



## Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 120 del 03/12/1999

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 novembre 1999, n. 1509

F.S.N. 1999 - parte corrente. Finanziamento dei progetti per il proseguimento di obiettivi prioritari del P.S.N. 1998/2000 a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/97.

LA GIUNTA

Omissis

DELIBERA

- di approvare i seguenti progetti illustrativi degli interventi e delle attività riferiti al perseguimento degli obiettivi ritenuti prioritari per il triennio 1998/2000 e finalizzati all'ammissione al finanziamento di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis della Legge 23-12-1996 n. 662:

- 1) macro sistema emergenza sanitaria 118;
- 2) riduzione delle liste d'attesa;
- 3) realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili e dei tumori in rapida espansione nell'area jonico - salentina;
- 4) potenziamento assistenza domiciliare integrata;
- 5) miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali.

\*)

\*\*)

- di trasmettere a cura dell'Assessorato alla Sanità il presente provvedimento, unitamente ai progetti sopra elencati che ne formano parte integrante, al Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione - per gli ulteriori provvedimenti di competenza;

- di pubblicare il presente atto sul B.U.R.P. considerata la valenza sociale dei contenuti e degli obiettivi dei progetti proposti nei confronti della popolazione beneficiaria e degli operatori coinvolti;

- di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della Legge n. 127/97.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta

dr. Romano Donno prof. Salvatore Distato

\*) - di autorizzare i Dirigenti dei Settori Sanità e Provveditorato, Contratti e Appalti ad attivare, con determinazione di concerto, le procedure di gara pubblica con il sistema del pubblico incanto a livello europeo per la realizzazione dei progetti suindicati;

\*\*\*) - di stabilire che per i progetti riportati ai punti nn. 2 e 3 del dispositivo della presente deliberazione,

prima della attivazione delle procedure di gara da espletarsi secondo le modalità stabilite dal presente atto, i responsabili del procedimento amministrativo dovranno produrre i relativi progetti attuativi per l'approvazione da parte della Giunta.

ASSESSORATO ALLA SANITÀ E SERVIZI SOCIALI SETTORE SANITÀ

PROGETTO OPERATIVO MACRO SISTEMA EMERGENZA SANITARIA

"118"

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il Consiglio Regionale con atto n. 382 del 3-11 febbraio 1999 ha approvato il progetto generale del macro sistema emergenza sanitaria - 118 nella Regione Puglia.

Le ragioni che spingono alla realizzazione di detto Marco Sistema sono individuate nella contezza dell'attuale inesistenza, sul territorio regionale, di una adeguata organizzazione dell'emergenza - urgenza sanitaria.

L'obiettivo del progetto, pertanto, è rappresentato dalla realizzazione di un Macro Sistema emergenza - urgenza sanitaria che interessi l'intero ambito regionale pugliese.

Le modalità di realizzazione del progetto consisteranno nella realizzazione delle due fasi operative previste dal DPR 27-3-1992 ("Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione del livello di assistenza sanitaria di emergenza") e precisamente:

A: Fase di allarme

B: Fase di risposta

CONTESTO

Le regioni che spingono alla realizzazione di un Macro Sistema Emergenza Sanitaria in Puglia sono state messe in evidenza nel 1992 da una indagine conoscitiva regionale sullo stato delle strutture sanitarie dedicate all'emergenza e sulla applicabilità alle stesse dei requisiti previsti dal DPR 27-3-1992: il quadro risultante da tale indagine (fatto poi oggetto della Delibera di Giunta Regionale n. 4830 dello stesso anno) da allora ad oggi è stato scarsamente modificato da singoli interventi realizzati da alcune Aziende Unità Sanitarie Locali.

In effetti si rileva nell'ambito regionale la scarsa disponibilità di posti letto di rianimazione e di terapia intensiva cardiologica, che allo stato sono concentrati quasi esclusivamente nei presidi individuati quali sedi di Azienda Ospedaliera. Tale situazione comporta il frequente ricorso a lunghi trasferimenti in ambulanza di pazienti gravi, con l'alto rischio per la loro sopravvivenza.

Inoltre, sono presenti gravi carenze nella dotazione di apparecchiature medicali di gran parte dei presidi sede di Servizio di Pronto Soccorso, con palesi disuguaglianze tra le possibilità offerte in urgenza-emergenza dalle strutture ospedaliere di alcune province nei confronti di altre della stessa regione. Risulta, assente, sul territorio regionale, un servizio di eliosoccorso.

La realizzazione di un idoneo sistema di allarme, con cinque Centrali Operative, una per ambito territoriale provinciale acquista indubbiamente una particolare valenza sociale e sanitaria, a vantaggio della popolazione assistita.

OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

In conformità con quanto previsto dalla delibera di C.R. 3-11 febbraio 1999 n. 382 "progetto generale del macro sistema - emergenza sanitaria - 118 nella Regione Puglia" il "Sistema" prevede le seguenti finalità:

1) assicurare capillarmente sul territorio pugliese l'assistenza sanitaria di emergenza attraverso l'individuazione di un'idonea rete di strutture coinvolte nel sistema di emergenza, potenziando Presidi ospedalieri e Servizi sanitari di emergenza in quei bacini territoriali di utenza che, allo stato, non hanno i requisiti tecnici previsti dalla normativa;

2) realizzare ed avviare rapidamente il sistema di emergenza sanitaria, secondo il principio della gradualità di espansione dello stesso sistema fino alla copertura dell'intero territorio regionale nell'arco di un triennio;

3) medicalizzare il soccorso primario, vale a dire portare più rapidamente possibile l'ospedale al paziente e non viceversa; questo obiettivo presuppone il precoce trattamento delle emergenze sanitarie sul luogo dell'insorgenza dell'evento da parte di équipes di personale sanitario, medico ed infermieristico particolarmente addestrato ed il successivo trasporto dei feriti ed infermi, con parametri vitali stabilizzati, all'ospedale più vicino e più idoneo;

4) coinvolgere il volontariato in possesso di specifici requisiti tecnici;

5) informare gli utenti pugliesi dell'attivazione del livello di assistenza sanitaria di emergenza, della rete di strutture coinvolte nel sistema, dei percorsi operativi previsti dallo stesso sistema, nonché delle modalità di chiamata e di inserimento nel sistema, al fine di rendere rapido ed efficace l'intervento richiesto.

Gli obiettivi specifici, già previsti nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 1811 del 29-5-1998, e quindi discussi ed adottati nella Deliberazione del Consiglio Regionale dell'11-2-1999 innanzi citata sono i seguenti:

1) realizzare cinque Centrali Operative a competenza provinciale, da alloggiare nelle Aziende Ospedaliere:

Policlinico di Bari;

Di Summa di Brindisi;

Ospedali Riuniti di Foggia;

Vito Fazzi di Lecce;

SS. Annunziata di Taranto;

2) adeguare alle normative vigenti una serie di Presidi ospedalieri e Servizi sanitari d'emergenza, inseriti in una rete regionale dell'emergenza, distribuiti sul territorio regionale secondo il criterio dei bacini d'utenza, che sono stati individuati in:

90.000 abitanti per i Servizi di Pronto Soccorso Attivo;

200.000/300.000 abitanti per i Dipartimenti d'Emergenza di I livello;

fino ad 1.000.000 di abitanti per i Dipartimenti d'Emergenza di II livello.

In particolare, quali Dipartimenti di Emergenza di I livello (allo stato non attivi per difetto di requisiti tecnici), sono stati individuati i Presidi ospedalieri già in possesso almeno di una diagnostica TAC e per ognuno di essi è stata prevista l'attivazione di una unità di Terapia Intensiva Coronarica, di una unità di Terapia Intensiva di Rianimazione e di una unità di Terapia Intensiva Neonatale; tali dipartimenti di emergenza sono stati individuati secondo una distribuzione territoriale strategica e razionale che garantisca la distribuzione capillare per provincia e quindi su tutto il territorio regionale.

Vengono riconfermati quali sedi di Dipartimento d'Emergenza di II livello gli ospedali già in possesso di tutti i requisiti tecnici previsti dalla normativa, attualmente identificati come Aziende Ospedaliere;

3) formare il personale addetto al servizio di emergenza, al fine di ottenere una uniformità nel tipo di capacità espressa da ciascun partecipante ad interventi di emergenza e quindi di omogeneizzare e valorizzare le specifiche professionalità, orientate verso un settore nuovo, quale è quello della gestione delle emergenze sul territorio;

4) attivare il servizio di elisoccorso sul territorio regionale pugliese, con particolare attenzione al territorio montuoso del promontorio del Gargano, che per le peculiari caratteristiche orografiche rende difficoltoso il trasporto sanitario su gomma.

## ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Il piano operativo del progetto prevede una serie di azioni, da effettuare anno per anno per tre anni consecutivi.

### I ANNO:

- 1) attivazione delle cinque Centrali Operative provinciali, presso le sedi già individuate tra i DEA di II livello, dotandole di sistema di fonìa, di sistema radio e di sistema informatico;
- 2) adeguamento delle attrezzature in dotazione ai Servizi di Pronto Soccorso rientranti nella rete regionale; le dotazioni dovranno comprendere almeno: ambulanza di tipo A, ambulanza di tipo B, frigoemoteca, defibrillatore, elettrocardiografo, ecografo internistico, ventilatore volumetrico, saturimento;
- 3) integrazione dotazione posti letto di terapia intensiva di rianimazione, coronarica e neonatale nei DEA di II livello già esistenti, allo scopo di poter disporre in tempi brevi, possibilmente entro un anno, di un maggior numero di posti letto in tali specialità;
- 4) predisposizione di una prima parte della rete di eliporti ed elisuperfici previsti sul territorio regionale.

### II ANNO:

- 1) completamento della rete delle comunicazioni afferenti alle Centrali Operative, mediante collegamento di strutture sanitarie periferiche, anche allo scopo di poter ottenere una programmazione in tempo reale dei ricoveri non rientranti nei canoni dell'urgenza;
- 2) completamento delle Terapie Intensive di Rianimazione, Coronarica e Neonatale del DEA di II livello ed avvio della realizzazione di analoghe Intensive nelle sedi individuate quali DEA di I livello;
- 3) formazione del personale operante nelle strutture, ospedaliere e territoriali, a vario titolo coinvolte nella gestione delle urgenze-emergenze sanitarie;
- 4) completamento rete eliporti - elisuperfici ed avvio del servizio di elisoccorso sul territorio regionale.

### III ANNO

- 1) completamento Terapie Intensive di Rianimazione, Coronarica e Neonatale dei DEA di I livello;
- 2) formazione del personale operante nelle strutture, ospedaliere e territoriali, a vario titolo coinvolte nella gestione delle urgenze-emergenze sanitarie;
- 3) completa realizzazione dell'elisoccorso su tutto il territorio regionale;
- 4) adeguamento tecnologico delle strutture dedicate all'urgenza-emergenza secondo quanto emerso dall'esperienza operativa dei primi due anni di attività del Macro Sistema;
- 5) istituzione della scheda magnetica riportante, oltre ai dati anagrafici dell'assistito, le principali patologie sofferte dallo stesso e gli indirizzi utili cui fare riferimento in caso di bisogno; dotazione ai servizi d'emergenza rientranti nel Macro Sistema di apparecchi per la lettura della suddetta scheda magnetica;
- 6) acquisizione nelle sedi ospedaliere dedicate all'emergenza del materiale didattico occorrente alla formazione del personale dei Servizi di Pronto Soccorso del personale delle Centrali Operative e dei medici da adibire all'emergenza territoriale;
- 7) avvio campagna di pubblicizzazione del progetto.

## SCHEDE DEI COSTI

(copertura dei costi prevista esclusivamente con fondi ministeriali)

(milioni di lire) Anno 1 Anno 2 Anno 3 Totale

- Centrali Operative 23.000 10.000 33.000  
- Dotazione attrezzature Pronto Soccorso 5.364 5.364  
- Posti letto Intensive del DEA II 17.088 11.392 28.480  
- Posti letto Intensive del DEA I 17.510 18.500 36.010  
- Elisoccorso 2.000 9.000 9.000 20.000  
- Formazione - addestramento 2.500 2.500 3.000 8.000  
- Educazione sanitaria 500 500 1.000  
- Adeguamento tecnologico 10.000 10.000  
- Mediacard 10.000 10.000  
TOTALE 50.452 50.902 50.500  
TOTALE GENERALE 151.854

## MODULO 1

Dati generati del progetto

REGIONE PROPONENTE: REGIONE PUGLIA

TITOLO DEL PROGETTO:

RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI E PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

RIFERIMENTI OPERATIVI DEL PROPONENTE

Nominativo CAVALLO Carmela Dirigente Ufficio Assistenza Farmaceutica

Unità Operativa

Indirizzo: Via Caduti di tutte le Guerre, 15 - Bari - 70100

Telefono 080-5403143(45) fax 080-5403477 - 5403243

IMPORTO (milioni) 24.000

EVENTUALE PARTECIPAZIONE DELLA REGIONE AL FINANZIAMENTO (milioni) NO

PERIODO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO anni 1998-1999-2000

DIMENSIONE DEL PROGETTO: REGIONALE

SEDE:

Il progetto è gestito dall'Assessorato alla Sanità direttamente con il coinvolgimento di tutte le Aziende Sanitarie, al fine di garantire a tutta la popolazione pugliese uguale accessibilità ai servizi sanitari di che trattasi.

UTENZA INTERESSATA:

Il progetto ha rilevanza regionale e interessa tutta la popolazione pugliese che ammonta a circa 4 milioni.

COLLEGAMENTO CON ALTRI PROGETTI: SI

Il presente progetto si integra con iniziative già assunte dalla giunta regionale sia per migliorare l'utilizzo delle strutture sanitarie attraverso forme assistenziali alternative al ricovero ordinario, (day-hospital, assistenza domiciliare e ambulatoriale), sia per la determinazione dei tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO: Sintesi del contenuto del progetto.

