi la presenza di una rete completa in tutte le sue parti garantisce l'appropriatezza dell'intervento con particolare riguardo alla presa in carico globale del paziente e della sua famiglia nei vari livelli della patologia e nelle sue fasi.

Le strutture preposte indicate dal ministero sono:

L'**ambulatorio** è e deve rimanere il punto centrale dell'intervento ed è giusto che risponda al 60% della domanda di cura, con sedute psicoterapiche individuali e/o di gruppo, eventuale terapia farmacologica e sostegno alle famiglie. È necessario però che tale intervento garantisca un reale approccio integrato che comprenda sia l'aspetto nutrizionale sia quello psichiatrico.

Il **day hospital** garantisce un livello più intensivo di assistenza in ambiente ospedaliero con un attento monitoraggio delle condizioni cliniche e associato alla riabilitazione nutrizionale

Il **ricovero ospedaliero** in fase acuta (salvavita) garantisce la presa in carico in momenti più critici della terapia, con lo scopo di stabilizzare le condizioni medico-psichiatriche, gestire le complicanze acute associate al disturbo e preparare il paziente al passaggio ad un altro livello di trattamento.

I **livelli residenziali e semiresidenziali**, necessariamente extraospedalieri, garantiscono che la riabilitazione possa avvenire in un ambiente adeguato dove i pazienti possano essere curati senza subire gli inevitabili effetti negativi di una lunga ospedalizzazione. La realizzazione di una rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza è dunque la condizione per un percorso di cura appropriato e ottimizzato sul piano delle risorse impiegate e consente di fornire ai pazienti un percorso assistenziale coordinato e complessivo, valutando attentamente l'utilizzazione dei vari gradi di assistenza durante le diverse fasi

della terapia. E' necessario garantire l'appropriatezza dell'intervento terapeutico, l'accessibilità ad una diagnosi tempestiva e la presa in carico reale del paziente e dei suoi familiari in tutte le varie fasi del trattamento.

Occorre inoltre creare, all'interno delle varie UOSM, degli ambienti che siano accoglienti, al fine di incrementare la motivazione al cambiamento ed al percorso terapeutico; anche gli arredi sono importanti al fine di un setting favorevole.

Il programma dei DCA dell'ASL Napoli 3 sud Dipartimento di Salute Mentale

Il DSM ha da tempo recepito le indicazioni ministeriali avviando sul suo territorio la sperimentazione della presa in carico di persone con DCA facendosi carico della problematica nella sua complessità e nel rispetto dei livelli di gravità.

Dall'esperienza fatta emerge il dato fondamentale che ai fini dell'efficacia dell' intervento la presa in carico deve essere necessariamente contestualizzata onde poter fare predisporre protocolli clinici mirati ad una presa in carico globale della persona e alla prevenzione delle ricadute .

Pertanto nel territorio dell'ASL Napoli 3 sud è attivo un programma integrato che prevede:

- Rete territoriale dei DCA
- Struttura semiresidenziale intensiva e semintensiva

Sono stati individuati in ogni UOSM (ed anche nell'SPDC) almeno 2 operatori, di cui uno di accoglienza (infermiere professionale, assistente sanitario o assistente sociale) e l'altro rappresentato da una figura sanitaria (psichiatra o psicologo). Gli operatori individuati si incontrano dal 2009 mensilmente per confronti organizzativi ed operativi.

In questi anni sono stati inoltre creati dei protocolli operativi con le strutture esistenti nel territorio (Ospedali, Centri, Strutture Semiresidenziali) e le varie

UOSM sono in costante collegamento con le Agenzie e gli operatori territoriali interessati. Sono poi in corso dei progetti di prevenzione e di gruppi di terapia per pazienti con DCA

Nel presente programma ci si propone nell'arco dell'anno di implementare la rete territoriale per i DCA , in tutti i vari aspetti della progettualità, descritti avanti.

FORMAZIONE

Continuare gli incontri mensili di confronto fra gli operatori individuati, dando loro una connotazione di percorsi formativi continui e prevedere inoltre un incontro formativo divulgativo, rivolto a tutti gli operatori, anche di altre agenzie, che siano interessati alle problematiche dei DCA.

PREVENZIONE

La prevenzione primaria si avvarrà di momenti di tipo informativo attraverso seminari e incontri formativi di educazione alimentare e di sensibilizzazione alle problematiche che caratterizzano l'adolescenza, prevalentemente negli Istituti Scolastici Superiori del territorio.

La prevenzione secondaria prevede l'istituzione di un Numero Verde unico per l'ASL Na3 Sud, attivo 24 ore, attraverso il quale degli operatori opportunamente addestrati e/o una segreteria telefonica, possano raccogliere la domanda eventualmente ridefinendola ed indirizzandola al settore idoneo.

COLLEGAMENTO

Migliorare ed incrementare il collegamento con altre agenzie territoriali, non solo quelle con cui è già vigente un Protocollo d'intesa, (UOMI, Ospedale di Torre del Greco, Ospedale di Gragnano , di Vico Equense e di Sorrento), ma concordare protocolli d'intesa anche con altre strutture sanitarie e non, quali i MMG, gli Istituti Scolastici, il Comune, le Associazioni giovanili ed inoltre con altre Aziende Ospedaliere del territorio dove siano presenti ambulatori specialistici, DH o posti letto per la gestione e il monitoraggio dei problemi somatici del paziente affetto da DCA, e laddove ci sia la possibilità sensibilizzare l'Azienda ad istituire tali strutture.

TRATTAMENTO

OBIETTIVO SPECIFICO

Incrementare la rete territoriale già attivata, ed omologare le procedure operative , anche nell'ambito delle differenze territoriali, secondo linee guida concordate. Incrementare i protocolli operativi con altre agenzie sanitarie e non.

INDICATORI DI RISULTATO

Indicatori quantitativi:

Aumento del numero complessivo di utenti presi in carico nella rete territoriale;

Aumento del numero dei follow-up clinici con esito positivo;

Diminuzione del numero di utenti inseriti in comunità residenziali;

Aumento del numero di utenti condivisi tra più agenzie territoriali (Ospedali, Strutture Semiresidenziali, Servizi etc.)

CRONOGRAMMA

Tipologia delle attività e cronoprogramma	1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	8° mese	9° mese	10° mese	11° mese	12° mese
Governance e coordinamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementazione della rete territoriale e attivazione di equipe multidisciplinari (Rete socio-sanitaria)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività di elaborazione di progetti individualizzati e funzionamento della rete territoriale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività e psicoterapiche (individuali, di gruppo e familiari)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Raccolta ed analisi dei dati quantitativi e di processo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisi dei risultati												X

Coordinamento del programma: dott. Nunziatina Coppola

Unità Semiresidenziale (Progetto Continuum)

“Un percorso integrato semiresidenziale per la diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare”

Obiettivi

Il percorso in semiresidenziale si propone la presa in carico di persone con livelli di patologia gravi quali il peso, livelli di compulsione rispetto al cibo invalidanti, e le gravi difficoltà familiari a gestire il paziente con la sua problematica.

Le finalità generali del Programma vengono perseguite attraverso i seguenti obiettivi specifici:

accogliere la domanda di informazione, diagnosi, supporto e cura rispetto ai disturbi del comportamento alimentare; predisporre un adeguato percorso di valutazione multidimensionale che permetta la formulazione di un intervento efficace e individualizzato;

Elaborazione del contratto terapeutico, offrire un approccio terapeutico e riabilitativo integrato e specialistico che tenga conto degli fattori cognitivo-comportamentali, dei fattori psicologici intrapsichici ed interpersonali, dei fattori nutrizionali e medico-clinici;

implementare un programma di trattamento ambulatoriale intensivo che permetta un'efficace sintesi tra esigenza di sperimentare un contesto protetto e ristrutturante e reinserimento efficace nel proprio ambiente di riferimento, garantire un distacco graduale e una più rapida ripresa dell'autonomia psico-sociale del paziente grazie ad un percorso semi-intensivo e di mantenimento;

assicurare una adeguata continuità assistenziale attraverso follow-up per il tempestivo intervento nei casi di recidiva.

La struttura semiresidenziale accoglie 12 persone giornaliere e ha in carico nella fase diagnostica e di mantenimento 30 persone.

Le fasi del programma Terapeutico

Il programma terapeutico ha la durata di 12 mesi e si articola in 5 fasi:

Prima fase: valutazione multidimensionale. Questo primo fase si pone come obiettivo la formulazione di una diagnosi attraverso una valutazione multidimensionale del disturbo necessaria per la formulazione di un piano di cura e per la definizione degli obiettivi a medio e a lungo termine. Tale valutazione comprende, oltre ad un primo colloquio di accoglienza, un assessment psicologico (EDI2, SCID II, SCL-90, BUT), una valutazione nutrizionale, una valutazione psicologica e familiare, una valutazione psichiatrica, internistica ed endocrinologica. Questa fase serve inoltre ad illustrare la struttura generale del programma terapeutico e a fare una prima valutazione della motivazione al cambiamento del paziente; essa si conclude con la compilazione di uno schema personalizzato del disturbo che servirà sia per il paziente che per lo staff clinico come punto di partenza per il lavoro terapeutico. La valutazione multidimensionale servirà al paziente ad identificare i principali meccanismi cognitivo-comportamentali di natura disfunzionale e allo staff terapeutico ad effettuare una diagnosi delle criticità e stilare la cartella clinica con la diagnostica allegata.

Seconda fase: analisi della motivazione e contratto terapeutico. Questa fase, che ha la durata di due settimane, serve da periodo di orientamento per il paziente e permette all'équipe di valutare, in maniera operativa, la motivazione al cambiamento e l'adesione al trattamento. Durante questa fase il paziente viene sottoposto al programma terapeutico del trattamento ambulatoriale intensivo che prevede la frequenza del Centro dal lunedì al venerdì dalle ore 13:45 alle ore 20:30 ;il sabato il centro funziona con un solo pasto e la partecipazione alle attività terapeutiche e riabilitative previste.

Particolare attenzione viene prestata al grado di rispetto degli orari e delle regole di convivenza stabilite dal Centro e allo svolgimento dei lavori assegnati. Qualora tale passaggio dia esiti positivi si passa alla stipula del contratto terapeutico, con il quale si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere e strumenti da utilizzare, e all'inserimento del paziente nel trattamento ambulatoriale intensivo.

Terza fase: Trattamento ambulatoriale intensivo (TAI). Questa fase del trattamento rappresenta il cuore della terapia, in quanto si propone di far acquisire al paziente le abilità specifiche per contrastare la gestione emotiva dell'alimentazione (emoting eating). Presenta una durata di 12 settimane e si pone tre fondamentali obiettivi: la normalizzazione del peso, l'eliminazione dei comportamenti disfunzionali e la ristrutturazione cognitiva. Tali obiettivi vengono perseguiti attraverso un programma intensivo che prevede la frequenza del Centro dal lunedì al venerdì dalle 13,45 alle 20,30. Il programma terapeutico prevede: la *riabilitazione nutrizionale* (alimentazione meccanica e pianificata) con somministrazione di due pasti assistiti (pranzo e merenda pomeridiana); sedute individuali di *terapia cognitivo-comportamentale* (CBT), nel corso delle quali vengono definiti obiettivi settimanali da raggiungere attraverso tecniche di ristrutturazione cognitiva che permettono di analizzare e sospendere i comportamenti (es. uso improprio di lassativi) e i pensieri disfunzionali (es. divisione dei cibi in "buoni e "cattivi"); *gruppi di auto-mutuo-aiuto*, attraverso i quali si comincia ad intervenire sui fattori di mantenimento aggiuntivo del disturbo e si prepara il terreno per un futuro lavoro più approfondito sui fattori precipitanti (traumi, difficoltà evolutive, ecc.) e di rischio (struttura familiare disfunzionale, disturbi di personalità, ecc.). Si distinguono gruppi dedicati a pazienti che presentano DCA con sottopeso e normopeso e gruppi dedicati a pazienti affetti da DCA con sovrappeso; *gruppi psico-nutrizionali* all'interno dei quali i pazienti vengono aiutati a confrontarsi in modo funzionale rispetto alle loro convinzioni e ai loro dubbi circa

l'alimentazione, il peso e forme corporee con l'aiuto della nutrizionista e della psicologa; riabilitazione psico-relazionale attraverso *laboratori creativo-espressivi, cineforum, musicoterapia, pratiche di meditazione* che promuovono processi di reintegrazione tra mente e corpo, rinforzano l'autostima supportando il paziente durante la difficile fase dell'interruzione della compulsione e aiutano a creare nuovi canali cognitivi e comunicativi. Sono presenti, inoltre, spazi dedicati allo studio o ad altre attività autogestite, che aiutano il paziente a strutturare in maniera autonoma il proprio tempo e permettono un distacco più graduale dalla propria routine quotidiana; *gruppi psicoeducazionali e di sostegno per le famiglie* che si propongono di informare la famiglia rispetto ai disturbi dell'alimentazione, educarla e supportarla nell'affrontare i pasti che il paziente consumerà nell'ambito familiare, aiutarla a ridurre l'emotività espressa e migliorare la comunicazione, creando le basi per un lavoro sulle dinamiche relazionali disfunzionali; monitoraggio nutrizionale, internistico, psichiatrico, endocrinologico. Terminate le 12 settimane l'équipe terapeutica, sulla base dei risultati ottenuti, deciderà l'inserimento nel percorso ambulatoriale semi-intensivo.

Quarta fase: Trattamento ambulatoriale semi-intensivo (TAS). Questa fase ha come obiettivi il consolidamento dei risultati ottenuti nella fase precedente e il graduale reinserimento del soggetto nella propria realtà quotidiana. Essa ha la durata di 12 settimane e prevede la frequenza giornaliera del Centro dal lunedì al venerdì dalle 17,00 alle 20,30. Nel corso del TAS, si comincia a lavorare in modo più incisivo sui fattori di mantenimento residui e si dà più spazio al lavoro sui fattori di rischio e di insorgenza. Il programma terapeutico comprende, oltre alle attività terapeutiche e riabilitative illustrate nella terza fase, l'assistenza ai pasti per la sola merenda pomeridiana, lasciando al paziente e alla famiglia la gestione degli altri pasti all'interno dell'alimentazione pianificata: tale processo riveste un'importanza cruciale in quanto dà riscontro dell'effettiva capacità da parte del paziente di gestire in modo autonomo

(seppur ancora con il supporto della famiglia) l'alimentazione pianificata e la strutturazione del tempo. In questa fase si procede, inoltre, ad una seconda somministrazione dell'EDI2 che ci permette di valutare in modo oggettivo e condiviso i cambiamenti a livello comportamentale e cognitivo. Un'importante tappa di questa fase è la *Terapia dello specchio* (Wilson, 1999), una tecnica di esposizione corporea allo specchio secondo la modalità mindfulness. La terapia consta di sette sedute con cadenza settimanale, nel corso delle quali il paziente si specchierà davanti ad uno specchio tridimensionale, usando un abbigliamento che riveli, di seduta in seduta, sempre più le forme del corpo; il soggetto dovrà specchiarsi e descrivere se stesso usando solo forme geometriche, senza utilizzare categorie preconcepite e senza attribuire giudizi di valore. Le ultime due sedute sono precedute dall'esposizione da parte del paziente a stimoli visivi molto forti, quali riviste di moda o di fitness. Ogni seduta viene condotta da un terapeuta esperto e ha lo scopo di favorire una graduale desensibilizzazione rispetto all'ansia che il soggetto vive nei confronti delle sue forme corporee, eliminare i comportamenti disfunzionali residui (es. evitare di specchiarsi o di andare al mare) e ristabilire un rapporto non giudicante con il proprio corpo. Attraverso questa tecnica si promuove un'attenzione passiva al proprio corpo così da raggiungere una piena e neutra consapevolezza delle emozioni, sensazioni corporee e pensieri senza distrarsi in giudizi e valutazioni su quello che lo specchio riflette. Tale attività consente un più efficace reinserimento sociale.

Quinta fase: fase post programma. Questa fase ha lo scopo di mantenere i risultati ottenuti e permettere il reinserimento del paziente nella sua realtà quotidiana, rendendolo in grado di applicare e utilizzare gli strumenti acquisiti per gestire le eventuali difficoltà psicologiche e relazionali senza l'utilizzazione dell'alimentazione emotiva. Il paziente viene messo in condizione di riconoscere e gestire le situazioni a rischio e prevenire così le ricadute. Questa fase ha la durata di 24 settimane e prevede la frequenza del

Centro con cadenza settimanale. Il programma terapeutico è costituito dal prosieguo dell'alimentazione pianificata, in quanto essa non solo non presenta alcuna controindicazione, ma, essendo il DCA un disturbo cronico recidivante, costituisce un importante fattore di protezione contro eventuali recidive del disturbo. Sono previste, inoltre, la psicoterapia individuale, i gruppi di auto-mutuo-aiuto e il monitoraggio nutrizionale. Viene effettuare, infine, una terza somministrazione dell'EDI2.