La Regione Puglia con D.G.R. n. 4063/98 ha stabilito un programma di miglioramento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, fino al conseguimento, nel triennio, dei seguenti obiettivi:

30 gg. per l'esecuzione delle prestazioni;

5 gg. per la messa a disposizione del referto;

individuazione dei servizi a scarsa distribuzione sul territorio regionale per i quali l'eccessiva domanda condiziona il rispetto dei 30 gg.

Naturalmente il suddetto processo necessita di investimenti che risultano per la Regione particolarmente onerosi e per i quali è opportuno finalizzare interventi ad hoc.

Il progetto proposto prevede le seguenti fasi:

avvio del sistema informativo che permetta la raccolta e la diffusione di dati relativi ai tempi di attesa;

impostazione dell'attività di controllo rispetto alla qualità dei dati;

il monitoraggio dei dati;

valutazione dell'appropriatezza della domanda coinvolgendo in sintonia la realtà territoriale e i medici di medicina generale;

la definizione di un piano di comunicazione per diffondere i dati in maniera capillare ed il miglioramento della accessibilità delle strutture.

Per la onerosità del progetto in prima battuta si prevede di dotare tutte le Aziende Sanitarie degli strumenti idonei alla raccolta dei dati necessari alla Regione per l'attività di monitoraggio e valutazione degli stessi dati.

In una seconda fase il progetto prevede l'istituzione di un CUP che a livello regionale gestisca la disponibilità delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di particolare criticità individuati dalla precedente fase di monitoraggio.

Oltre all'obiettivo primario che è quello di garantire ai pazienti l'erogazione delle prestazioni in tempi accettabili rispetto ai bisogni, la Regione si propone il miglioramento del sistema informativo per poter analizzare i problemi e porre i correttivi e l'informazione capillare alla cittadinanza delle potenzialità del sistema sanitario regionale.

A tal fine è in corso di predisposizione una "mappa" dei servizi sanitari della Regione Puglia per ciascun ambito territoriale anche al fine di razionalizzare l'uso delle risorse.

#### CONTESTO:

Gli adempimenti legislativi della Regione Puglia, in attuazione della normativa conseguente alla "Riforma Sanitaria (gennaio 1995), hanno comportato, di recente, nuovi provvedimenti di rilevante impatto sul sistema sanitario pugliese, tra cui:

1) L'approvazione del "PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO";

2) la fissazione dei T.M.A. e della loro riduzione nel triennio:

3) il piano programma per L'ATTIVAZIONE DEL "118".

Allo stato attuale la domanda di prestazioni sanitarie non è opportunamente orientata per una serie di fattori che fanno riferimento a:

Carente azione di marketing aziendale

Scarsa integrazione fra soggetti erogatori e strutture di governo della domanda

Scarso utilizzo di forme alternative rispetto al ricovero ordinario (day hospital, day surgery)

Scarsa conoscenza dei tempi medi di attesa per determinate prestazioni

Mancata applicazione dell'esecuzione ambulatoriale degli esami propedeutici agli interventi chirurgici

Utilizzo delle risorse umane, tecnologiche, spazi fisici, non orientate alla effettiva necessità di domanda.

L'intervento proposto tende a superare la criticità attraverso l'attivazione di procedure standardizzate, a valenza regionale, con finalità di regolare e facilitare l'accesso ai servizi sanitari.

Inoltre si ritiene che particolare considerazione meriti la INFORMAZIONE e la COMUNICAZIONE, che inizia dai singoli Medici di Medicina Generale e si estende ai vari livelli (intra/infraziendale ed intra-regionale), circa le effettive prestazioni che ciascuna struttura è in grado di assicurare, sia di tipo ambulatoriale che di ricovero per diagnosi e cura, nonché delle modalità di accesso ai tempi di attesa.

Infatti, le carte dei Servizi Sanitari prodotte da ciascuna Azienda in applicazione della relativa normativa offrono solo un quadro di insieme del "sistema" nel rispettivo territorio di riferimento, ed in genere risultano redatte in forma autoreferenziale ed estremamente sintetiche circa le prestazioni assicurate

dalle rispettive organizzazioni.

Peraltro la forma geografica del territorio regionale tende a marcare la conformazione di tre bacini di riferimento sanitario (il N-O, il Centro ed il S-E), con una disomogenea distribuzione di strutture ai vari livelli di specializzazione e della rispettiva accessibilità. Anche per tale aspetto si impone la necessità di utilizzare al massimo la conoscenza delle risorse assistenziali del proprio territorio al fine di meglio orientare la domanda.

#### OBIETTIVI, RISULTATI, INDICATORI:

Il Ministero della Sanità, con il Decreto Legislativo 124/98, ha definito che le Regioni individuino i criteri per mettere nelle condizioni i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e i Rappresentati Legali delle altre strutture accreditate di stabilire i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriari.

##### 1° OBIETTIVO

"Individuazione delle prestazioni oggetto di rilevazione"

Analisi delle prestazioni da considerare per la valutazione dei tempi di attesa reali, escludendo quelle riferite ai controlli programmati successivi alla prima prestazione specialistica che vanno considerate a parte nelle agende di prenotazione.

Sono inoltre escluse dalla rilevazione le prestazioni inserite nei programmi regionali di screening effettuate a scopo preventivo.

Il risultato atteso è la configurazione di un elenco di prestazioni da considerare rappresentative per la valutazione dei tempi di attesa reali, il cui utilizzo possa essere orientato per una facile lettura dei dati raccolti.

L'indicatore per il raggiungimento del risultato è rappresentato dall'elenco di prestazioni predetto, per il suo utilizzo da parte di tutte le strutture erogatrici, per la individuazione e trasmissione dei tempi relativi alle stesse, nonché per l'utilizzo da parte della Regione.

##### 2° OBIETTIVO

"Modalità di raccolta e di analisi dei dati"

La Regione Puglia dovrà stabilire le modalità di rilevazione periodica da parte di tutte le strutture erogatrici dei dati relativi alle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri, determinando anche la data di prenotazione e di erogazione.

Le strutture saranno messe in grado di poter assumere i dati necessari e di garantirne la qualità, il che presuppone investimenti mirati da parte della Regione.

Sulla base di queste direttive le strutture erogatrici forniranno i flussi informativi attraverso cui la Regione potrà effettuare l'analisi dei tempi di attesa attraverso lo studio di indicatori la cui individuazione rientra in questo obiettivo.

Il risultato atteso è quello di avere a disposizione una banca aggiornata sulle prestazioni erogate da tutte le strutture con i relativi tempi; altro importante risultato è la configurazione di un elenco di indicatori rappresentativi per la valutazione dei dati raccolti.

L'indicatore è rappresentato dal 100% delle strutture che fanno pervenire i loro dati non oltre il mese successivo alla erogazione delle prestazioni, tempo ritenuto compatibile per un corretto monitoraggio del sistema.

È inoltre prevista la produzione dell'elenco degli indicatori suddetti.

##### 3° OBIETTIVO

"Refertazione esami strumentali"

La delibera di giunta regionale n. 4063/98 stabilisce che entro il triennio 98/2000, la consegna dei referti degli esami strumentali dovrà essere effettuata entro 5 giorni al fine di consentire la prescrizione del piano terapeutico da parte del medico in tempi accettabili, fatti salvi gli esami ormonali ed isto-citologici che prevedono, per motivi tecnici, tempi superiori per l'esecuzione.

Il risultato è quello di una riduzione dei tempi di attesa per favorire il bisogno dei pazienti.

L'indicatore è rappresentato dal 100% delle strutture che raggiungono il risultato, esaminati a campione.

##### 4° OBIETTIVO

"Controllo dell'appropriatezza della domanda"

Al fine di equilibrare la domanda e l'offerta di servizi sanitari, è opportuno il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, i quali siano in grado di orientare la domanda attraverso una offerta di "pacchetti di prestazioni" che le strutture sono in grado di erogare in base a protocolli prestabiliti.

Il risultato è quello di attivare in collaborazione con i Medici di Medicina Generale la costituzione di protocolli per la erogazione di "pacchetti di prestazioni".

L' indicatore è la produzione dei protocolli.

5° OBIETTIVO

"Istituzione e realizzazione del Sistema CUP Regionale"

Componente fondamentale del progetto è l'istituzione e implementazione di un sistema, di prenotazione gestito a livello regionale per la disponibilità delle strutture sanitarie che erogano prestazioni, le quali, nella fase di validazione dei dati possono presentare elementi di criticità.

Il risultato atteso è la gestione centralizzata a livello regionale delle prenotazioni da erogarsi presso le strutture suddette.

L' indicatore è rappresentato dalla realizzazione al 100% del collegamento in rete delle strutture individuate.

## STRATEGIA DI COMUNICAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PROGETTO

L'efficacia delle attività del progetto passa attraverso la massima diffusione e pubblicizzazione dello stesso.

A tal fine saranno coinvolte tutte le fonti di informazione, in particolare i Medici di Medicina Generale, Medici Pediatrici e i Farmacisti sulla base della documentazione messa a loro disposizione dalla Regione e/o dalle AA.SS.LL. in ordine al servizio di che trattasi, onde facilitarne l'accesso.

Ai fini del coinvolgimento si prevede la presentazione del progetto alle aziende attraverso circolari ed incontri con l'eventuale ausilio di esperti di comunicazione esterna.

Inoltre si evidenzia la necessità di informazione e divulgazione attraverso i seguenti strumenti:

Atlante Sanitario Regionale su base provinciale;

Guida rapida all'offerta delle prestazioni;

Convenzione con televideo regionale per fascicoli tematici;

Produzione di supporti informatici (floppy disk o CD-ROM);

Allestimento di un sito Web su Internet (o altra rete interregionale).

## ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

### PIANO OPERATIVO

Nel piano operativo del progetto vengono specificate le azioni, le attività, i tempi e i soggetti coinvolti.

1°

"Individuazione delle prestazioni oggetto di rilevazione"

Per tale punto è prevista la costituzione di un team regionale preposto alla individuazione delle prestazioni oggetto di rilevazione.

Per tale fase si stima un anno di tempo.

2°

"Modalità di raccolta e di analisi dei dati"

Tale punto risulta particolarmente critico in quanto le azioni da attuare per raggiungere l'obiettivo sono molteplici ed implicano il coinvolgimento di ASL e Regione.

Si tratta. In sintesi, di realizzare la rete di collegamento tra i soggetti coinvolti, di definire i modelli di



rilevazione e i modelli di analisi dei dati raccolti.

Il tempo occorrente è stimabile in due anni.

3°

"Refertazione esami strumentali"

Questo punto comporta una intensa riorganizzazione delle strutture che erogano le prestazioni modificandone le modalità lavorative, anche utilizzando forme di incentivazione così come disposto dall'art. 3 comma 12 lettera a) D.L.vo 124/98.

I soggetti interessati sono gli erogatori diretti e le Aziende Sanitarie preposte allo studio delle forme di incentivazione.

I tempi di realizzazione sono stimati in un anno.

4

"Controllo dell'appropriatezza della domanda"

Questo punto è fondamentale per la buona riuscita del progetto, perché solo il coinvolgimento dei prescrittori induce direttamente una razionalizzazione della domanda.

Per tale motivo le ASL e i Medici di Medicina Generale devono collaborare per tutta la durata del progetto.

I tempi di attuazione assorbono l'intero triennio.

5°

"Istituzione e realizzazione del sistema CUP Regionale"

Le azioni per realizzare questo obiettivo si concretizzano nella individuazione delle strutture che erogano particolari prestazioni; nella realizzazione di una rete informativa che colleghi dette strutture con la Regione; nella gestione delle disponibilità presso tali strutture.

I soggetti coinvolti sono le strutture erogatrici, le ASL e la Regione.

I tempi di attuazione assorbono l'intero triennio.

## MODULO 3

### SCHEDE DEI COSTI

1° anno 2° anno 3° anno TOTALE

Spese per personale

di cui

Personale dipendente 1.500 1.500 2.900 5.900

Trasferte 200 200 200 600

Spese per beni e servizi

di cui

Apparecchiature (canoni, leasing, etc.) 3.500 3.500 2.000 9.000

Materiali 800 800 300 1.900

Collaborazioni specialistiche, 100 100 100 300

consulenze

Altri servizi 1.000 1.000 300 2.300

Spese Generali 1.420 1.420 1.160 4.000

TOTALE GENERALE 8.520 8.520 6.960 24.000

## MODULO 1

Dati generali del progetto

REGIONE PROPONENTE: PUGLIA

TITOLO PROGETTO: REALIZZAZIONE DI CAMPAGNE DI SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI FEMMINILI

RIFERIMENTI OPERATIVI DEL PROPONENTE

Nominativo: dr. PETROLI M.

Unità operativa: drs MENGANO A.

Indirizzo: VIA CADUTI DI TUTTE LE GUERRE, 17 - 70126 BARI (BA)

telefono: dr PETROLI: 080 - 5403171; drs MENGANO: 5403210

fax: 080 - 5403243; 080 - 5403477; 080 - 5403267

e mail:/

IMPORTO (milioni): L. 35.020.000.000

EVENTUALE PARTECIPAZIONE DELLA REGIONE AL FINANZIAMENTO: NO

PERIODO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO: TRE ANNI

DIMENSIONE DEL PROGETTO: REGIONALE

Sede/i: ARTICOLATO SU 5 CENTRI PROVINCIALI

UTENZA INTERESSATA (DIMENSIONE E TIPOLOGIA DELLA POPOLAZIONE BENEFICIARIA):

a) TUMORE MAMMARIO: INTERVENTO DI DIAGNOSI PRECOCE DEL ca. MAMMARIO: UTENZA: DONNE TRA I 50 E 69 ANNI; DIMENSIONE: REGIONE.

b) ca. COLLO DELL'UTERO: SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DELLA SFERA GENITALE; UTENZA: DONNE TRA I 25 E 64 ANNI. DIMENSIONE: REGIONE.