A sei mesi dalla fine dell'intero percorso terapeutico, viene predisposto un follow-up che comprende: monitoraggio nutrizionale, psicologico, internistico, endocrinologico e psichiatrico, oltre ad una nuova somministrazione dell'EDI2 e del BUT. Tale valutazione catamnestica permette di valutare in modo più chiaro i risultati a lungo-termine ed aiuta ad individuare in modo tempestivo eventuali recide del disturbo .

coordinamento del programma semiresidenziale dott. Esposito Carolina

24

Tipologia delle attività cronoprogramma	1° mese	2° mese	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	8° mese	9° mese	10° mese	11° mese	12° mese
Governance e coordinamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di un'equipe integrata e predisposizione di strumenti operativi riabilitativi.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività di elaborazione di progetti individualizzati e funzionamento dell'unità semiresidenziale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività riabilitative e psicoterapiche (individuali, di gruppo e familiari)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Raccolta dati		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Somministrazione di test di personalità e di livello delle risorse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gruppi di psicoterapia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Moduli psicomotori		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Moduli socioterapici		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Analisi e pubblicazione dei risultati												X

Risultati attesi

Funzionamento a regime di una struttura di cura e riabilitazione dei DCA con la presa in carico giornaliera di 12 pazienti per un totale di circa 40 persone x anno e 40 in diagnostica, gruppi motivazionali e mantenimento.

Sistema di monitoraggio e valutazione del progetto

Il sistema di monitoraggio come da procedura sarà finalizzato alla rilevazione dei dati che saranno sia di tipo numerico che di processo .

Il monitoraggio sarà finalizzato ad osservare, misurare l'esecuzione del progetto, in modo da identificarne per tempo i rischi e i potenziali problemi, e intraprendere, quando necessarie, le azioni correttive volte a rimettere il progetto in linea con gli obiettivi.

Indicatori quantitativi:

- Numero complessivo di utenti presi in carico in regime ambulatoriale in regime semiresidenziale intensivo in regime di mantenimento, nella rete territoriale;
- Numero di invii alla struttura residenziale e semiresidenziale,
- Numero Day-hospital presso il Reparto di Pediatria dell'Ospedale di Boscotrecase;
- Numero di Day-hospital e controlli presso il Reparto di Medicina Interna degli Ospedali riuniti di Gragnano;
- Numero di Day-Hospital e controlli presso l'Unità di Gastroenterologia dell'Ospedale Maresca;
- Numero di diagnosi psichiatriche effettuate presso la rete territoriale.
- Numero di riunioni di coordinamento generale
- Numero di riunioni di équipe per unità operativa;
- Report al committente del progetto;

12

Indicatori qualitativi:

- Indice di gradimento medio degli utenti misurato tramite il “Questionario di Customer Satisfaction”;
- Percentuale di Drop-Out a fine TAI;
- Percentuale di Drop-Out a fine TAS;
- Percentuale di Drop-Out a fine Mantenimento;
- Punteggio alla scala EDRC dell’EDI-3 alla conclusione del trattamento;
- Numero follow-up con esito positivo;
- Esito delle verifiche ispettive dell’Ente Committente del progetto;

Livello di soddisfazione degli operatori attraverso la somministrazione di un Questionario di soddisfazione degli Operatori;



Costi della rete territoriale

Voci di spesa	Costo unitario
Personale	40.000,00
Formazione	10.000,00
Prevenzione	10.000,00
Spese amministrative	10.000,00
Ambienti ed arredi	10.000,00
TOTALE	80.000,00

Costi semiresidenziale

Voci di spesa	Costo unitario
Personale impegnato N1 Psicologo, n.1 Nutrizionista, n.4 terapista della riabilitazione, psicoterapeuta familiare, addetto alla preparazione pasti, addetto alla somministrazione pasti, psicoterapeuta individuale, personale di pulizia	240.000,00
pasti	50.000,00
Spese generali (palestra, materiale psicodiagnostico) spese di manutenzione, utenze e locali, Materiale di laboratorio.	40.000,00
Totale costi semiresidenziale	330.000,00

Costo totale rete territoriale	80.000,00
Costo totale attività semiresidenziali	330.000,00
totale	410.000,00

Totale progetto 330.000,00+ 80.000= 410.000

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

STRUTTURE COINVOLTE

- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
UU.OO.CC.SM

COSTO

110.000,00 EURO

COORDINAMENTO SCIENTIFICO DEL PROGETTO

Dott.ssa Elena Capriola

Dott. Mariano De Furio

Il variegato insieme dei comportamenti che configurano azioni di molestie assillanti è noto da tempo, ma solo ultimamente esso è stato individuato quale entità specifica definita "STALKING" e quindi riconosciuto all'interno della nosografia psichiatrica, della ricerca psichiatrico-forense, nella categoria di reati perseguibili penalmente e come fenomeno di rilevanza sociale.

Si definisce STALKING un insieme di comportamenti tramite i quali una persona affligge un'altra con intrusioni e comunicazioni ripetute ed indesiderate, al punto da provocare ansia e paura (Modena Group on Stalking, 2008: *Progetto Daphne – Manuale per le vittime e gli operatori* – online : stalking.medlegunimo.it)

Relativamente ai comportamenti messi in atto dallo stalker distinguiamo:

1. comunicazioni intrusive: telefonate (fino a 200 in 24 ore): continue, spesso interrotte non appena la persona chiamata risponde o che si accompagnano ad insulti, turpiloqui, minacce, lascivie e altro, lettere (65%), mail e sms.

2. controllo diretto (spiare, pedinare, utilizzo di apparecchiature di sorveglianza, come telecamere e trasmettitori audio,) e confronto diretto: visita sul lavoro fino a

rivolgersi ad agenzie di detective (Mullen et al "Study of Stalkers" Am J Psychiatry 156:8, August 1999).

Contestualmente lo stalker può agire quelli che vengono definiti comportamenti associati, quali doni non richiesti tra cui fiori, cioccolatini, libri di auto-aiuto e fotografie personali, ma anche offerte più grottesche come foto mutilate della vittima o un gatto morto. Frequentemente il molestatore fa richieste per conto della vittima dei più comuni servizi tra cui ambulanze, abbonamenti a riviste e biglietti aerei. Spurie azioni legali sono state avviate da stalker, che comprendevano contenziosi volti ad obbligare i contatti (Mullen et al "Study of Stalkers" Am J Psychiatry 156:8, August 1999). In casi non infrequenti questi comportamenti possono configurarsi come veri e propri atti di violenza agiti nei confronti delle vittime.

Le vittime di stalking presentano sintomi più confrontabili con quelli di pazienti psichiatrici ambulatoriali che con le caratteristiche della popolazione generale. Circa il 75% delle vittime di stalking presenta sintomi compatibili con un disturbo psichiatrico. Le sindromi psichiatriche specifiche tra le vittime sono soprattutto il Disturbo Post Traumatico da Stress (37%), Depressione e Ansia; da notare inoltre che i disagi maggiori sono più evidenti nelle vittime che avevano una relazione intima con il molestatore (rappresentato dal partner respinto) forse a causa di più alti livelli di violenza e intimidazioni, combinati con l'intensità dei sentimenti suscitati in questa situazione.

Le vittime, inoltre, presentano modificazioni della personalità con aumento del senso di prudenza, sospettosità, ansia e aggressività associata all'acquisto di un arma e spesso presentano cambiamenti nella loro vita sociale e professionale (Pathè and Muller 1997) con modificazioni della loro routine quotidiana e delle loro abitudini.

Circa la metà riferisce una parziale o totale perdita di produttività a lavoro o nello studio con una riduzione delle attività sociali.

Negli Stati Uniti la prima legge anti-stalking è entrata in vigore nel 1992 mentre in Italia la legge sullo Stalking è stata approvata nel 2009. (L. n.°38/2009).

Lo stalking può essere causato da diversi motivi. Solo in rari casi, lo stalking è un fenomeno che può essere un'espressione di disordine mentale. Nei pazienti affetti da disturbi psicotico, ad esempio, l'azione persecutoria può manifestarsi come un

sintomo del quadro schizofrenico e del delirio erotomanico. La maggior parte degli stalkers, tuttavia, non soffre di un disturbo che necessita di trattamento e pertanto la loro responsabilità penale non è diminuita.



In alcuni casi, però la differenziazione tra molestatore sano e molestatore affetto da patologia mentale risulta ardua. **(Dressing et al 2011)**.

In considerazione della rilevanza del fenomeno la Regione Campania ha previsto, quale attività specifica del Piano Sanitario Regionale 2011-2013 affidata ai Dipartimenti di Salute Mentale, l'adozione di azioni tese alla prevenzione e trattamento delle condizioni ad esso legate.

In particolare attraverso la realizzazione di progetti sperimentali capaci:

- di incidere sul fenomeno dell'helplessness (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto o comunque di non poter essere aiutati in modo sufficiente) a mezzo di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale
- di attivare protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura;
- di attivare una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking;
- di produrre attività di formazione per il personale sanitario e degli enti di assistenza (es. Comuni, associazioni di volontariato, organi di polizia, etc.);
- di realizzare percorsi di counseling e sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica.

Pertanto in coerenza con gli obiettivi assegnati, questo DSM propone la realizzazione di un programma di attività così come di seguito definito.

ANALISI DEL PROGETTO

Lo stalking è un fenomeno le cui caratteristiche epidemiologiche non sono ancora ben definite; ciò per una serie di concause tra cui ricordiamo:

- la difficoltà di emersione dei casi sia, per la presenza di episodi in cui le vittime non hanno consapevolezza di esso, sia per il fenomeno dell'helplessness;

la difficoltà di una non univoca individuazione dei casi, la cui fattispecie prevede la coesistenza di azioni di molestia e la soggettiva percezione di disagio e/o sofferenza della vittima, non sempre omologabili sulla base di stili comportamentali e modelli culturali eterogenei;

- limitazioni metodologiche degli studi epidemiologici fin'ora condotti e per la scarsa conoscenza delle caratteristiche del fenomeno anche da parte di addetti ai lavori.

Stime di prevalenza affidabili sullo stalking non sono stati disponibili in Italia fino al 2006,

quando l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha presentato i primi dati ufficiali sullo stalking nella popolazione generale italiana. I dati sono stati raccolti nel contesto di un grande sondaggio telefonico sulla violenza contro le donne, dentro e fuori la famiglia. I risultati hanno indicato che questo comportamento ha colpito il 18,8% delle donne in un campione di donne maltrattate separate e divorziate. I dati ISTAT indicano, inoltre, che il 48,8% delle vittime di stalking aveva anche subito violenza fisica o sessuale, da parte di ex partner (ISTAT, 2007).

Anche se questi dati sono limitati al contesto della violenza domestica e vengono considerate solo le donne come vittime, indicano che lo stalking in Italia esiste in una misura che è simile ad altri paesi dell'Europa occidentale dove i dati epidemiologici sono disponibili. In Inghilterra l'incidenza di vittime di stalking all'interno della popolazione generale è del 11,6% mentre in Germania i dati disponibili indicano una incidenza del 11,6% e in Svezia uno studio di prevalenza indica una percentuale del 9% (Budd & Mattinson, 2000; Dovelius, Oberg e Holmberg, 2006; Dressing, Kuehner & Gass, 2005; Dressing, Gass & Kuehner, 2007).

Sulla base di questa premessa appare chiaro che qualsiasi ipotesi di intervento sia essa di sensibilizzazione della popolazione, sia di informazione degli operatori, sia essa di interazione con enti ed agenzie sanitarie e/o extrasanitarie, sia di

66

individuazione o costruzione di una rete di strutture dedicate al trattamento delle vittime di stalking o agli stalkers presuppone una migliore lettura e conoscenza del fenomeno se non altro per evitare o ridurre il rischio di interventi sovra o sottodimensionati.

Migliore il trattamento di un problema tanto variegato nelle sue manifestazioni e rappresentazioni legate anche ai modelli culturali ed alle loro evoluzioni (es.il cosiddetto cyber-stalking), nelle implicazioni giudiziarie, nei risvolti clinici, negli aspetti scientifici, e forensi presuppone l'utilizzo di competenze diffuse e di un codice comunicativo condiviso.

Al fine di ridurre le problematiche descritte e realizzare l'obiettivo generale individuato nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013 che affida ai Servizi di Salute Mentale il compito di confrontarsi con i bisogni dell'utenza legati ad aree psicopatologiche emergenti quali lo stalking ci proponiamo un piano di interventi da realizzarsi nell'arco temporale di 1 anno, così strutturato:

I FASE di studio (0-3° mese)

In questa fase è prevista l'individuazione e la cooptazione di una agenzia di alto profilo scientifico (siamo già in fase di avviata intesa con la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II) da coinvolgere nel progetto quale partner istituzionale; verrà formato un gruppo di lavoro composto dal coordinatore del progetto e da esperti nominati dal partner che procederà all'elaborazione di un questionario da sottoporre a tutti i dirigenti sanitari del DSM. Questo strumento dovrà avere una duplice funzione, sia di sensibilizzazione al fenomeno dello stalking, sia di rilevazione delle attuali conoscenze degli operatori e di eventuali pazienti (sia vittime di azioni di stalking, sia stolker) già in carico o comunque noti ai Servizi.

Un prototipo dell'elaborato preliminarmente verrà somministrato ad un gruppo rappresentativo dei dirigenti sanitari del DSM ed una volta validato sarà somministrato a tutti i dirigenti sanitari del DSM.

Contemporaneamente si realizzerà una ricerca atta all'individuazione, censimento e

studio di eventuali iniziative analoghe realizzate sul territorio regionale o in altre regioni e delle più attuali evidenze scientifiche

FASE di elaborazione (4°-9° mese)

La complessità sociodemografica del territorio della ns. ASL richiede che le prestazioni da destinare all'utenza siano ubiquitariamente rappresentate; appare inoltre evidente che coerentemente all'operazione di sensibilizzazione al problema destinata alla popolazione generale è necessario che i servizi siano facilmente accessibili ed utilizzabili. Per quanto detto e nella consapevolezza che all'aumento dei bisogni di salute della popolazione non può corrispondere parimenti un aumento indiscriminato delle risorse destinate, il ns. progetto dovrà corrispondere a parametri di elevata efficienza; per tanto l'elaborazione di qualsiasi proposta di intervento non potrà prescindere da una diffusione delle competenze e dalla presenza partecipata già nella fase progettuale di operatori motivati, Si procederà quindi alla costituzione di un gruppo di lavoro composto da dirigenti sanitari ed operatori del comparto provenienti da tutte le UU.OO.C.S.M. del ns. DSM, che saranno destinatari di un percorso di formazione realizzato sia con incontri di didattica tradizionale sia di Formazione sul Campo; attraverso questo strumento ed in incontri di Brain Storming essi potranno partecipare alla costruzione del modello di intervento sia per quanto relativo alla scelta dell'allocazione ed utilizzo delle risorse, sia nell'individuazione di ruoli e funzioni specifiche.

In via preliminare è prevista la realizzazione di protocolli di intesa con i Tribunali e le forze dell'ordine per stimolare azioni congiunte di prevenzione ma che non potranno prescindere dall'individuazione ed attivazione di canali comunicativi adeguati alle diverse realtà (es. incontri con rappresentanti istituzionali, attivazione di un call center, attivazione di una pagina web, collaborazioni con associazioni ed istituzioni scolastiche, etc.) . A vari livelli dovranno essere attivati interventi coordinati con i distretti sanitari e le loro articolazioni, con i servizi centrali aziendali (es. Servizio relazioni con il pubblico) con i M.M.G. e con altre agenzie sanitarie.

Anche in questa fase si prevede la realizzazione di attività formative non più limitate al personale del DSM ma necessariamente allargate a tutti i soggetti coinvolti.

III Fase di intervento (10°-12° mese)

Sulla base delle risultanze delle due fasi precedenti e delle risorse reclutate al di fuori del DSM verrà realizzato un modello sperimentale di intervento che da un punto di vista operativo dovrà essere capace di dare risposta al fenomeno dell'HELPLESSNESS ed essere capace della presa in carico di eventuali condizioni di malattia sia per le vittime di atti di Stalking sia per Stalker.