EVENTUALE COLLEGAMENTO CON ALTRI PROGETTI (progetti analoghi e/o di altre regioni): NO.

Modulo 2

PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROVVEDIMENTI DI DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA MAMMARIO NELLA REGIONE PUGLIA

SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

In Puglia non esistono dati controllati sulla incidenza e mortalità del carcinoma mammario, poiché non è stato a tutt'oggi attivato un Registro Tumori. È ipotizzabile che 1500-1800 donne all'anno si ammalino di carcinoma mammario e 600-800 donne muoiano per la stessa causa. La mammografia è l'indagine fondamentale poiché assicura la diagnosi più precoce possibile, consentendo quindi un'efficace prevenzione secondaria. Come deriva dai numerosi studi clinici che hanno dimostrato, a livello mondiale, che la mortalità da carcinoma mammario può essere ridotta di almeno il 30% con programmi di diagnosi precoce di elevata qualità. Sono queste le ragioni che spingono la Regione Puglia a formulare un progetto che assicuri all'utenza femminile del territorio strutture di diagnosi precoce di elevata qualità. Pertanto l'obiettivo primario risulta la riduzione della mortalità nella fascia d'età a rischio (50-69 anni).

Le modalità di realizzazione del progetto consisteranno nell'attuare le direttive delle linee guida della COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE, ovvero nella attivazione di una rete di unità funzionali di Senologia Diagnostica (UFDS) collegate ad un centro di riferimento. Esse costituiscono la risposta più pronta alla domanda di diagnosi precoce e la premessa culturale ed operativa allo studio di fattibilità di vero e proprio programma di Screening di popolazione.

CONTESTO

Secondo dati ISTAT '96, la popolazione totale residente in Puglia è 4.087.000, di cui 2.095.000

femmine.

Le donne comprese tra le fasce d'età 50-69 anni sono 440619 e costituiscono la popolazione "bersaglio" della Diagnosi Precoce.

La tabella 1 mostra la dimensione della popolazione bersaglio nell'intera area regionale e suddivisa per provincia e la corrispettiva "copertura" diagnostica secondo quanto emerso dal censimento fatto dal SARIS (Servizio Autonomo Di Radiologia Ad Indirizzo Senologico Azienda Ospedaliera Policlinico Di Bari) nel 1998.

Risulta evidente la esiguità dell'attività di diagnostica senologica in rapporto alla popolazione da esaminare e la sua incongrua, disomogenea distribuzione. (vedi grafico 1 e 2).

Ne deriva che non più del 15-20% delle donne residenti in Puglia sia riuscita a soddisfare la richiesta di una mammografia.

Pertanto, la realizzazione di una rete di UFSD, ubicabili nei cinque capoluoghi di provincia, in collegamento con il Centro di Riferimento già individuato dalla programmazione sanitaria Regionale nel SARIS, consentirebbe una fruizione da parte dell'utenza dei Servizi di diagnosi senologica nell'ambito geografico di residenza, evitando disagi legati agli spostamenti e lunghe liste d'attesa. Creata la rete si potrebbe programmare l'invito attivo della popolazione, ad iniziare dalle aree più periferiche. Si creerebbero così i presupposti per la riduzione della mortalità per questa patologia.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Gli obiettivi prioritari da conseguire appaiono pertanto un sostanziale aumento dell'attuale 15-20% di copertura diagnostica e una omogenea redistribuzione della stessa sul territorio regionale unitamente ad una uniforme qualità dei livelli operativi.

Obiettivi intermedi.

È preliminarmente necessario rendere operativo il Centro di Riferimento Regionale per l'indirizzo ed il coordinamento dell'attività di diagnostica senologica ed il monitoraggio dei livelli di avanzamento e standardizzazione raggiunti.

Il censimento delle realtà operative sul territorio regionale e la definizione del loro profilo strutturale e qualitativo appaiono le fasi successive. Appare opportuno, in prima istanza, razionalizzare l'esistente ed utilizzare, ottimizzandole, le risorse già disponibili: le strutture radiologiche pubbliche e, possibilmente, quelle private accreditate. Sulla scorta dei dati del censimento SARIS, sui Reparti di Radiodiagnostica operanti nella Regione, 32 hanno confermato una attività di Diagnostica Senologica, delle quali il 60% circa con una produttività non superiore a 2000 mammografie all'anno, il 30% tra le 2000 e 5000 e solo il 10% tra 5000 e 10000 mammografie/anno.

Assumendo come numero congruo 5000 esami clinico-mammografici/anno per mammografo, si può ritenere un obiettivo possibile, a medio termine, la creazione e utilizzazione di una rete di Unità di Diagnostica Senologica di 1° livello in numero adeguato al territorio, con un carico di lavoro di 5000 esami mammografici/anno e di 5 Unità di Diagnostica Senologica di 2° livello per ciascun capoluogo di provincia, con 10.000-15.000 esami mammografici/anno.

La U.D.S. di 1° livello sono le unità operative di base, situate generalmente nei reparti di Radiologia Ospedaliera ed Universitaria, con un'attrezzatura minima costituita da un mammografo, una sviluppatrice dedicata, un ecografo, un computer e la dotazione per il controllo di qualità. Il personale è costituito da 1 specialista Radiologo, 2 Tecnici di Radiologia Medica, 1 infermiera professionale ed 1 amministrativo.

La U.F.D.S. di 2° livello sono articolazioni più complesse, costituite da personale ed attrezzature equivalenti a più unità di base, capaci di assicurare funzioni diverse e multidisciplinari, quali il prelievo citologico o micro-istologico o il reperimento di lesioni non palpabili ecc. Tali strutture dovrebbero essere comunque situate nel contesto di realtà sanitaria diagnostiche e terapeutiche integrate, con disponibilità di competenze multidisciplinari.

Esse dovrebbero preferibilmente avere distribuzione provinciale, comunque coerente con le necessità territoriali, con compiti di raccordo e coordinamento delle U.F.D.S. di 1° livello "satelliti", omogenee realizzando una suddivisione del territorio regionale in aree di aggregazione più, con lo scopo di ottimizzare le risorse, il personale e la attrezzature e di garantire l'applicazione di Linee Guida appropriate e livelli di Qualità adeguati.

L'utilizzazione del personale medico, paramedico ed amministrativo già operativo nelle strutture di Diagnostica Senologica preesistenti, ovvero l'acquisizione di nuovo personale, sarà quantificato, definito per qualifica, in funzione dei volumi di attività previsti per ciascuna U.F.D.S.

Contestualmente tra gli obiettivi a medio termine dovranno essere promosse ed assicurate dal Centro di Riferimento Regionale attività di formazione ed aggiornamento continuativo del personale medico e paramedico operante nelle UFDS di 1° e 2° livello volte ad eliminare discrepanze metodologiche, di formazione ed esperienza degli operatori aggravate da una mancanza di omogeneità dei percorsi diagnostici e di Controlli di Qualità.

Indispensabile supporto è la costituzione di un Registro Regionale di Patologia Mammaria, essenziale per il monitoraggio dell'incidenza e mortalità per la malattia sul territorio ed il controllo delle procedure diagnostiche e terapeutiche della patologia in questione.

### Obiettivi finali

Possono considerarsi l'aumento della copertura diagnostica sul territorio con la verifica dei risultati ottenuti e lo studio di fattibilità di uno screening di popolazione.

Come già evidenziato, l'intera popolazione "bersaglio" è di circa 440619 donne ed assumendo come soddisfacente e possibile una adesione del 40% delle donne dai 50 ai 69 anni ad un programma ben articolato di Diagnosi Precoce, le mammografie da effettuare su donne asintomatiche sarebbero 176.000 circa, con cadenza annuale o biennale, a cui bisognerebbe aggiungere un 10% circa per approfondimenti diagnostici.

Ciascuna UFDS disporrà di una Cartella Senologica Informatizzata per la codifica e l'archiviazione dei dati epidemiologici e clinici delle singole pazienti, che consentirà la valutazione di specifici Indicatori di Qualità e di Efficacia (n. di carcinomi/n. donne esaminate, % carcinomi << 10 mm., % donne operate per carcinoma con linfonodi negativi (NO), costo bioptico,)

L'individuazione di aree geografiche più idonee all'invito diretto della popolazione consentirà uno studio di fattibilità per uno screening di popolazione.

### STRATEGIA DI COMUNICAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PROGETTO

La comunicazione e pubblicizzazione dei contenuti del progetto e dei risultati attesi avverrà attraverso l'organizzazione di opportune campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte:

alla popolazione beneficiaria

agli operatori sanitari

attraverso i mass-media, pubblicazioni (opuscoli, manifesti, volantini), oltrechè con specifici incontri (convegni, seminari ecc.).

Particolare attenzione dovrà essere posta nel coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale che dovranno:

fornire alle loro assistite l'informazione necessaria per rendere consapevole la loro adesione al programma di diagnosi precoce

selezionare dalle liste dei propri assistiti le donne nella fascia di età a rischio (50-69 anni) che dovranno aderire al programma e seguirle nell'iter diagnostico-terapeutico.

### ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Il piano operativo del progetto si articola nelle seguenti azioni in ordine temporale.

Primo anno:

Adeguamento del SARIS in qualità di Centro di Riferimento Regionale per la patologia mammaria, in termini di: personale medico, paramedico e amministrativo attrezzature e spazi, ad carichi di lavoro ed alle funzioni svolte.

Ricognizione delle realtà diagnostiche esistenti sul territorio, censimento delle apparecchiature, del personale, del numero e della tipologia degli esami e verifica dei livelli operativi, dei risultati ad oggi conseguiti e delle potenzialità produttive.

Messa a punto delle apparecchiature mammografiche in ciascuna struttura con interventi congiunti tra le strutture interessate e i Servizi di Fisica unitamente ai Servizi di manutenzione esistenti nelle singole strutture.

Istruzione e formazione di personale per l'attuazione dei controlli di primo livello.

Diffusione ed attivazione di Linee Guida Nazionali di Diagnostica Senologica sul territorio regionale.

Indicatori di risultato

Mappatura delle strutture di diagnostica senologica:

responsabili, personale, apparecchiature, carichi di lavoro, contesto operativo bacino d'utenza.

Messa a punto di un Programma di Garanzia di Qualità e pubblicazione di un Manuale Regionale per i Controlli di Qualità.

Adozione ad attivazione di Linee Guida Regionali di Diagnostica Senologica.

Secondo anno:

Installazione di rete informatica regionale con connessione del Servizio di Fisica Sanitaria dell'Azienda Policlinico con ciascuna struttura periferica.

Istituzione di una Banca Dati e di un Registro Regionale di Patologia Mammaria, con la creazione di una rete informatica tra i Servizi di Anatomia Patologica ed il Centro di Riferimento collegati mediante un software di gestione dedicato.

Attività programmata e periodica di formazione ed aggiornamento degli operatori medici e paramedici con supporto didattico ed informativo adeguato. Organizzazione di corsi residenziali, corsi di approfondimento, riunioni multidisciplinari nonché di seminari e dibattiti con i medici di Medicina Generale e con le Associazioni dell'utenza.

Indicatori di risultato.

Creazione di equipe centralizzata per i Controlli di Qualità (Radiologo-Tecnico di radiologia-Fisico). Programmazione di calendario per la formazione delle Unità periferiche.

Creazione ed adozione di software specifico per i Controlli di Qualità.

Attivazione del Registro Regionale di Patologia Mammaria mediante collegamenti tra l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), i Servizi di A. Patologica e Centro di Riferimento Regionale.

Adesione del 70% degli operatori ai programmi di formazione od aggiornamento finalizzati al programma.

Terzo anno:

Monitoraggio e verifica dei livelli di diagnosi e cura del carcinoma mammario in Puglia ad opera dell'Unità di Epidemiologia e Biostatistica.

Studio di fattibilità sui modelli operativi ed organizzativi di Diagnostica Senologica sul territorio regionale: analisi di fattibilità di un programma di screening di popolazione.

Indicatori di risultato

Adesione al programma del 40% della popolazione bersaglio

Rapporto biopsie benigne/biopsie maligne: 1:1

Proporzione dei carcinomi allo stadio T1 (<<2cm):>> 50%

Proporzione dei carcinomi "minimi" (<<1cm) >> 20%

## SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DELLA SFERA GENITALE FEMMINILE

### SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Le ragioni che spingono la Regione Puglia all'organizzazione di uno screening di popolazione dei tumori della sfera genitale femminile, con invito su lettera, sono riposte nell'inesistenza di uno screening organizzato sul territorio. Da un'indagine fatta sul territorio si evince una scarsa partecipazione spontanea delle donne alla prevenzione e da un'attenta analisi sulle donne che vi partecipano spontaneamente, si nota che gli intervalli raccomandati per la ripetizione degli esami non sono rispettati (es. pap-test ogni 6 mesi-un anno con un aggravio inutile di spesa per la sanità pugliese). Sono quasi sempre le stesse donne, infatti, che si sottopongono ad esame, spesso inutilmente e poche quelle che lo eseguono per la prima volta. Pertanto nasce l'esigenza di organizzare uno screening con richiamo attivo della popolazione femminile ed informazione capillare circa le modalità della prevenzione. Lo scopo è reperire tutte le donne che pur essendo a-sintomatiche presentano lesioni curabili. Si modifica così la storia naturale della malattia riducendo la mortalità ed i costi per queste patologie.

L'obiettivo del progetto è rappresentato dalla realizzazione di uno screening organizzato meticolosamente in tutte le sue fasi, con rigorosi controlli di qualità su di esse, coinvolgendo tutte le donne, in età compresa tra i 25 e i 64 anni, della Regione Puglia, al fine di ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina.

Le modalità di realizzazione del progetto consisteranno nell'attuare le direttive delle linee guida della COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE in materia di screening.

## SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DELLA SFERA GENITALE FEMMINILE

### CONTESTO

Il carcinoma della cervice uterina, salvo casi eccezionali, è il frutto di un processo di trasformazione evolutivo. Partendo da lesioni minime localizzate nell'epitelio spesso collegabili ad infezioni da virus HPV, attraverso modificazioni cellulari sempre più gravi, ma sempre con localizzazione intraepiteliale, si raggiunge una completa deviazione fino alla trasformazione in cellule tumorali.

Le cellule tumorali acquistano quindi la capacità di oltrepassare la membrana basale, di infiltrare lo stroma e di dare metastasi a distanza.

Le lesioni localizzate a livello intraepiteliale sono le precancerosi. Il tempo di evoluzione dalle prime alterazioni a carcinoma invasivo è stato valutato, salvo casi eccezionali, oscillante dai 5 ai 10 anni.

Reperire le lesioni a livello di precancerosi è estremamente importante in quanto sono asportabili con trattamenti poco demolitivi e poco traumatici. Questo è un campo dai risvolti sociali di grande rilievo, dove prevenzione e diagnosi precoce giocano un ruolo fondamentale nella risoluzione della malattia. Il test in grado di evidenziare le modificazioni cellulari precoci è il PAP-TEST, un esame di facile esecuzione, sensibile, innocuo, gratuito, facilmente accettato dalla donna, e ripetibile. È stato ampiamente dimostrato che l'uso del PAP-TEST nell'ambito della prevenzione oncologica ha contribuito in maniera determinante alla riduzione del carcinoma infiltrante della cervice uterina, i numerosi studi epidemiologici rivelano, infatti, un abbattimento dell'incidenza di questo tipo di tumore nelle popolazioni sottoposte a screening sistematico. Si tratta certamente di uno degli screening oncologici realmente efficace. È infatti ormai noto che laddove questo viene eseguito nel modo più corretto come in Svezia, Finlandia, Islanda, Italia (Centro Nord: Firenze, Torino, Bologna, Ravenna, Trento, Ferrara) l'incidenza della mortalità per cancro della cervice uterina è notevolmente diminuita.

È ovvio che la riduzione della mortalità è direttamente legata ad alcuni fattori:

- 1) percentuale di donne che partecipano allo screening
- 2) frequenza dei controlli
- 3) qualità dei test
- 4) qualità degli approfondimenti, dei trattamenti e dei follow-up.

Il protocollo di intervento prevede, l'adeguamento della Regione Puglia alle direttive della C.O.N. in materia di screening. Considerando che la popolazione totale della Regione Puglia è di 4.087.000 di cui 2.095.000 femmine di queste 1.095.181 (dati al 1° gennaio 1998 forniti dal Sistema Informativo Sanitario Ministero Sanità Dipartimento Programmazione), sono le donne in età compresa tra i 25-64 anni, che dovrebbero sottoporsi a pap-test. Pertanto in una fase preliminare al progetto della durata di circa 4-6 mesi sarà necessaria un'indagine capillare circa le condizioni socio-economiche delle donne da sottoporre a screening per ciascuna ASL. Nella nostra Regione, le donne che spontaneamente si sottopongono a pap-test, sono il 10%. Risulta ovvio che allo scopo di sanare la criticità della situazione attuale risulta indispensabile l'opportunità di organizzare uno screening efficiente con il richiamo attivo, tramite lettera, della popolazione femminile di età compresa fra i 25 e i 64 anni, l'esecuzione di un PAP-TEST ogni 3 anni e l'attivazione di rigorosi controlli di qualità in tutte le fasi del programma. Il territorio della Regione Puglia è articolato in 12 Aziende Sanitarie Locali. Secondo i dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale risulta che la popolazione femminile della Regione Puglia compresa tra i 25 e i 64 anni è così suddivisa per provincia: Foggia 181.394; Bari 414.368; Taranto 162.124; Brindisi 112.240; Lecce 225.055. Si ritiene quindi opportuno suddividere la popolazione totale in almeno cinque centrali operative (una ogni 200.000 donne circa) che collaborino rigorosamente tra di loro in tutte le fasi del programma e che siano collegate in rete. A questo scopo necessita la presenza di un Responsabile che controlli la valenza dei dati riportati dalle varie sedi. L'efficacia dello screening risulta anche strettamente correlata alla partecipazione attiva dei Medici di Medicina Generale, che attraverso il rapporto di fiducia e confidenza con la donna, possono informare e rimuovere le resistenze alla partecipazione.

## PROGETTO SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DEL GENITALE FEMMINILE

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

#### OBIETTIVO COMPLESSIVO DEL PROGRAMMA:

L'obiettivo specifico consiste nel ridurre l'incidenza della patologia tumorale cervico-vaginale.

#### OBIETTIVI SPECIFICI E RISULTATI ATTESI:

Le donne della Regione Puglia interessate allo screening CERVICO-VAGINALE, cioè quelle comprese nella fascia di età 25-64 anni sono 1.095.181, così suddivise per provincia:

Foggia 181.394; Bari 414.368; Taranto 162.124; Brindisi 112.240; Lecce 225.055.

Con uno screening a cadenza triennale, ogni anno dovrebbero essere invitate per essere sottoposte al test il 33% delle donne (COPERTURA) sottraendo a questa, le donne "COPERTE" spontaneamente, cioè che hanno eseguito spontaneamente il test almeno negli ultimi 3 anni. Il risultato atteso è: desiderabile >> 85% - accettabile >> 65% (CEE 85% pop. obiettivo 25-64 aa). Il numero dei pap-test previsti sarà di 360.000 all'anno. Una buona COPERTURA della popolazione femminile è rilevante in un programma di screening del cervicocarcinoma, per ridurre l'incidenza di questi tumori nella popolazione. La collaborazione delle donne è un requisito importante per il successo del programma bisognerà, infatti concentrarsi nel tentativo di reclutare le donne che non hanno mai eseguito il test. Per facilitare l'affluenza alle donne è importante una localizzazione strategica dei punti di prelievo, per questo possono essere utilizzate le strutture territoriali del Dipartimento Materno Infantile (Distretti, Consultori Familiari).

## Obiettivi intermedi e finali

La popolazione femminile deve essere invitata (con lettera personalizzata) ad effettuare il test ogni 3 anni. Questo può essere effettuato dividendo il territorio in tre zone oppure invitando le donne in base a fasce di età (es. 25,28,31, ecc. Fino a 64 anni, utilizzando sempre le stesse fasce abbiamo che ogni anno arrivano a quelle fasce le donne che l'anno precedente avevano un anno meno, in questo modo in tre anni vengono invitate tutte le donne interessate).

\* Lo stile della lettera dev'essere informativo, vanno indicate con chiarezza un numero telefonico da contattare, semplici informazioni sulla procedura del prelievo, su quando e dove si possono ritirare i risultati e sui tempi d'attesa, che non devono mai superare le tre settimane, va inoltre sottolineato che l'obiettivo è quello di reperire le lesioni, prima che diventino invasive.

\* Nello screening è importante che la gestione (invio dell'invito, gestione dei dati, consegna/invio delle risposte, richiami per gli approfondimenti e follow-up delle pazienti ecc.) sia centralizzata e computerizzata, gli inviti effettuati identificando le donne tramite liste elettorali, i pap-test letti in un unico laboratorio (questo garantisce univocità di dati e un più facile controllo sulla qualità degli esami).

\* Data la situazione demografica della Regione si ritiene necessaria una suddivisione in 5 Centri, 1 per 200.000 donne circa, in questo modo: 1 Foggia, 2 Bari, 1 Brindisi/Taranto, 1 Lecce, che collaborino tra di loro in tutte le fasi dello screening e nell'elaborazione dei risultati.

Ciò equivarrebbe nei tre anni, per centro, a circa 70.000 donne all'anno da invitare, (CEE e NHSCSP <<15.000 C.O.N. <<25.000). La QUALITY ASSURANCE INTRALABORATORIO ED INTERLABORATORIO di citopatologia cervicale avrà il compito di garantire l'affidabilità e la coerenza dei risultati su tutto il territorio. La quality assurance verrà eseguita con un set standard di vetrini borderline e positivi, che verranno puntualmente (ogni tre mesi) messi in lettura ordinaria, all'insaputa del lettore.

Secondo gli Standard esistenti del NHSCSP sulla distribuzione dei risultati citologici, ci si deve attendere che il 1,6% + -0,4 siano di HSIL/Ca; il 5,5% +-1,5% di LSIL-borderline e che delle colposcopie ed istologie del HSIL ci sia la conferma del 65-85%. Va considerato che sia il VALORE PREDITTIVO POSITIVO, i CASI INTERVALLO (incidenza di Ca invasivo entro 3 anni da una citologia negativa), la COMPLIANCE ALLA COLPOSCOPIA AL TRATTAMENTO E ALL'INVITO, INCIDENZA DEL CANCRO INVASIVO CON CITOLOGIA IN PUGLIA, sono i dati che si daranno dopo una ricognizione della situazione dei cinque centri nei primi tre anni di screening. Va inoltre sottolineato che la % DI CITOLOGIA INADEGUATA deve rimanere nell'intervallo 5% desiderabile - 10% accettabile (CEE <<5% NHSCSP 7%+ -2), mentre la % di RIPETIZIONE DELL'ESAME per BCC (atipie cellulari) e displasie lievi deve rimanere nel 5-7%.

Nelle displasie moderate-gravi ci sarà l'invio immediato della donna a colposcopia con biopsia della zona di trasformazione. Se la biopsia evidenzia CIN2 o 3 o peggio si procederà a terapia locale o conizzazione. Il follow-up di queste pazienti, deve essere rigoroso tramite ripetizione del test ogni 6 mesi per tre volte e di colposcopia, solo dopo tre risposte negative la donna può tornare nel programma di screening triennale. Per rigidità del follow-up si intende anche controllare nei casi di citologia positiva, che la donna entro 3 mesi abbia eseguito colposcopia, biopsia ed eventuale intervento.

Per l'attuazione dello screening cervico-vaginale è necessaria la partecipazione/collaborazione attiva di alcune strutture:

- \* Consulteri Familiari per i prelievi
- \* Laboratori di citopatologia per lettura dei pap-test (1 per centro)
- \* Una U.O. di ginecologia, per Centro, per gli approfondimenti e gli eventuali trattamenti
- \* Un laboratorio di anatomia patologica per le biopsie
- \* Un servizio di informatica per la gestione dei programmi
- \* Un servizio di epidemiologia
- \* Reperimento delle liste anagrafiche per l'identificazione delle donne e del loro recapito



\* I protocolli operativi, comuni ai cinque centri, devono essere chiari per tutte le fasi dello screening (prelievo, lettura dei pap-test, approfondimenti, trattamenti e follow-up).

\* Devono essere organizzati controlli di qualità per tutte le fasi dello screening, il suo fallimento può essere dovuto al cattivo funzionamento di ogni singola fase (scarsa partecipazione, mal funzionamento della diagnostica dei test e degli approfondimenti, trattamenti non idonei e cattivo follow-up). Per i controlli di qualità potrebbe essere estremamente utile una convenzione con una struttura con esperienza pluriennale di screening.

\* Risulta altresì indispensabile, per il buon funzionamento dello screening, sottoporre il personale sopraccitato a corsi di formazione presso la struttura con esperienza pluriennale in materia di screening.

\* È necessaria la costituzione di un comitato di gestione dello screening formato da un componente di tutte le discipline sopra citate; a uno dei quali verrà affidata la responsabilità gestionale di tutto lo screening e dell'uniformità di lavoro nei cinque Centri.

## PROGETTO SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DELLA SFERA SESSUALE FEMMINILE

### STRATEGIA DI COMUNICAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PROGETTO

\* Per aumentare la partecipazione delle donne, il comitato di gestione dello screening, deve organizzare opportune campagne pubblicitarie (opuscoli informativi, radio, televisione, volantini, manifesti, ecc.) atte a sensibilizzare la popolazione femminile sull'utilità della ripetizione periodica del pap-test. Le campagne pubblicitarie attraverso i mass media, quotidiani, periodici, giornali locali ecc., dovrebbero essere ripetute ad intervalli regolari allo scopo di rinforzare il messaggio.

\* Un valido contributo per incrementare la partecipazione delle donne allo screening potrebbe essere dato da un coinvolgimento nel programma dei medici di base (SIMMG).

I Medici di Medicina Generale possono infatti:

\* informare attivamente la popolazione

\* fare informazione mirata sulle donne non responders

\* fare counselling in tutte le fasi del programma.

Si ritiene indispensabile (secondo le raccomandazioni europee) la formazione dei medici di medicina generale attraverso:

\* partecipazione ai Comitati Regionali per la pianificazione dell'attività di screening

\* definizione degli obiettivi e sviluppo di linee guida dedicate all'attività ambulatoriale dei Medici Generali

\* programmi di formazione professionale continua

\* produzione di adeguato materiale a disposizione del Medico Generale per l'informazione delle proprie assistite.

Risulta inoltre utile l'organizzazione, da parte del comitato di gestione dello screening, di convegni annuali per informare medici di base e personale sanitario sui risultati dello screening stesso.

## PROGETTO SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DELLA SFERA GENITALE FEMMINILE

### ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Il piano operativo del progetto prevede le azioni, sopra dettagliatamente elencate, con suddivisione della popolazione femminile in età compresa tra i 25 e i 64 anni, in tre anni.

I ANNO:

1) Analisi e rilevazione delle strutture socio-sanitarie da coinvolgere nel programma di screening.

2) Formulazione e diffusione di linee guida per l'esecuzione del programma di screening, ai Direttori Generali delle Aziende.