In via preliminare si propongono una campagna informativa per la popolazione generale realizzata in collaborazione con i M.M.G., associazioni di volontariato e di professionisti ed agenzie territoriali attraverso la distribuzione di materiale informativo cartaceo e l'attivazione di una pagina web e di un call-center con un numero verde dedicato ai quali eventuali vittime di stalking potranno rivolgersi sia per essere guidate nella gestione dell'evento sia per essere indirizzate sulla base del bisogno evidenziato.

Tutto ciò potrà essere integrato da una rete di strutture presso le quali realizzare interventi di counseling (es. U.O.M.I., Servizi Sociali dei Comuni, etc.)

In relazione alle attività più squisitamente cliniche, da realizzare attraverso percorsi di presa in carico di persone portatrici di condizione di malattia (siano essi vittime o stalker), in attesa di una più puntuale conoscenza del fenomeno e di certezza di risorse da utilizzare in continuità il DSM individuerà almeno 2 punti ambulatoriali dedicati, nei quali opereranno psichiatri, psicologi e figure professionali del comparto (ass. Sociali, ass, sociosanitari, infermieri professionali).

Si definisce che in questa fase verranno affrontate anche le tematiche di tipo amministrativo- contabili relative alla tipologia ed accessibilità delle prestazioni.

601.

OBIETTIVO GENERALE: l'adozione di azioni tese alla prevenzione e trattamento delle condizioni legate a psicopatologie emergenti ed in particolare lo STALKING con azioni tese al confronto tra azioni generaliste ed interventi specialistici.



OBIETTIVO SPECIFICO 1:

- produrre attività di formazione per il personale sanitario e degli enti di assistenza (es. Comuni, associazioni di volontariato, organi di polizia, etc.);
-
-

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

- realizzare azioni incisive sul fenomeno dell'helplessness (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto) a mezzo di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale
- di attivare protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura;

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

- attivare una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking;
- realizzare percorsi di counseling e sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica.

10



	e senza aiuto) a mezzo di compagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale												
	di attivare protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura;									X	X	X	
Obiettivo specifico 3	attivare una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking									X	X	X	
	realizzare percorsi di counseling sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica.									X	X	X	



6/1

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse

<i>Personale</i>	40.000,00
Medici psichiatri	
Psicologi	
infermieri professionali	
assistenti sociali	
assistenti socio-sanitari	
Beni e servizi	50.000,00
<i>Missioni</i>	10.000,00
<i>Spese generali</i>	10.000,00
Totale	110.000,00

Stampa circolare illeggibile

10.

**PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ
OTTIMIZZAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICI E DI CURA ATTRAVERSO
L'INFORMATIZZAZIONE-DEMATERIALIZZAZIONE
DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA**



STRUTTURE COINVOLTE

- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale
- UU.OO.S.M.

DURATA PROGRAMMA

12 mesi

COSTO

339.000 EURO

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

Dott.ssa Daniela Di Martino

Dott.ssa Michela Notaro

Dott. Pasquale Saviano

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGRAMMA

Per avere conoscenza accurata e verificare l'appropriatezza delle prestazioni è stato progettato il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Uno degli scopi principali del NSIS è quello di generare un adeguato set di indicatori anche su altri livelli di assistenza basato su:

1. informazioni relative ai singoli eventi
2. riconducibilità di ciascun evento all'assistito in modo individuale e non nominativo
3. valutazioni di appropriatezza per tipologia di prestazione
4. valutazioni sui "percorsi diagnostico terapeutici" in grado di aggregare sul cittadino tutti gli eventi sanitari ricollegandoli alle diagnosi/sospetti diagnostici.



All'interno del NSIS, per l'area inerente la salute mentale, trova posto il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) che si riconduce agli stessi criteri.

101

Le leggi di riforma del SSN, la legge di riforma psichiatrica (180/1978) ed il Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000, hanno sottolineato la centralità del Sistema Informativo nel monitoraggio delle attività anche dei servizi di salute mentale, nell'analisi dell'utenza (carico e tipologia di pazienti) e dei processi assistenziali. E' anche vero che, con il processo di aziendalizzazione, che ha posto pressanti esigenze di tipo gestionale, l'assegnazione del budget ed il processo di negoziazione, impongono al Dipartimento di Salute Mentale di valutare, attraverso flussi informativi sistematici, il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse, al fine di poter operare un'adeguata azione di programmazione interna.

L'evoluzione delle tecnologie dell'informazione si è fatta sempre più incalzante e pervasiva. In questi ultimi anni, l'innovazione e la riforma della pubblica amministrazione, stanno permettendo una forte semplificazione amministrativa e strutturale. Il Decreto Brunetta sul Codice dell'Amministrazione Digitale risponde alla necessità di mettere a disposizione della Pubblica Amministrazione e dei dipendenti pubblici strumenti in grado di incrementare l'efficacia e l'efficienza del sistema pubblico, attraverso la diffusione di tecnologie che consentano un forte recupero di produttività. In Sanità, tale processo si realizza anche attraverso l'introduzione della cartella clinica informatizzata che è di sicuro interesse per migliorare la gestione della produzione, conservazione e archiviazione della documentazione clinica.

Il Decreto Ministeriale del 15/10/2010 che istituisce il Sistema Informativo della Salute Mentale (SISM), sancisce il superamento di una molteplicità di sistemi informativi in uso nei Dipartimenti di Salute Mentale operanti su tutto il territorio nazionale, che hanno generato problemi di confusione e di incomunicabilità, e realizza l'omogeneizzazione di modelli e procedure operative.

Attualmente, all'interno del DSM ASL NA 3 Sud, nonostante gli sforzi compiuti nel tempo per attivare una procedura uniforme di raccolta dati, esiste ancora una realtà molto variegata, accentuata dal recente accorpamento dei due Dipartimenti delle ex ASL NA4 e NA 5. In ogni U.O.S.M. esiste una mole di informazioni, ricavata da supporti cartacei o da fogli elettronici in formato Excel, che però, essendo incompleta, in quanto sono stati rilevati perlopiù dati anagrafici e di attività, e disomogenea, per i diversi linguaggi utilizzati, è scarsamente utilizzabile.

Già da tempo si è avvertita l'esigenza di superare le notevoli difficoltà legate all'utilizzo dell'archivio cartaceo. Difatti, la gestione analogica della documentazione clinica comporta un'eccessiva onerosità economica, complessità di condivisione, difficoltà di mantenimento nel tempo, mancanza di trasparenza, tempi di reperimento delle informazioni elevati e non sempre con esito positivo, tendenza all'errore e allo

smarrimento, scarsa garanzia di controllo, di riservatezza e sicurezza nel trattamento dei dati dei pazienti.

Tutti elementi che confliggono pesantemente lo sviluppo di percorsi di cura appropriati.

Per cui, ritenendo indispensabile avviare un percorso di informatizzazione del D.S.M., anche in linea con la normativa vigente, si è costituito, da circa un anno un gruppo di lavoro, formato da alcuni operatori del D.S.M. anche con il supporto di un consulente informatico esterno, appartenente alla società fornitrice dello strumento informatico, con l'obiettivo di individuare e introdurre un software avente requisiti specifici per rispondere in modo esaustivo alle esigenze informative del D.S.M. Il prodotto è stato parametrizzato tenendo conto delle indicazioni ministeriali contenute nel SISM e di quelle regionali relative alla piattaforma Lea Sociosan, in modo tale da assolvere il debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati (ASL, Regione, Ministero).

L'applicativo è stato concepito non soltanto come un sostituto dell'archivio cartaceo, ma come una struttura più articolata, con un'architettura ben precisa, con funzioni di acquisizione, memorizzazione/sicurezza, consultazione, elaborazione e stampa. Il sistema è del tipo database management system ed è allocato sui server aziendali. Il sistema è in grado di proporsi come fascicolo elettronico sanitario.

Da ciò discende la possibilità di verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate attraverso la dematerializzazione, la centralizzazione e la gestione dei flussi informativi con l'accento particolare sui generatori di spesa come il fenomeno revolving door, utenti alti utilizzatori dei servizi, spesa farmaceutica.

Il programma prevede quindi due assi:

1. la dematerializzazione e la costruzione di flussi informativi coerenti con Lea Sociosan e con SISM
2. la gestione elettronica delle prescrizioni degli antipsicotici di II generazione

ASSE 1

Sulla base delle problematiche analizzate, il programma si pone l'obiettivo di realizzare lo sviluppo massimo del potenziale informatico dal punto di vista strutturale

e di messa a regime dell'applicativo, con graduale dematerializzazione della documentazione cartacea.