- 3) Attivazione dei cinque Centri con un sistema informatico collegato all'anagrafe dei vari paesi e tra di loro, per uniformità d'azione.
- 4) Adeguamento, formazione e controlli di qualità periodici del personale medico, paramedico e amministrativo coinvolto nello screening.
- 6) Formazione del M.M.G.
- 5) Adeguamento delle attrezzature in dotazione dei cinque centri (Microscopi con ottica ad alta definizione, 1 microscopio multi-oculare per Centro per eseguire il controllo intralaboratorio per l'uniformità di lettura tra gli operatori, colposcopi).
- 6) Avvio campagne pubblicitarie.
- 7) Invito con lettera di 360.000 donne (perchè inizialmente si suppone che l'adesione delle donne possa essere inferiore alla richiesta).
- 8) Alla fine dell'anno il comitato di gestione dello screening deve valutare i risultati ottenuti per apportare eventuali correzioni.
- 9) Comunicazione dei risultati ottenuti ai Direttori Generali delle ASL, ai M.M.G. e al Ministero della Sanità.

Dall'esperienza di altri centri risulta che nello screening per il cervico- carcinoma, una percentuale di circa il 4-7% di esami necessitano di ulteriori approfondimenti (colposcopia ed eventuale biopsia), circa 1% sono destinati ad un intervento più o meno importante. I casi sottoposti ad intervento devono essere poi seguiti nel tempo con intervalli molto più ravvicinati (follow-up). Queste donne le ritroveremo negli anni successivi:

#### II ANNO

- 1) Invito con lettera di 360.000 donne (cui vanno aggiunte quelle del follow-up)
- 2) Richiamo con seconda lettera alle donne che non hanno aderito il primo anno, sollecitandone la partecipazione
- 3) Corsi di Formazione e controllo di qualità del personale coinvolto nello screening
- 4) Organizzazione di campagne pubblicitarie riportanti i risultati ottenuti il primo anno
- 5) Valutazione da parte del comitato di gestione dei risultati ottenuti
- 6) Comunicazione di questi ai Direttori Generali delle ASL, ai M.M.G. e al Ministero della Sanità

#### III ANNO

- 1) Richiamo con la terza lettera alle donne che non hanno aderito allo screening il 1° ed il 2° anno, seguita da una telefonata con appuntamento per una maggiore garanzia di adesione
- 2) Invito con lettera alle 375.181 donne rimaste
- 3) Corsi di formazione e controllo di qualità per il personale coinvolto nello screening
- 4) Valutazione da parte del comitato di gestione dei risultati generali
- 5) Comunicazione di questi ai Direttori Generali delle ASL, ai M.M.G. e al Ministero della Sanità.

#### MODULO 3

#### PROGETTO SCREENING DI POPOLAZIONE DEI TUMORI DELLA SFERA SESSUALE FEMMINILE SCHEDA COSTI

(copertura dei costi prevista esclusivamente con fondi ministeriali)

Prelievo: il tempo necessario per l'effettuazione di un prelievo è di circa 15 minuti per una previsione di 300.000 pap-test annui sono necessarie 70.000 ore di attività che possono essere coperte dall'orario completo di circa 40 ostetriche o dall'orario parziale di più figure già presenti nei consultori.

Accettazione, colorazione e archiviazione dei vetrini: sono necessari 30 tecnici di laboratorio (meglio se 20 tecnici e 10 tra infermieri e segretari). Queste figure devono essere sicuramente incrementate.

Un Biologo in sola lettura dovrebbe assicurare 7000-8000 vetrini all'anno. Pertanto, per la lettura dei Pap-Test ed eventuale gestione di inviti-richiami per approfondimenti e follow-up: sono necessari almeno 30 Biologi (numero minimo indispensabile per non arretrarsi nelle risposte).

Informativo, Ginecologo/i possono essere sufficienti quelli già presenti nelle varie strutture delle aziende.

Le spese per Controlli di qualità sono da concordarsi con una struttura esterna che abbia esperienza di screening.

## ATTREZZATURE

Lettura pap-test:

30 microscopi con ottiche ad alta definizione

5 microscopi multioculari, 1 per centro, per concordanza lettura intralaboratorio:

spesa totale prevista circa 600 (milioni di lire)

Informatizzazione:

30 computer con programma idoneo alla gestione automatizzata dello screening (incrocio con le liste anagrafiche, stampa inviti, inserimento esami, gestione richiami ecc.) spesa prevista circa 40.

Spese generali: istoteche e materiale di consumo da laboratorio circa 100.

(milioni di lire)

I ANNO II ANNO III ANNO Totale

Spese per il personale

medico e paramedico 40 tra medici

(incremento pers. esistente) e biologi 3.000 3.000 3.000 9.000

con costi per i corsi di 10 tecnici 600 600 600 1.800

formazione

Spese di gestione (inviti, solleciti, risposte, 500 500 500 1.500

pubblicità ecc.)

Consulenza informatica 40 40 40 120

costi attrezzature complessivi nei 3 anni 1.100 1.100

TOTALE 5.240 4.140 4.140 13.520

PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

## PROGETTO POTENZIAMENTO

### ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

#### SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Le ragioni che inducono alla realizzazione di un progetto di potenziamento dell' ASSISTENZA DOMICILIARE nella Regione Puglia sono, soprattutto, quelle di favorire la permanenza dell'anziano nel suo contesto familiare ed il rapido ritorno al proprio domicilio, riducendo la durata delle degenze ospedaliere con dimissioni protette, al fine di evitare lo sviluppo della non autosufficienza e di garantirgli una migliore qualità di vita, evitando ricoveri impropri e permettendogli di curarsi a casa.

#### OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo del progetto è attuare un modello operativo d'organizzazione, pianificazione ed erogazione dei servizi domiciliari, mediante una valida ed articolata collaborazione con l'ospedale in modo da garantire un'efficace riduzione dei ricoveri impropri, comparando il trattamento ospedaliero tradizionale

al trattamento domiciliare in termini d'efficacia, efficienza e costi.

Pur in presenza, nella Regione Puglia, d'interventi A.D.I., si è di fronte ad un indiscriminato utilizzo del regime ospedaliero al primo apparire di una patologia per la quale si ritiene, in proiezione, più efficace il diretto tradizionale coinvolgimento istituzionale.

A fronte di un inevitabile processo d'invecchiamento della popolazione, pertanto, in linea con il Piano Sanitario nazionale 1998-2000 diviene obbligatorio sostenere una politica capace di assicurare servizi integrati sulla base di un'opportuna prevenzione, di un "recupero della compromissione fisica" e del deficit funzionale. Il tutto finalizzato a garantire una valida forza sociale.

Ovviamente, nell'ambito di una più ampia politica di tutela della globale salute dei cittadini, la via prioritaria da percorrere deve essere, per gli anziani, quella che, in alternativa al ricovero, sostenga l'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.), in particolare l'ospedalizzazione a domicilio.

Naturalmente, diviene obbligatorio l'integrazione tra le diverse forme d'intervento.

L'ospedalizzazione domiciliare può ritenersi fondamentale per rendere più flessibile l'offerta dei servizi, per razionalizzare e riqualificare gli interventi, introdurre elementi innovativi con la creazione di sistemi a rete d'offerta, in alternativa all'istituzionalizzazione sia in ospedale e sia in strutture sanitarie private per anziani non autosufficienti.

La sicurezza di rendere più confacente ai reali bisogni dei cittadini la forma d'assistenza domiciliare alternativa al ricovero, proietta il progetto, sui binari del Piano Sanitario Nazionale, verso traguardi di "una nuova cultura dei servizi che recuperi l'anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale".

Il modello organizzativo attuale fornisce in gran prevalenza i livelli d'assistenza 1- 2 e 3. Il progetto propone di avviare una nuova organizzazione che attraverso la sinergia ospedale-territorio fornisca anche il livello di assistenza 4.

## CONTESTO DI REALIZZAZIONE

Il progetto interesserà le dodici Aziende USL della Regione.

Dati demografici e assistenziali

Popolazione residente: 4.034.959

Popolazione ultrasessantacinquenne: sulla popolazione totale 12,45%  
(502.352)

Ipotesi di non autosufficienti da assistere

Secondo indicatori di non autosufficienza

Rubenstein: 45.211

3.767

Numero 2 moduli di venti utenti per Aziende USL: 480 utenti giornalieri

Numero di giornate d'assistenza annuali: 175.200.

## OBIETTIVI FINALI QUALITATIVI

Il progetto è parte integrante di una più generale riqualifica sanitaria nella regione Puglia e diviene uno dei fattori più strategici nel sistema di cure domiciliari alternativi al ricovero. In tale contesto le finalità complessive del progetto sono indirizzate verso il mantenimento ed il recupero dell'autosufficienza dell'anziano senza allontanarlo dalla famiglia.

L'attivazione, pertanto, del sistema d'ospedalizzazione domiciliare risponde all'esigenza di favorire soprattutto la permanenza del soggetto anziano nel suo contesto personale e familiare o il rapido ritorno al suo domicilio, riducendo la durata delle degenze ospedaliere con dimissioni protette, al fine di evitare lo sviluppo della non autosufficienza e di garantirgli una migliore qualità della vita, evitando ricoveri

spesso impropri permettendogli di curarsi in casa specie quando è possibile e desiderato.

L'attivazione, inoltre, del servizio dell'ospedalizzazione domiciliare trova il punto centrale di riferimento nel distretto socio-sanitario attraverso l'UVG (Unità valutativa geriatrica) integrandosi con quanto previsto con deliberazione del Consiglio regionale n. 162/96 d'approvazione delle linee guida per l'assistenza domiciliare integrata (in particolare per quanto riguarda la stipulazione degli accordi di programma Aziende USL - Comuni e il ruolo fondamentale del medico della medicina generale, ecc.).

Simile modello organizzativo d'erogazione del servizio d'ospedalizzazione domiciliare persegue l'obiettivo di:

- limitare l'ospedalizzazione dell'anziano per i tempi necessari alla cura dell'acuzie;
- mantenere l'anziano per quanto possibile nel suo ambiente familiare e sociale evitandone l'istituzionalizzazione;
- ottenere, nei limiti possibili, il recupero dell'autosufficienza della persona anziana;
- evitare e prevenire quanto più possibile la perdita totale dell'autosufficienza;
- garantire l'intervento globale con l'impiego di strumenti valutati efficaci, anche con l'apporto del volontariato.

## OBIETTIVI INTERMEDI QUALITATIVI

Istituzione dell'équipe  
Due moduli per azienda

## FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per garantire l'efficacia degli interventi d'ospedalizzazione domiciliare all'anziano, è indispensabile che il personale abbia un'adeguata formazione.

La formazione deve precedere l'inizio delle attività e continuare, nel tempo, in modo che il personale sia aggiornato sull'evoluzione dei bisogni da soddisfare. Deve riguardare tutti gli operatori impegnati con il coinvolgimento del 75% dei medici di medicina generale in modo da sviluppare capacità di lavoro creativo, predisposizione al lavoro interdisciplinare e la piena collaborazione con operatori di differente professionalità.

Considerato che al suo interno esistono le figure professionali necessarie, è adottato, come specifico modo di lavorare, la metodologia dell'interdisciplinarietà. L'attività di formazione degli operatori può essere affidata all'Unità Valutativa Geriatrica mentre la formazione del medico referente e dei medici di medicina generale deve essere affidata alla cattedra di geriatria dell'Università di Bari.

## CARATTERISTICHE OPERATIVE

### EQUIPE

Per la realizzazione dell'ospedalizzazione domiciliare, la composizione dell'équipe degli operatori, in rapporto al numero di venti utenti per ogni modulo, è così formata:

- n. 1 medico referente domiciliare
- n. 1 infermiere
- n. 1 fisiokinesiterapista
- n. 1 assistente sociale
- n. 5 operatori tecnico-assistenziali.

Deve essere individuato un reparto di medicina generale in un presidio ospedaliero dell'Azienda USL al fine di assicurare l'esecuzione d'esami urgenti, day hospital o brevi appoggi programmati in degenza. L'attività specialistica è affidata a personale medica dell'individuato presidio ospedaliero.

## EQUIPE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Il personale medico infermieristico del reparto di medicina generale assicura l'esecuzione d'esami urgenti, il day hospital e i brevi appoggi programmati di degenza.

Il personale interessato per coprire un modulo di venti utenti, per ogni Azienda USL, è complessivamente di:

- n. 12 medici referenti domiciliari
- n. 12 infermieri professionali
- n. 12 fisiokinesiterapisti
- n. 12 assistenti sociali
- n. 60 operatori tecnico-assistenziali.

Sono, inoltre, individuati, a carico dei medici di medicina generale, unitamente all'U.V.G., n. 640 valutazioni domiciliari, n. 19.200 visite domiciliari dei medici di medicina generale e n. 1280 visite specialistiche ospedaliere.

A cura di entrambe le équipes sono prodotte un'analisi ed una raccolta di documentazione sulla casistica seguita e sui protocolli utilizzati.

## PUBBLICIZZAZIONE

Il progetto sarà accuratamente sostenuto da una campagna d'informazione diretta, soprattutto, ai medici di base ed agli operatori sanitari e sociali con un coinvolgimento diretto delle Aziende sanitarie.

Adeguate informazione deve raggiungere anche e soprattutto i possibili utenti, ovvero le famiglie.

Mezzi da utilizzare sono i soliti canali televisivi locali e la stampa quotidiana periodica specialmente quella di settore.

## ARTICOLAZIONE

Il piano operativo del progetto prevede una serie d'azioni che dovrebbero portare alla completa realizzazione del progetto.

L'implementazione del sistema di cure sanitarie domiciliari è attuata su tutto il territorio della Regione, in forma modulare dalle Aziende Sanitarie Locali. I moduli non possono superare il numero di venti unità.

### 1. ORGANISMI OPERATIVI

Le Aziende USL devono individuare un punto d'accesso e di gestione tecnico-funzionale delle attività che ha le seguenti caratteristiche:

Segreteria telefonica per ricevere segnalazioni dall'ospedale, dai medici di medicina generale, dall'U.V.G. e da altri soggetti (nucleo familiare e organismi sociali e di volontariato);

Riferimento per attivare gli specialisti;

Predisposizione delle condizioni per esami a domicilio;

Dotazione di una scorta di materiale sanitario, di medicazione e di ausili;

Conservazione e riordino della documentazione relativa a ciascun caso.

### 2. AMMISSIONE ALL'OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

L'accesso, quale momento fondamentale della presa in carico dell'anziano, deve consentire una prima valutazione del soggetto (patologia) e, quindi, un inquadramento formale del richiedente.

Sono da prevedere due forme d'accesso al servizio:

Segnalazione telefonica che può essere effettuata dal reparto ospedaliero, dal medico di medicina generale e dall'U.V.G. dell'Azienda USL;

Segnalazione scritta effettuata dai soggetti sopra individuati.

### 3. VALUTAZIONE DEL CASO

Alla segnalazione, deve far seguito, entro 24 ore, la valutazione del caso che avviene attraverso:

Visita presso il reparto ospedaliero

Visita al domicilio

La visita sia ospedaliera, sia domiciliare è da considerarsi il primo momento per valutare la situazione sanitaria dell'anziano e la capacità di supporto del nucleo familiare. Viene effettuata unitamente al medico referente domiciliare, al medico di medicina generale, all'infermiere e al terapista della riabilitazione. Alla presa in carico sono compilate schede relative alla diagnosi e alla valutazione dell'autonomia.

#### 4. PRESA INCARICO

Sono selezionati per l'ammissione all'ospedalizzazione domiciliare, entro 24 ore dalla valutazione, gli anziani portatori delle seguenti patologie:

Esiti d'episodi cerebrovascolari acuti

Fratture ed esiti d'altri interventi ortopedici

Esiti di patologia di competenza chirurgica

Malattie acute temporaneamente invalidanti

Episodi di riacutizzazione di patologie croniche che necessitano di prestazioni sanitarie a carattere temporaneo

Malattie terminali.

Dopo la valutazione, la presa in carico avviene normalmente con la predisposizione del progetto personalizzato di cura da parte del medico referente domiciliare.

#### 5. TEMPORIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Non si provvede, al momento, a formulare una temporizzazione dell'ospedalizzazione domiciliare, in quanto è necessario valutare per almeno sei mesi la casistica in assistenza utilizzando in via del tutto indicativa una presa in carico "media" di 60 giorni. I tempi di assistenza giornaliera sono, invece, quantificati in una media di 180 minuti il giorno con un'articolazione media di:

120 minuti di medico di medicina generale, fisiokinesiterapista ed infermiere professionale;

60 minuti di nursing tutelare da parte dell'operatore tecnico- assistenziale alla persona con completa autosufficienza.

Sono previste, per ciascun paziente, competenze specialistiche da parte del personale medico ospedaliero e la fornitura diretta di materiale protesico, da medicazione, ecc..

#### CESSAZIONE DELL'OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

L'ospedalizzazione domiciliare termina per:

Guarigione, recupero parziale o totale dell'autonomia

Impossibilità di permanenza a domicilio e ricovero in casa

Ricovero ospedaliero per aggravamento.

#### 6. RISORSE UMANE

Per attuare il progetto, la composizione dell'équipe degli operatori, in rapporto al numero di venti utenti per ogni modulo:

Medico referente domiciliare

Specialisti ospedalieri

Infermieri

Fisiokinesiterapisti  
Assistente sociale  
5 operatori tecnico-assistenziali.

## 7. COMPITI DEGLI OPERATORI

La responsabilità del programma di cura e il piano d'intervento fa carico interamente al medico referente domiciliare il quale:

è responsabile delle risorse impiegate direttamente  
svolge attività di assistenza medica domiciliare  
propone l'attivazione dell'assistenza specialistica quando la ritiene necessaria  
coordina l'attività degli infermieri professionali e dei tecnici della riabilitazione eventualmente coinvolti nell'assistenza  
richiede il materiale necessario per la medicazione e gli altri ausili  
redige la cartella del paziente secondo le modalità fissate dal piano assistenziale.

Per quanto riguarda i compiti degli altri operatori, si fa riferimento alla citata deliberazione del Consiglio regionale n. 162/96.

## 8. OBIETTIVI FINALI QUANTITATIVI

Formazione del personale: 100% d'operatori dell'équipe  
Coinvolgimento del 75% dei medici di medicina generale  
Ospedalizzazione domiciliare nel triennio di n. 1440 persone  
n. 480 utenti in ospedalizzazione domiciliare al primo anno  
n. 480 utenti in ospedalizzazione domiciliare al secondo anno  
n. 480 utenti in ospedalizzazione domiciliare al terzo anno

## 9. OBIETTIVI INTERMEDI QUANTITATIVI

Formazione del personale: 50% al primo anno;  
Formazione del personale: 75% al secondo anno;  
480 utenti in ospedalizzazione domiciliare al primo anno;  
480 utenti in ospedalizzazione domiciliare al secondo anno.

## 10. INDICATORI

tasso di variazione (semestrale) del numero di pazienti presi in carico  
tasso di variazione (semestrale) del numero di giornate di assistenza erogate  
tasso di variazione (semestrale) del numero di pazienti in lista di attesa per l'accesso all'ADI  
tempo medio di attesa tra richiesta di accesso all'ADI e presa in carico  
numero di ore giornaliere e numero di giorni/settimana di attività dell'ADI  
numero medio pro capite di ricoveri ospedalieri dei pazienti assistiti in ADI (e relativo tasso di variazione)  
livello di gradimento da parte dei pazienti e dei familiari dei servizi erogati dall'ADI.

## 11. SCHEDA DEI COSTI

Ipotizzando la formazione di due moduli per ogni Azienda USL, si deducono i seguenti costi da sostenere con fondi ministeriali:

Spese per il personale Anno 1 Anno 2 Anno 3 Totale  
in milioni di L. in milioni di L. in milioni di L.



Personale dipendente	6.900	6.900	6.900	20.700
Altro personale	1.700	1.700	1.700	5.200
Trasferte	200	200	200	600

Spese per beni e servizi Anno 1 Anno 2 Anno 3 Totale  
in milioni di L. in milioni di L. in milioni di L.

Apparecchiature (inclusi canoni, leasing e noleggi)	1.000	1.000	1.000	3.000
Materiali	1.000	1.000	1.000	3.000
Formazione del personale	1.200	1.200	1.200	3.600
Spese generali	1.500	1.500	1.500	4.500
Totale	13.500	13.500	13.500	40.500

Nell'ambito dei predetti costi, le Aziende USL, per la gestione del progetto, possono accedere a convenzioni esterne nel rispetto della vigente normativa.

ASSESSORATO SANITÀ E SERVIZI SOCIALI  
SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA ED SANITARIA  
UFF. 8

PROGETTO per il MIGLIORAMENTO dell'ASSISTENZA a FAVORE dei SOGGETTI AFFETTI da MALATTIA MENTALE

Dati generali del progetto

Regione proponente: Regione Puglia

Titolo Progetto: Miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattia mentale.

Riferimenti Operativi del proponente:

Nominativo: drs Angela MENGANO

Unità operativa: Ufficio Tutela Salute Mentale - Assessorato Regionale Sanità

Indirizzo: via Caduti di Tutte le Guerre, 17 - 7126 Bari (BA)

Telefono: 080 - 5403210; 080 - 5403151;

fax: 080 - 5403267; 080 - 5403477; 080 - 5403243;

Importo (milioni): Lire 25.715

Periodo di riferimento del progetto: Triennale

Dimensione del Progetto: Regionale articolato nei seguenti cinque sottoprogetti:

- 1) CREAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE
- 2) VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA NELLE RESIDENZE
- 3) PREVENZIONE DEI DISTURBI PSICHICI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA
- 4) CURARE/RIABILITARE/LAVORARE/CONTARE.
- 5) MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA "CIAO".

Regione Proponente: REGIONE PUGLIA

## TITOLO DEL PROGETTO:

### CREAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

#### RIFERIMENTI DEL PROPONENTE

Nominativo: Drs Angela Mengano

Unità Operativa; Ufficio Tutela Salute Mentale - Assessorato Regionale alla Sanità

Indirizzo: via Caduti di Tutte le Guerre, 17 - 70126 BARI

Telefono: 080/5403210-5403151

Fax: 080/5403243-5403477-5403207

DIMENSIONE DEL PROGETTO: i 12 DSM della Regione.

PERIODO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO: TRIENNALE

IMPORTO: 650 MILIONI nel triennio

#### SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Il finanziamento per il perseguimento di obiettivi prioritari del P.S.N. 1998 - 2000 tende a migliorare la qualità dell'intervento dei Servizi Psichiatrici, soprattutto nei confronti dei casi "difficili" (termine che a nostro avviso identifica meglio di "grave", quelle situazioni ove appaiono inadeguati e insufficienti i programmi terapeutici predisposti dai D.S.M., e ciò non obbligatoriamente o, non esclusivamente, per una gravità clinica del quadro, quanto per la difficoltà a coinvolgere il paziente nel processo di "guarigione" evitando il rischio di suicidio o di abbandono).

Una delle cause è legata all'assenza, allo stato attuale, di un sistema di rilevazione dell'attività dipartimentale tale da far emergere alcuni importanti indicatori:

- 1) drop out;
- 2) analisi di quelli considerati a livello nazionale indicatori di esito dell'intervento;
- 3) definizione del rapporto utente/Servizio, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo;
- 4) sistema omogeneo di codifica delle patologie prese in carico;
- 5) possibilità di analizzare i costi degli interventi effettuati.

Obiettivo è quello di realizzare un Sistema Informativo Regionale che, partendo da alcune esperienze dipartimentali già avviate, consenta la diffusione delle esperienze pilota realizzando così un S.I. in grado di favorire le politiche gestionali/organizzative, a livello regionale e di azienda, e quelle clinico/abilitative con particolare attenzione alla valutazione dell'intervento.

#### CONTESTO

La Regione Puglia sta cercando di dare impulso alla realizzazione di Servizi territoriali in grado di essere punto di riferimento per l'utente e per la sua famiglia, realizzando la rete dei servizi previsti dai P.O. nazionali.

Il tutto in collaborazione con le Associazioni di utenti, familiari e con la partecipazione del privato sociale, cercando di superare l'etichetta di regione manicomiale dovuta alla presenza del più grande manicomio d'Italia, quello privato di Bisceglie.

In questo contesto vanno letti alcuni importanti interventi che suddividiamo per area di competenza:

#### FINANZIARI:

ripiano fondo sanitario regionale '95 vincolato per il 75% ai servizi territoriali e psichiatrici in particolare; interventi in conto capitale vincolato per l'importo totale di lire 8 miliardi;

recupero della retta giornaliera per ogni paziente dimesso dalla A.U.S.L. dagli O.P. in modo da realizzare un riequilibrio della spesa tra ospedale psichiatrico e territorio potenziando i servizi, con particolare attenzione a quelli riabilitativi residenziali e semiresidenziali;

#### NORMATIVI

L.R. 30/98 "Norme sull'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale",  
Piano di riordino della rete ospedaliera;  
D.C.R. 244/97 "Standard strutturali ed organizzativi delle strutture riabilitative psichiatriche, residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private";  
D.C.R. 181/97 "Criteri per il superamento degli OO.PP.;

#### FORMATIVI:

corso regionale per gli operatori del D.S.M. su temi analoghi tenuto dal LABOS;  
partecipazione di alcuni Centri di Salute Mentale al programma di follow-up sui risultati degli interventi promosso dall'istituto Mario Negri.

#### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Questo sforzo deve ora essere diretto alla realizzazione di un unico Sistema Informativo Psichiatrico Regionale volto alla migliore conoscenza delle attività delle singole unità operative, attraverso l'adozione di un unico glossario delle attività svolto, alla creazione di archivi informatizzati omogenei per informazioni e tali da monitorare la capacità del Servizio di offrire risposte alla domanda di salute del cittadino ed in particolare dei "casi difficili".

Ciò faciliterà l'adozione degli strumenti di programmazione e di rilevazione consuntiva previsti dalla Legge di Rifoma-ter 502/92.

#### ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Nel caso del primo anno si prevedono due fasi:

1.

nella prima, della durata di circa sei/otto mesi, un gruppo di lavoro regionale, composto da operatori che hanno già avviato sistemi informativi, predisporre il glossario, gli strumenti cartacei di rilevazione, il manuale di applicazione;

2.

nella seconda, della durata di quattro/sei, il gruppo viene allargato a due referenti per ogni dipartimento regionale. La discussione degli strumenti presentati da gruppo di lavoro, conduce alla elaborazione di quelli definitivi.

Nel corso del secondo anno si prevede:

1.

un periodo di tre mesi per la trasposizione informatica degli strumenti di rilevazione e per approntare quelli cartacei;

2.

in contemporanea si procede a un corso provinciale per gli operatori dei D.M.S. Il corso è finalizzato ad ottenere il coinvolgimento spontaneo degli operatori nell'uso degli strumenti di valutazione, superando timori e diffidenze che potrebbero nascere dalla convinzione che il fine sia quello di operare un controllo gerarchico sul lavoro del singolo e non quello di migliorare le modalità operative e la stessa qualità dell'intervento. Il corso, obbligatorio, si articolerà in quattro/sei incontri di due giorni ognuno per consentire la partecipazione di tutti gli operatori. Questa fase si dovrebbe esaurire in sei mesi;

3.

nei successivi sei mesi si procede alla implementazione del sistema informativo in ogni unità operativa dei D.S.M. regionali. Mensilmente il gruppo di riferimento regionale procede al confronto dei problemi rilevati e dei risultati ottenuti. Alla scadenza dell'anno si procede alla definizione del Sistema Informativo Regionale per i Dipartimenti di Salute Mentale.