Ciò determinerebbe notevoli vantaggi dal punto di vista clinico, in termini di:

- riduzione dei drop-out, attraverso un monitoraggio costante dei casi a rischio, in modo da ridurre anche l'incidenza dei suicidi
- abbattimento dei tempi d'attesa per il primo appuntamento, con la possibilità di accedere per determinate prestazioni a tutte le UU.OO.S.M. e non necessariamente a quelle di competenza territoriale del paziente
- miglioramento organizzativo e rafforzamento dell'empowerment dell'operatore attraverso la creazione dell'operatore "responsabile"
- miglioramento dell'accuratezza della cura. Lo strumento registra e raccorda i molteplici approcci al paziente e promuove la piena integrazione tra gli interventi erogati dalle diverse figure professionali. In altri termini, accresce la capacità di comprendere la domanda di cura e permette di mettere a punto risposte adeguate e di elevata qualità.

Fattibilità/criticità delle soluzioni proposte

La fattibilità di realizzare il programma risiede nella flessibilità dell'applicativo in via di implementazione in grado già di scambiare dati con le banche dati ASL e nella possibilità di sviluppare anche la gestione dei dati e dei collegamenti con altri soggetti presenti nel territorio.

Tra le criticità che possono essere individuate, primaria è, tra gli operatori, la scarsa cultura del dato e il suo utilizzo. Purtroppo il Sistema Informativo incontra ancora delle resistenze, in quanto è vissuto come un oneroso problema burocratico, privo di utilità per il servizio, e ciò ha una ricaduta negativa sull'accuratezza ed uniformità del dato. A ciò si aggiungo le criticità connesse all'adeguamento delle procedure informative ed informatiche di due diverse ex ASL, con contesti sociali e strutturali differenti.

OBIETTIVI

Obiettivo generale

Ottimizzazione dei percorsi diagnostici e di cura attraverso l'informatizzazione-dematerializzazione della documentazione clinica.

10/1

Si propone di ottenere l'acquisizione digitale del 100% dei dati cartacei con dematerializzazione della documentazione clinica.

Obiettivo 1

azioni di accompagnamento alle modifiche delle prassi operative attraverso corsi di formazione ed affiancamento per personale dedicato del DSM, sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo del software per la Cartella Informatica, anche tramite focus group con feedback sul lavoro svolto

Obiettivo 2

Conversione dei dati disponibili secondo le codifiche del SISM e trasformazione degli archivi cartacei in digitali (ad es.: scannerizzazione della documentazione storica clinica rilevante)

Piano di valutazione del programma

Obiettivo n.1	
Indicatore di risultato	Messa a regime del software
Standard di risultato	Completa implementazione dell'applicativo
Indicatore di Risultato	Grado di apprendimento del funzionamento dell'applicativo
Standard di risultato	Buona preparazione nell'utilizzo del software

Obiettivo n.2

Indicatori di risultato	n. utenti con fascicolo clinico digitale
	n. drop out
	n. utenti con tempo di attesa <10 gg. Per il primo contatto

14

REC
3
5
15
15

Standard di risultato	Riduzione del 30% dei drop out
	Riduzione del 15% tempi di attesa per il primo contatto
Indicatori di risultato	Report trimestrali al Coordinatore del programma
	n. riunioni di coordinamento generale
Standard di risultato Ottimizzazione della procedura informatizzata	

CRONOPROGRAMMA

1. Entro i primi sei mesi acquisizione del software e delle strumentazioni, formazione del personale
2. Entro i primi 12 mesi arruolamento di almeno il 50% degli utenti e recupero del 50% della documentazione clinica

ASSE 2

Particolare interesse ispira la gestione della spesa farmaceutica da vari punti di vista: appropriatezza, economicità, implicazione di modelli organizzativo-gestionali, soddisfazione dell'utente.

Come per qualunque intervento medico-sanitario, la prescrizione di un farmaco è appropriata se i benefici per la singola persona che lo riceve superano i rischi. Operativamente, una prescrizione è considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche e, in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, via di somministrazione, interazioni ecc.), per le quali è stata dimostrata l'efficacia.

La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione avviene di norma seguendo due modalità principali. La prima è quella di confrontare le modalità di prescrizione con standard predefiniti, costruiti sulla base della migliore evidenza scientifica disponibile. La seconda consiste nell'analisi della variabilità prescrittiva. Nel primo caso, lo scostamento da un comportamento considerato atteso consente di evidenziare un intervento potenzialmente inappropriato. Nel secondo, l'intento è

REC

quello di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l'attenzione e che richiedono approfondimenti successivi.

Il confronto fra pratica prescrittiva corrente e comportamenti attesi può mettere in evidenza la prescrizione di farmaci non considerati di prima scelta nel trattamento di una condizione clinica, la prescrizione in eccesso nel trattamento di una condizione, e la mancata prescrizione di farmaci di dimostrata efficacia a pazienti che potrebbero beneficiarne.

Per quanto riguarda l'analisi della variabilità, questa può essere condotta a diversi livelli di aggregazione: fra regioni, ASL, distretti, e medici. Relativamente ai confronti fra regioni, sono da alcuni anni disponibili i dati di prescrizione elaborati dall'OsMed (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali) che consentono confronti non solo della spesa pro capite, come avveniva in passato, ma anche dell'intensità d'uso delle categorie e gruppi terapeutici e delle singole sostanze. Nell'analisi della variabilità interna alle regioni, i sistemi di monitoraggio regionali consentono anche approfondimenti relativi alle caratteristiche dei pazienti utilizzatori. Le modalità di valutazione appena esposte focalizzano l'attenzione sul processo dell'assistenza, in questo caso la prescrizione di farmaci, e non sugli esiti. L'assunzione è che se l'utilizzo di un farmaco avviene in coerenza con le evidenze disponibili non è necessaria una verifica ulteriore degli esiti. Per esempio, non sarebbe ragionevole tentare di riverificare gli esiti dell'uso delle statine nella pratica clinica corrente: è sufficiente verificare che i pazienti che ricevono il farmaco presentino caratteristiche sovrapponibili a quelle dei pazienti nei quali l'efficacia è stata dimostrata. Una impostazione simile si applica all'uso degli antibiotici, degli antiipertensivi, degli antidiabetici, degli antidepressivi, degli antipsicotici e così via.

Un punto di forza di una valutazione basata sul processo di assistenza è di poter essere spesso effettuata utilizzando le informazioni dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni disponibili a livello territoriale del SSN. Un'attenzione al processo, anziché agli esiti, rende anche più semplice la valutazione di interventi tesi a promuovere l'appropriatezza che, di nuovo, verrebbe a essere valutata dalle modifiche intervenute nei comportamenti prescrittivi. E' utile tuttavia riconoscere oltre alle potenzialità anche i limiti di questa impostazione.

Innanzitutto, la definizione operativa di appropriatezza restringe l'attenzione alle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Sono di conseguenza in buona parte esclusi da una valutazione dell'appropriatezza basata sul processo quegli interventi per i quali vi sono

informazioni insufficienti per giungere a una conclusione (le cosiddette aree grigie). Rimangono poi escluse tutte le situazioni nelle quali mancano dimostrazioni di efficacia. In questi contesti, infatti, la valutazione del profilo beneficio rischio si identifica con una valutazione di efficacia, con tutte le difficoltà pratiche di condurre studi, sperimentali o osservazionali, mirati a questo scopo.

Oltre ai limiti derivanti dalla scarsità delle evidenze disponibili sull'efficacia del singolo farmaco, è utile tenere conto che di frequente la prescrizione di un farmaco è solo uno degli interventi che servono al raggiungimento dell'obiettivo di salute. Si pensi al ruolo che la modifica degli stili di vita - abitudine al fumo, pratica di un'attività fisica, dieta - può avere nel modificare il rischio individuale di sviluppare un evento cardiovascolare. Si pensi inoltre all'effetto "attenzione" all'interno delle sperimentazioni cliniche: essere seguiti con più cura, avere una maggiore compliance, aumenta la probabilità di ottenere risultati positivi. Si pensi ancora all'importanza di effettuare in modo concomitante interventi non farmacologici nel trattamento di condizioni cliniche differenziate, dal deficit di attenzione nei bambini ai disturbi del comportamento nei pazienti con demenza.