Nel terzo anno

il lavoro procede con la raccolta dei dati e con l'elaborazione trimestrale, a livello regionale, dei risultati ottenuti. Si garantisce l'assistenza tecnica alle singole unità operative. Alla fine del terzo anno si prevede

un convegno nazionale di presentazione dei risultati ottenuti e della metodologia utilizzata.

#### INDICATORI

La realizzazione dell'articolazione del progetto secondo le scadenze previste.

Regione Proponente: REGIONE PUGLIA

#### TITOLO DEL PROGETTO:

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA NELLE RESIDENZE

#### RIFERIMENTI DEL PROPONENTE

Nominativo: Drs Angela Mengano

Unità Operativa: Ufficio Tutela Salute Mentale - Assessorato Regionale alla Sanità

Indirizzo: via Caduti di Tutte le Guerre, 17 - 70126 BARI

Telefono: 080/5403210-5403151

Fax: 080/5403243-5403477-5403267

DIMENSIONE DEL PROGETTO: i 12 DSM della Regione, con il coinvolgimento di operatori pubblici, del privato sociale, utenti, familiari e loro associazioni.

PERIODO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO: TRIENNALE

IMPORTO: 650 MILIONI nel triennio

#### SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Nel corso degli ultimi anni si è verificato un notevole incremento di strutture residenziali per pazienti psichiatrici, sia per la chiusura dei tre manicomi pugliesi - processo lento, contraddittorio ma irreversibile - che per le aumentate esigenze dei pazienti cronici assistiti dai dipartimenti di salute mentale.

Questo processo si è svolto in modo esplosivo ed in un momento in cui era in corso l'elaborazione del nuovo contesto normativo regionale, con la conseguenza della nascita di innumerevoli strutture, a volte sconosciute agli stessi operatori dei servizi.

Queste strutture spesso non si richiamano a modelli teorici di riferimento ed utilizzano personale di svariate qualifiche professionali privi della necessaria formazione.

Sconosciuti sono gli esiti dei processi riabilitativi effettuati, la loro durata, la qualità della vita garantita agli ospiti, i collegamenti con i servizi territoriali per la salute mentale.

Ancor più complessa appare la situazione dei dimessi dagli ospedali psichiatrici che solo parzialmente sono ospitati in strutture psichiatriche, mentre, in relazione all'età e alla situazione di compenso psicopatologico, sono stati avviati, in molti casi, a strutture residenziali per anziani e disabili. Inoltre un certo numero, circa 240 per ogni ex O.P. di Foggia e Bisceglie, resteranno nelle residenze assistite, per disabili ed anziani, previste dal piano regionale di riconversione degli OO.PP.

Per questi motivi appare opportuno monitorare le strutture residenziali della riabilitazione psichiatrica e la qualità della vita dei pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici.

#### COLLABORAZIONI:

Istituto Superiore di Sanità, che ha promosso un progetto di valutazione delle residenze riabilitative psichiatriche sul territorio nazionale coordinato dal Dr. De Girolamo.

Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria diretto dalla drs. Lucilla Frattura per la verifica della qualità della vita dei pazienti dimessi dagli O.P.

#### CONTESTO

#### NORMATIVO

L.R. 30/98 "Norme sull'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale";

Piano di riordino della rete ospedaliera;

D.C.R. 244/97 "Standard strutturali ad organizzativi delle strutture riabilitative psichiatriche, residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private";

D.C.R. 181/97 "Criteri per il superamento degli OO.PP.

Le evidenze disponibili confermano che all'interno delle strutture riabilitative residenziali psichiatriche sono ospitati solo in parte utenti di provenienza manicomiale. Si tratta di una popolazione selezionata, sia in termini di gravità che di impegno assistenziale, all'interno della popolazione totale assistita dai Dipartimenti di Salute Mentale, spesso in assenza di specifici progetti riabilitativi personalizzati al punto da risultare di fatto "depositati" in queste strutture per tempi indefiniti, anche se si tratta di persone in giovane età.

Il problema non è dissimile per gli ex ospiti degli ospedali psichiatrici, passati dalla passività del manicomio a quella di case di riposo spersonalizzate e prive di una progettualità tale da far percepire la nuova situazione. In alcuni casi alla "perdita" del manicomio si è associata la perdita delle relazioni affettive con operatori e ricoverati non sostituita dalla maggiore presenza della famiglia di origine.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Censimento e classificazione delle Strutture che ospitano utenti psichiatrici su tutto il territorio della regione

Censimento quantitativo e qualitativo dei pazienti ospitati

Valutazione di qualità delle strutture dal punto di vista strutturale

Valutazione di qualità dei processi assistenziali

Valutazione dei costi diretti

Valutare la presenza di protocolli terapeutici

Valutare gli esiti

Valutare i collegamenti con i servizi psichiatrici.

### ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO E INDICATORI

Per il lavoro in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità è in fase di avanzata elaborazione il protocollo nazionale con i tempi e le modalità per:

Censire il 100% delle strutture di riabilitazione psichiatrica presenti sul territorio regionale.

Censire il 100% dei pazienti che vi sono ospitati.

Valutare gli interventi effettuati e i loro costi.

Procedere alla formazione degli operatori diffondendo metodologie validate di intervento riabilitativo.

Valutare la presenza di protocolli terapeutici.

Valutare gli esiti.

Valutare i collegamenti con i servizi psichiatrici.

Per il lavoro in collaborazione con l'istituto Mario Negri ci si rifarà ad analoghi lavori, molto conosciuti e tuttora in fase di svolgimento, svolti per conto delle regioni Lombardia e Emilia Romagna;

Censire il 100% delle strutture, presenti sul territorio regionale, che ospitano pazienti di provenienza ex O.P.

Censire il 100% dei pazienti che vi sono ospitati a provenienza manicomiale.

Valutare gli interventi effettuati e i loro costi.

Valutare la presenza di protocolli terapeutici.

Valutare gli esiti.

Valutare i collegamenti con i servizi psichiatrici.

Regione Proponente: REGIONE PUGLIA

TITOLO DEL PROGETTO:

## PREVENZIONE DEI DISTURBI PSICHICI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

### RIFERIMENTI DEL PROPONENTE

Nominativo: Drs Angela Mengano

Unità Operativa: Ufficio Tutela Salute Mentale - Assessorato Regionale alla Sanità

Indirizzo: via Caduti di Tutte le Guerre, 17 - 70126 BARI

Telefono: 080/5403210-5403151

Fax: 080/5403243-5403477-5403267

**DIMENSIONE DEL PROGETTO:** i 12 DSM della regione, in collaborazione con l'Università, gli insegnanti e gli studenti delle scuole medie presenti sul territorio dei servizi psichiatrici.

**PERIODO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO:** TRIENNALE

**IMPORTO:** 1500 MILIONI nel triennio

### SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

La legge regionale 30/98, che ha regolamentato l'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale nell'ambito delle aziende USL, ha istituito, nell'ambito dipartimentale, un servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, precorrendo quanto è contenuto nel Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998 - 2000 di prossima pubblicazione.

La considerazione è che sulla popolazione infantile interagiscono molteplici soggetti afferenti ad aree diverse: scuola, consultori, riabilitazione, integrazione scolastica, servizi sociali comunali l'apparente ricchezza di risorse non si associa spesso ad un lavoro di prevenzione del disagio, ma ad una grande attenzione alla cura della riabilitazione del soggetto.

Il progetto mira ad identificare la popolazione a maggiore rischio, effettuando su questa interventi di informazione sui disturbi psichici, sulle loro cause, sui modi di prevenirli e di curarli. Si cercherà di smitizzare la malattia mentale, avvicinando i servizi ai bisogni dei ragazzi e del mondo scolastico in generale.

### CONTESTO

Sempre più frequentemente i servizi psichiatrici sono chiamati ad affrontare problemi psichici di ragazzi in età adolescenziale, problemi legati alla disgregazione del nucleo familiare (reale o anche solo affettiva) alla perdita di tradizionali valori non sostituiti da altri accettati e valorizzati dagli stessi ragazzi, l'attenzione spesso eccessiva posta al corpo vissuto in modo minaccioso più che in una armonica simbiosi psiche - corpo, l'incapacità a reggere le frustrazioni con il ricorso alle droghe o al suicidio.

Questi problemi sempre più frequentemente sono posti all'attenzione degli psicologi e degli psichiatri da medici di medicina generale e da insegnanti, si vuole cercare con questo lavoro di agevolare l'identificazione dei soggetti a rischio favorendone il rapporto con i servizi specialistici.

### OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

1.

Valutare i bisogni di una selezionata popolazione studentesca, le prime classi di tutte le scuole medie dei territori dei DSM, attraverso un apposito questionario.

2.

Procedere alla formazione di operatori dei servizi di salute mentale sui problemi degli adolescenti e sulle possibili soluzioni.

3.

Avvalendosi degli operatori precedentemente formati procedere alla formazione degli insegnanti, identificati dai Presidi delle stesse scuole, sugli stessi temi.

4.

Partecipare ad incontri con i ragazzi del primo anno della scuola media su temi dell'infanzia e

dell'adolescenza.

5.

Favorire l'elaborazione attraverso tecniche di drammatizzazione teatrale degli argomenti, con la messa in scena di elaborati originali, da presentare nel corso di una settimana sui problemi dell'infanzia e dell'adolescenza, organizzata coinvolgendo tutti i soggetti interessati, per la presentazione di un "Manifesto per il diritto alla salute mentale nell'età evolutiva".

#### INDICATORI

1.

Somministrare il 100% dei questionari.

2.

Elaborare il 100% dei questionari recuperati.

3.

Almeno un corso su base provinciale per gli operatori dei DSM.

4.

Almeno un corso per ogni DSM per insegnanti di scuola media inferiore.

5.

Incontri in tutte le prime classi delle scuole medie inferiori del territorio del DSM, negli ultimi due anni del progetto.

6.

Nel terzo anno almeno un laboratorio teatrale per DSM.

#### ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Protocollo di intesa tra Assessorato alla Sanità e Sovrintendenza Scolastica per la Puglia e la Basilicata.

Elaborazione di un questionario da somministrare agli studenti a cura degli stessi insegnanti, dopo una opportuna formazione.

Identificazione dei bisogni psicologici.

Avvio di un programma di formazione di operatori pubblici sui problemi dell'infanzia e dell'adolescenza con il coinvolgimento dell'Università e di esperti di chiara fama.

Avvio di un lavoro di formazione di alcuni insegnanti per ogni scuola sulla possibilità di riconoscere precocemente alcuni problemi cercando di fornire le prime risposte e favorendone quindi la presa in carico da parte dei servizi pubblici.

Avviare in alcune scuole un lavoro con alcuni attori per la rappresentazione di un lavoro originale scritto dagli stessi ragazzi a partire dai propri problemi.

Incontrare per due anni di seguito gli alunni delle prime classi della scuola media sui problemi emersi dall'elaborazione dei questionari somministrati.

Produrre un manifesto sui diritti alla salute mentale della popolazione adolescenziale.

#### STRATEGIA DI COMUNICAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PROGETTO

Conferenza stampa congiunta Sovrintendente Scolastico, Assessore alla Sanità,

Circolare esplicativa alle scuole interessate e ai dipartimenti di salute mentale

Elaborazione di un opuscolo informativo da diffondere nelle scuole, nei servizi sanitari, presso i pediatri di base.

Elaborazione di un CD-rom o di un video, a partire dal materiale raccolto nel corso degli incontri con insegnanti e studenti e contenente immagini del lavoro messo in scena dai ragazzi.

Regione Proponente: REGIONE PUGLIA

## TITOLO DEL PROGETTO:

CURARE/RIABILITARE/LAVORARE/CONTARE

## RIFERIMENTI DEL PROPONENTE

Nominativo: Drs Angela Mangano

Unità Operativa: Ufficio Tutela Salute mentale - Assessorato Regionale alla Sanità

Indirizzo: via Caduti di Tutte le Guerre, 17 - 70126 BARI

Telefono: 080/5403210-5403151

Fax: 080/5403243-5403477-5403267

**DIMENSIONE DEL PROGETTO:** i 12 DSM della Regione Puglia con il coinvolgimento di operatori pubblici e del privato sociale, utenti, familiari e loro associazioni, Enti Locali, sindacati, associazioni di volontariato

**DURATA:** il progetto è triennale, dal momento dell'approvazione da parte del Ministero della Sanità.

**IMPORTO:** (in milioni di lire): L. 21.615.

## COLLEGAMENTO CON ALTRI PROGETTI

L'intero progetto, soprattutto a partire dal secondo anno, è in collegamento con un analogo programma della Regione Basilicata. A tal fine si prevede la partecipazione di operatori, utenti, familiari e loro associazioni alle iniziative di comunicazione e pubblicizzazione dei risultati attesi e conseguiti dal progetto. Inoltre, sono previste iniziative di scambio ed assistenza tra i DSM delle due regioni per l'analisi dei problemi emersi e delle possibili strategie di risoluzione degli stessi almeno due volte l'anno.

## SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

In questi anni si è sempre più fatta strada in psichiatria una modalità di lavoro volta a connettere tutti i momenti dell'intervento terapeutico senza uno schema predeterminato di priorità.