Attualmente, la maggior parte dei trattamenti farmacologici riguarda malattie cronico degenerative, con trattamenti multipli, di lunga durata, in cui comportamenti individuali e condizioni sociali, sia modificabili sia imm modificabili, rappresentano fattori prognostici altrettanto importanti sugli esiti, o direttamente o attraverso la compliance alle cure. La ricerca sperimentale, invece, è di norma disegnata per valutare l'effetto indipendente del singolo intervento farmacologico, a parità degli altri fattori, e quasi mai è interessata a valutare le interazioni tra i fattori. La conseguenza è che nel caso di interventi multipli (modello multimodale) e di trattamenti farmacologici di lunga durata, è dubbio che una ricerca basata su misure di processo (prevalenza di trattamenti adeguati) sia in grado di fornire stime predittive di esiti rilevanti a cui andrà incontro la popolazione studiata.

Osservando i dati Os Med sul consumo dei farmaci in Italia nel periodo Gennaio Settembre 2011 i farmaci per il **sistema nervoso centrale** si collocano al terzo posto per spesa territoriale (17,9 euro pro capite) e al quarto per prescrizione (58,2 DDD/1000 abitanti die), con un andamento stabile rispetto al 2010 per quanto riguarda spesa e quantità prescritte, mentre cala ulteriormente il prezzo dei farmaci (-3,5%) e si assiste, in controtendenza rispetto alla maggior parte delle classi, ad un effetto mix positivo (+2,1%) (Tavola 1). La variabilità regionale nel consumo territoriale di farmaci per il SNC varia da 49 DDD della Campania a 76,5 DDD della Toscana, mentre la regione con la spesa più alta continua ad essere l'Abruzzo con 26,5 euro pro

capite e quella con la spesa più bassa la Basilicata (15 euro pro capite). Nell'ambito della classe la maggior prescrizione si registra per i farmaci antidepressivi (36,6 DDD, di cui 27,5 per gli antidepressivi SSRI) mentre la maggior spesa è a carico degli antiepilettici che presentano un effetto mix positivo (+7,6%), seguono i farmaci antiparkinson e gli oppioidi (Tavola 1). Fra gli antiepilettici il levetiracetam compare per la prima volta fra i primi 30 principi attivi per spesa e prescrizione (spesa: +17,7%). Il levetiracetam e il pregabalin (quest'ultimo utilizzato quasi esclusivamente nelle sindromi dolorose) coprono la maggior parte della spesa e della prescrizione territoriale di questa categoria e sono in continuo incremento (per entrambi superiore al 14% rispetto al 2010). Fra gli antidepressivi spicca la spesa per escitalopram che si sposta dal 20° al 16° posto fra i primi 30 principi attivi per spesa territoriale, con un ulteriore aumento della prescrizione del 7%. Nella classifica per spesa seguono la duloxetina e la paroxetina e distanziate sertralina e citalopram a conferma del prevalente utilizzo dei principi attivi a maggior costo. Gli antiparkinson aumentano la prescrizione a fronte di un calo dei prezzi (-17%) e della spesa (-11,1%) con un effetto mix positivo (+1,9%); tale risultato è la conseguenza da un lato della perdita del brevetto per alcuni principi attivi (ropinirolo e pramipexolo) e dall'altro dello spostamento della prescrizione verso nuove specialità (ad es: rotigotina). Gli oppioidi aumentano la loro prescrizione sia sul territorio sia a livello delle strutture pubbliche, tale aumento si osserva sia per gli oppioidi maggiori sia per gli oppioidi minori ed in particolare per i prodotti di più recente commercializzazione; per tutti infatti l'effetto mix è positivo: circa 9% (Tavole 1 e 2). Per quanto riguarda la prescrizione/erogazione nelle strutture pubbliche il primo posto è occupato dagli antipsicotici atipici in netto aumento rispetto al 2010 (+21,4% della spesa e +18,5% delle DDD) verosimilmente per un aumento della distribuzione diretta e per conto (Tavola 2).



Tavola 1. Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica territoriale di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del 2010 e 2011 (con spesa superiore a 5 milioni di euro)

I liv. ATC Sottogruppi	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Δ% 2011-2010				Δ% costo medio DDD
			Spesa	DDD	Prezzi	Mix	
N - Sistema nervoso centrale	17,9	58,2	0,1	1,6	-3,5	2,1	-1,4
Antiepilettici	4,8	10,2	8,1	2,4	-1,8	7,6	5,6
Antidepressivi-SSRI	3,7	27,5	0,7	1,8	-1,8	0,8	-1,0
Antidepressivi-altri	2,3	7,5	1,8	2,7	-1,2	0,3	-0,9
Antiparkinson	2,2	4,4	-11,1	5,2	-17,0	1,9	15,4
Agonisti selettivi dei recettori-5ht1	1,2	0,8	2,2	3,4	-0,5	-0,6	-1,2
Oppioidi maggiori	1,0	0,9	17,7	7,9	0,0	9,0	9,0
Oppioidi minori/oppioidi in		0,9	2,0	17,3	7,4	0,4	8,8
Antipsicotici atipici ed altri	0,8	0,7	-26,2	-25,2	-1,4	0,1	-1,3
Farmaci anti-demenza	0,4	0,4	-20,2	-20,7	0,0	0,7	0,6
Antipsicotici tipici	0,2	1,9	-5,4	-2,4	-2,3	-0,8	-3,1
Farmaci anti-demenza	0,1	0,1	-5,8	-3,5	0,0	-2,4	2,5
Antidepressivi-triciclici	0,1	1,1	-4,8	-4,5	0,0	-0,4	-0,3

Tavola 2. Spesa e consumi nei primi 8 mesi del 2011 per farmaci erogati dalle strutture pubbliche: categorie terapeutiche per I livello ATC (con spesa superiore a 1 milione di euro)

I liv. ATC Sottogruppi	Spesa lorda pro capite	%*	Δ% 11/10	DDD/1000 ab die	%*	Δ% 11/10
N - Sistema nervoso centrale	6,4		19,0	21,1		17,1
Antipsicotici atipici ed altri	3,0	46,3	21,4	3,8	17,8	18,5
Anestetici generali	0,6	9,4	4,3	0,5	2,4	0,0
Farmaci anti-demenza	0,6	8,6	22,8	1,1	5,2	16,7
Farmaci usati nelle disassuefazioni	0,5	7,3	66,9	2,3	10,9	13,0
Antiparkinson	0,4	6,0	17,0	0,5	2,8	9,2
Altri analgesici ed antipiretici	0,3	4,2	10,4	0,4	1,8	9,5
Antiepilettici	0,3	4,0	9,2	0,9	4,2	1,5
Farmaci anti-demenza	0,2	3,6	38,2	0,3	1,6	43,2
Riluzolo	0,1	1,5	3,3	0,0	0,2	3,3
Antipsicotici tipici	0,1	1,2	-2,6	1,4	6,7	1,5
Benzodiazepine ed analoghi	0,1	1,1	-17,9	2,7	12,9	5,4
Oppioidi maggiori	0,1	1,0	17,1	0,4	1,9	99,6
Antidepressivi-altri	<0,05	0,5	0,0	0,4	1,7	14,5
Antidepressivi-SSRI	<0,05	0,3	-19,3	1,1	5,2	3,8
Oppioidi minori/oppioidi in	<0,05	0,3	10,3	0,7	1,0	0,3

44

ABU
2008
2007

Diversi provvedimenti normativi sia di livello nazionale (l'art.8 lett.c della Legge 405/2001; l'art. 5 della L. 222 del 29 novembre 2007; la legge 24 Dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008); la DGRC n. 460 del 20.03.2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004) sia di livello regionale sono intervenuti nel tentativo di razionalizzare la spesa farmaceutica considerato che la Campania è una delle Regioni sottoposte a piani di rientro.

I provvedimenti regionali più specifici sono stati:

1. DGRC1882/08
2. Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro n° 15 del 30/11/2009
3. Decreto del Commissario ad Acta n° 33 del 22/3/12

La DGRC1882/08 ha introdotto criteri per la prescrizione degli antidepressivi appartenenti alla classe degli Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina (ISRS) e la tracciabilità delle prescrizioni attraverso l'attribuzione ad ogni medico dipendente ASL di un codice alfanumerico.

Il Decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro n° 15 ha stabilito regole per i centri prescrittori per i farmaci antipsicotici di seconda generazione ovvero per le Unità Operative in cui si articolano i Dipartimenti di Salute Mentale. Le principali novità introdotte dal decreto sono state: "... 1) *impiantare un proprio registro utenti, regolarmente aggiornato con follow-up periodici, informatizzato con accesso web; 2) produrre una reportistica, da aggiornare trimestralmente, con l'indicazione degli utenti arruolati, delle quantità di farmaci totali prescritte e valorizzate; 3) disciplinare l'invio d'ufficio di tutte le prescrizioni farmaceutiche alla farmacia ospedaliera e/o distrettuale ...*"

2008
2007

In ultimo è intervenuto anche il Decreto del Commissario ad Acta n° 33 del 22/3/12 che ha ribadito le prescrizioni della DGRC 1882/08.

Le principali classi di farmaci individuate per il monitoraggio sono rappresentate dagli antidepressivi e dagli antipsicotici atipici. Il monitoraggio dei primi oggi avviene attraverso l'apposizione della dicitura "...prescrizione indotta..." da parte del MMG sulla ricetta riportando il codice alfanumerico del medico prescrittore.

L'erogazione dei secondi avviene attraverso la compilazione di un piano terapeutico, ovvero, Libretto Terapeutico (LiT) da parte di medici autorizzati all'interno di centri prescrittori individuati dalla Regione e coincidenti con le Unità Operative di Salute Mentale.

Qualsiasi piano o progetto di governo dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, soprattutto in regime di forti limitazioni economiche, deve necessariamente:


1. Assicurare l'appropriatezza nell'uso delle risorse messe a disposizione dall'Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;
2. Ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
3. Operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.


Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ASL Napoli 3 Sud ha in corso di implementazione, in via definitiva, il proprio software per la gestione del fascicolo sanitario elettronico. Il software, fornito dal Gruppo Finmatica, è stato progettato tenendo conto della necessità di soddisfare i debiti informativi verso il sistema Lea Sociosan della regione Campania e il Sistema Informativa Salute Mentale (SISM).

È apparso naturale, proprio per rispondere alle richieste dei livelli essenziali di assistenza sociosanitari e per costituire i flussi informativi verso il SISM, garantire livelli di appropriatezza e monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche avendo come riferimento la centralità del cittadino.

I punti qualificanti di questo asse del programma sono i seguenti:

1. Informatizzazione del LiT e conseguente dematerializzazione
2. Monitoraggio in tempo reale delle prescrizioni generate e farmaci erogati (spesa)
3. Costituzione di un database per integrare dati clinici ed economici ai fini dello sviluppo di migliori protocolli di governo clinico per il miglioramento del rapporto tra le risorse impiegate ed i risultati attesi


- 
4. Raccolta di dati per la valutazione del costo delle terapie tenendo conto dei costi diretti ed indiretti dell'impiego dei farmaci antipsicotici
 5. Prossimità al cittadino attraverso la gestione della prescrizione in formato elettronico quindi rilevabile presso le farmacie distrettuali e/o private.



L'informatizzazione del LiT permetterebbe di assolvere alle prescrizioni del decreto 15 del novembre 2011, andando a costituire il registro digitale richiesto. Il vantaggio successivo che deriverebbe sarebbe la "portabilità" delle prescrizioni presso le farmacie dove l'utente attraverso la tessera sanitaria potrebbe ricevere l'erogazione del farmaco nelle modalità previste. Il collegamento con i MMG generale permetterebbe di aggiornarli sulle terapie assunte dai loro assistiti, non gravarli della prescrizione eventuale dell'antipsicotico e costruire una rete, quasi istantanea, con funzioni di farmacovigilanza e di monitoraggio della compliance alla terapia. È noto che l'aderenza è uno dei principale obiettivi da raggiungere nel trattamento di malattie croniche come la schizofrenia ed il disturbo bipolare con elevato impatto in termini di costi sanitari.

Infine il cittadino si muoverebbe all'interno di una rete dove non è centrale solo l'osservazione del suo stato psico-fisico ma anche la possibilità che possa facilmente entrare in possesso della propria terapia considerando anche i livelli di disabilità sociali che, talora, affliggono i cittadini sofferenti psichici

La fattibilità del programma è insita nella possibilità del software di database management system di essere ulteriormente sviluppato ed accogliere il "modulo LiT" e nell'alta capacità di interconnessione con altre reti infrastrutturali. Questo sarebbe possibile sfruttando il "Progetto Reti Amiche" della Pubblica Amministrazione o le infrastrutture già create, per la brillante iniziativa della nostra ASL, per le attività di CUP e/o riscossione Tickets presso le farmacie private.



Le criticità consistono nella scarsa dotazione di apparati hardware, nel miglioramento delle connessioni internet e ancora nella necessità di promuovere un passaggio verso l'health technology degli operatori e sviluppare ulteriormente le competenze informatiche già possedute.

PIANO DI ATTUAZIONE

Il programma ha come obiettivi:

1. Informatizzazione del LiT e conseguente dematerializzazione
2. Monitoraggio in tempo reale delle prescrizioni generate e farmaci erogati (spesa)
3. Costituzione di un database per integrare dati clinici ed economici ai fini dello sviluppo di migliori protocolli di governo clinico per il miglioramento del rapporto tra le risorse impiegate ed i risultati attesi, collegamento con i MMG
4. Raccolta di dati per la valutazione del costo delle terapie tenendo conto dei costi diretti ed indiretti dell'impiego dei farmaci antipsicotici
5. Prossimità al cittadino attraverso la gestione della prescrizione in formato elettronico quindi rilevabile presso le farmacie distrettuali e/o private

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO 1

Informatizzazione del LiT e creazione del registro centralizzato

Indicatore di risultato

70 % completamento parte software 3 mesi dall'approvazione del programma

100% messa a regime entro 3 mesi dalla disponibilità della funzione nell'applicativo in uso nel DSM

OBIETTIVO 2

Connessione alle UOFI Distrettuali ed alle farmacie private per il monitoraggio in tempo reale dei farmaci antipsicotici erogati

Indicatore di risultato

100% di UOFI connesse al DSM attraverso la rete aziendale per la comunicazione dei dati e l'erogazione dei farmaci entro sei mesi dall'approvazione del programma.

14

100% UOFI e farmacie private, con siglatura di apposito protocollo di collaborazione, connesse al DSM attraverso la rete aziendale per la comunicazione dei dati e l'erogazione dei farmaci entro dodici mesi dall'approvazione del programma.

1/3/2
HEC
CICOM

OBIETTIVO 3

Costituzione di un database per integrare dati clinici ed economici ai fini dello sviluppo di migliori protocolli di governo clinico per il miglioramento del rapporto tra le risorse impiegate ed i risultati attesi, collegamento con i medici di base

Indicatore di risultato

50% alimentazione del database fin dalla fase di startup dell'applicativo

50% collegamento con i medici di base con siglatura di apposito protocollo di collaborazione entro dodici mesi dall'approvazione del programma.

OBIETTIVO 4

Raccolta di dati per la valutazione del costo delle terapie tenendo conto dei costi diretti ed indiretti dell'impiego dei farmaci antipsicotici

Indicatore di risultato

100% alimentazione del database fin dalla fase di startup dell'applicativo

OBIETTIVO 5

Prossimità al cittadino attraverso la gestione della prescrizione in formato elettronico quindi rilevabile presso le farmacie distrettuali e/o private

Indicatore di risultato

100% accesso all'erogazione dei farmaci in qualunque punto della rete di distribuzione organizzata dall'ASL

HEC
CICOM

16.

PIANO FINANZIARIO

Risorse

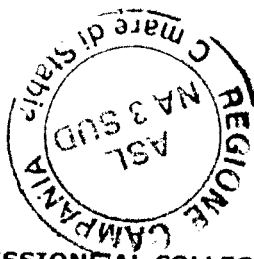
Personale	216.000,00
Medici Psichiatri	
Sociologi	
Psicologi	
Assistenti sociali	
Amministrativi	
infermieri prof.	
Esperto Informatico	
Beni e Servizi	103.000,00
Missioni	10.000,00
Spese Generali	10.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse

Personale	216.000,00
Beni e servizi	103.000,00
Missioni	10.000,00
Spese Generali	10.000,00
TOTALE	339.000,00

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

Marco Tullo

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 28219 in data 04 MAG. 2012

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. in data

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. in data

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. del

Decisione:

IL FUNZIONARIO

03 MAG. 2012

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA

A:

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
	COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
	SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 48	
	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 49	EX A.S.L. NA 4
	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 50	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 51	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 52	
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 53	
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 54	
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 55	EX A.S.L. NA 5
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 56	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 58	
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 59	
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
	COORD.TO COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	
<input checked="" type="checkbox"/>	COORD.TO PROGETTI FONDI		