Nella Regione Puglia difficoltà legate alla scarsa diffusione dei servizi e condizionamenti determinati dalla presenza di forti realtà manicomiali hanno prodotto una situazione tale da privilegiare il momento "curativo" rispetto a quello "riabilitativo", relegato in secondo piano e spesso limitato a pratiche di tipo assistenziale più che ad interventi volti alla autonomia del paziente e alla riappropriazione di un ruolo sociale e produttivo. Il rischio, cioè, è quello di "luoghi" volti più all'intrattenimento di utenti ed operatori che al perseguimento di obiettivi terapeutico - riabilitativi chiari, definiti e misurabili.

Per questo riteniamo sia indispensabile cogliere l'occasione per procedere al potenziamento, nell'ambito delle singole aziende USL di una rete diffusa di CENTRI DIURNI, che dopo una prima fase di consolidamento perseguano, in stretta connessione con i Centri di Salute Mentale a cui sono stati aggregati dalla normativa regionale (L.R. 30/98), l'obiettivo di favorire l'inserimento lavorativo dei pazienti anche e soprattutto attraverso la realizzazione o il rinforzo di cooperativi sociali di tipo B.

Qualità aggiunta del progetto deve essere il miglioramento dell'assistenza nei confronti del paziente grave ed il sostegno alla sua famiglia attivamente coinvolta nella realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo.

## CONTESTO

Il territorio della Regione Puglia è articolato in dodici aziende sanitarie locali e l'assistenza psichiatrica è assegnata ad un Dipartimento di Salute Mentale che risponde direttamente al Direttore Generale. Ogni D.S.M. si articola, nel rispetto della L.R. 30/98, in Unità Operativo (Centro di Salute Mentale - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Servizio di Psicologia Clinica - Servizio di Neuropsichiatria Infantile), all'interno delle attività che obbligatoriamente ogni C.S.M. deve attivare sono previste quelle di riabilitazione residenziale e semiresidenziale.

Questa articolazione legislativa ha recepito una realtà operativa già consolidata, in parte sul territorio



regionale, cercando di estenderla alle ASL che al momento ne fossero sprovviste, ed in questo senso sono andati altri provvedimenti finanziari previsti dal Governo regionale. È pur vero che i risultati attesi non sono stati al momento conseguiti, soprattutto per la necessaria priorità data alla dimissione dei pazienti ospiti dei tre manicomi regionali di Bisceglie, Foggia e Lecce.

Il rischio è che l'intervento dei Dipartimenti si concentri sulla cura e sull'emergenza, intesa come soddisfacimento di responsabilità professionali e giuridiche, più che sulla "presa in carico globale del paziente" intesa come assunzione dei molteplici bisogni di cui è portatore e di realizzazione di un progetto terapeutico - riabilitativo personalizzato. In questo riteniamo si debba dare particolare risalto alla tempestività dell'avvio dell'intervento riabilitativo per impedire il manifestarsi di resistenze connesse all'evoluzione della patologia e alla perdita della naturale rete affettivo - sociale posseduta dal paziente, alla personalizzazione del programma che, lungi dal richiamarsi a schemi preordinati, deve riassumere tutti i presupposti teorici all'interno di tempi, obiettivi e indicatori facilmente comprensibili e misurabili.

## OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

La finalità del progetto è quella di assicurare continuità tra le prestazioni terapeutico - riabilitative e gli interventi di recupero e reinserimento sociale di pazienti psichiatrici e di partire da questo per articolare programmi di prevenzione verso fasce soggette a particolari situazioni di rischio.

Schematicamente possiamo riassumere così i risultati attesi:

1.

Realizzazione di Centri Diurni nelle realtà che ne siano completamente sprovvisti.

2.

Articolazione dell'attività riabilitativa in laboratori tematici che tendano a liberare l'affettività, la fantasia, ridare dignità, potere e attenzione alla vita quotidiana del paziente, superando logiche assistenziali per conseguire l'empowerment inteso come superamento della marginalizzazione e reinserimento sociale e produttivo.

3.

Realizzazione di esperienze di lavoro protetto.

4.

Favorire la nascita o lo sviluppo di cooperative sociali di tipo B tendenti a trasformarsi in "impresa sociale".

5.

Partecipazione degli utenti e delle loro famiglie alla vita del Centro e/o a programmi volti alla nascita di associazioni e di gruppo di auto-aiuto indispensabili per favorire il passaggio da una posizione di passivi utilizzatori di risorse economiche e professionali a quella di soggetti partecipi alla elaborazione, attuazione e verifica del progetto terapeutico.

6.

Promuovere e rafforzare le reti naturali esistenti (famiglia, parenti, amici, colleghi di studio e di lavoro) contribuendo alla sua estensione a nuovi soggetti.

## STRATEGIE DI COMUNICAZIONE E PUBBLICAZIONE DEL PROGETTO

1.

Conferenza stampa di presentazione di un opuscolo che dettagli tempi, modi ed obiettivi del progetto.

2.

Seminario regionale, rivolto ad operatori, utenti, familiari, sindacati, associazioni, di presentazione del progetto.

3.

Seminari annuali che facciano il punto sui risultati conseguiti e sugli obiettivi da raggiungere.

4.

Convegno Nazionale di presentazione delle iniziative realizzate nei singoli dipartimenti di Salute

Mentale.

5.

Produzione di un cd-rom contenente informazioni sulle metodologie seguite, sulle attività avviate, sulla normativa vigente oltre agli indirizzi di Servizi psichiatrici, associazioni e cooperative.

## ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

### FASE UNO

1.

Censimento dei Centri Diurni regionali esistenti, in riferimento ai requisiti richiesti dalla legislazione regionale (DCR 244/97) ed in particolare:

Standard di personale e qualifica posseduta

Orario di apertura

Condizione dell'immobile

Laboratori attivati

Attività di socializzazione svolte

Partecipazione dell'utente e dei familiari all'attività del centro

Collegamento con il mondo del lavoro

2.

Censimento delle cooperative sociali di tipo B esistenti in ogni DSM

3.

Censimento dei gruppi di auto - aiuto esistenti in ogni DSM

4.

Censimento delle associazioni di familiari e utenti esistenti nei DSM

### FASE DUE

5.

Promuovere laboratori tematici che tendano a liberare l'affettività, la fantasia, ridare dignità, potere e attenzione alla vita quotidiana del paziente, superando logiche assistenziali per conseguire l'empowerment inteso come superamento della marginalizzazione e reinserimento sociale e produttivo.

6.

Realizzazione di esperienze di lavoro protetto attraverso la stesura di protocolli che consentano l'avvio al lavoro ponendo a carico del dipartimento gli oneri previdenziali, quelli assicurativi, la borsa lavoro per il paziente.

7.

Promuovere le attività delle singole cooperative in relazione alle necessità del territorio di riferimento con particolare attenzione a forme di lavoro rivolte a dare risposte a bisogni elementari dei pazienti psichiatrici gravi e delle loro famiglie (aiuto pratico alla persona nella realizzazione di attività igienico-sanitarie a domicilio, preparazione di pasti, risoluzione di piccoli problemi della vita quotidiana per il recupero di autonomie che ne favoriscano la socializzazione).

8.

Promuovere intese con le associazioni industriali, artigianali, cooperativistiche, commerciali, per favorire l'avvio al lavoro dei pazienti.

9.

Favorire la nascita e lo sviluppo di cooperative sociali di tipo B, laddove non esistenti, e il loro sviluppo in "impresa sociale".

10.

Garantire un supporto (tutor) alle nuove cooperative da parte di quelle esistenti.

11.

Promuovere un corso di formazione per dirigenti di cooperative sociali per la redazione dei piani di fattibilità e dei bilanci amministrativi, attraverso il coinvolgimento di Tecnopolis (parco tecnologico - laboratorio per l'innovazione sociale).

12.

Partecipazione degli utenti e delle loro famiglie alla vita del Centro e/o a programmi volti alla nascita di associazioni e di gruppo di auto - aiuto indispensabili per favorire il passaggio da una posizione di passivi utilizzatori di risorse economiche e professionali a quella di soggetti partecipi alla elaborazione, attuazione e verifica del progetto terapeutico.

13.

Promuovere e rafforzare le reti naturali esistenti (famiglia, parenti, amici, colleghi di studio e di lavoro) contribuendo alla sua estensione a nuovi soggetti.

14.

Garantire un supporto (tutor) alle nuove associazioni da parte di quelle esistenti.

Il finanziamento, in quote annuali, sarà vincolato alla realizzazione del programma previsto per l'anno precedente misurato secondo indicatori specifici per ogni singolo progetto che vengono sinteticamente indicati accanto ad ognuno.

Si procederà a verifiche dirette e, in caso di inadempienza o di ingiustificati ritardi, si provvederà alla nomina di un commissario ad acta che provvederà alla realizzazione del programma nei tempi previsti.

OBIETTIVI FINALI:

1.

Incrementare le attività riabilitative in laboratori tematici dei DSM pugliesi.

2.

Favorire la realizzazione di Centri Diurni nelle ASL che ne presentano un numero non adeguato.

3.

Adeguare i Centri Diurni esistenti alla normativa regionale sui requisiti minimi di cui alla Deliberazione di Consiglio Regionale n. 244/97.

4.

Avviare l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati per problemi psichici, in carico presso i servizi, attraverso borse lavoro e con accordi di programma con privati, Enti pubblici, cooperative sociali.

5.

Favorire la nascita di cooperative sociali.

6.

Costituzione di gruppi di auto-aiuto tra utenti e tra familiari, volti alla costituzione di associazioni. Un'attività di questo tipo mira alla realizzazione di gruppi a cui garantire programmi di conoscenza della malattia psichiatrica, della sua evoluzione, delle possibilità di cura e di come affrontare e prevenire situazioni di crisi.

INDICATORI (sono da mettere in relazione ai punti degli obiettivi finali):

1.1

Coinvolgere almeno venti utenti con patologie medio gravi per ogni DSM.

2.1

Incrementare del 20% il numero dei Centri Diurni Pugliesi, istituendoli nei DSM che ne risultano sprovvisti.

3.1

Il 100% dei Centri Diurni esistenti, nell'arco di tre anni.

4.1

Coinvolgere almeno 15/45 utenti per ogni DSM in relazione al bacino di utenza.

5.1

Realizzare una cooperativa sociale per ogni DSM o favorirne il consolidamento e l'estensione in DSM appartenenti alla stessa provincia.

6.1  
Giungere alla nascita di almeno un gruppo di auto - aiuto per ogni DSM.

6.2  
Giungere alla nascita di almeno una associazione di familiari per ogni DSM.

6.3  
Realizzare una guida che in maniera semplice ed esauriente affronti i problemi che familiari, utenti e loro conviventi possono trovarsi a dover affrontare e delle possibili soluzioni offerte.  
Regione Proponente: Regione Puglia

#### TITOLO PROGETTO:

MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA NEI SERVIZI PSICHIATRICI  
DI DIAGNOSI E CURA "CIAO"

#### RIFERIMENTI DEL PROPONENTE

Nominativo: Drs Angela Mengano

Unità Operativa: Ufficio Tutela Salute Mentale - Assessorato Regionale alla Sanità Indirizzo: via Caduti di Tutte le Guerre, 17 - 70126 BARI

Telefono: 080/5403210 - 5403151

Fax: 080/5403243 - 5403477- 5403267

DIMENSIONE DEL PROGETTO: Regionale, con il coinvolgimento di un SPDC per ciascuna provincia

PERIODO DI RIFERIMENTO DEL PROGETTO: TRIENNALE

IMPORTO: (milioni) L. 1.300

UTENZA INTERESSATA: i degenti nei cinque SPDC coinvolti per tutta la durata del progetto

#### EVENTUALE COLLEGAMENTO CON ALTRI PROGETTI:

Collegamenti informali già avviati, da strutturare nel corso del progetto, con altri SPDC di altre regioni (Ferrara, Roma - San Filippo Neri, Civitavecchia)

#### SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

##### Ragioni:

Partendo da un'esperienza pilota in un SPDC per ciascuna provincia, tra quelli nei quali i temi oggetto del presente progetto sono maggiormente a fuoco, vi è la necessità di rendere l'esperienza del ricovero psichiatrico come un evento non di frattura ma una possibilità non necessariamente negativa nel continuum del progetto terapeutico dell'individuo, con particolare riferimento ai primi casi che hanno come esordio un ricovero ospedaliero e agli utenti gravi che vanno incontro a ricoveri ripetuti.

Tendere gradualmente verso modalità d'intervento che portino all'integrazione dipartimentale dell'assistenza psichiatrica, alla continuità terapeutica, all'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza e a un'informazione più accurata, con il coinvolgimento attivo dell'utente, dei suoi familiari e della associazioni di volontariato, del privato sociale e dei servizi.

##### Obiettivi:

1. Garantire nel contesto ospedaliero, con monitoraggi periodici di valutazione:

l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

lo svolgimento del progetto terapeutico individuale, non limitato agli aspetti meramente sanitari; e la razionalizzazione degli interventi;

la valutazione e il miglioramento continuo della qualità;

2. Formazione, in collaborazione con i servizi territoriali e con le associazioni di familiari e utenti,

- finalizzata alla realizzazione di gruppi di auto aiuto (come previsto dall'apposito progetto);
3. Contribuire con articoli, convegni ed opuscoli ad un dibattito regionale e nazionale sugli aspetti problematici del ricovero in SPDC.
  4. Favorire una modalità di lavoro di gruppo.

Modalità di realizzazione:

1. Individuazione di indicatori di qualità che consentano il monitoraggio e la valutazione del processo nel tempo, a cura di un nucleo regionale apposito;
2. definizione di protocolli per le procedure relative ai vari momenti assistenziali, dall'accoglienza alla dimissione e all'invio al servizio territoriale di appartenenza, dando spazio alla contrattualità dell'utente anche nei casi di ricovero obbligatorio;
3. produzione e diffusione di una carta del servizio;
4. attività seminariale d'aggiornamento per operatori e di formazione per appartenenti al mondo dell'associazionismo e del volontariato.

## CONTESTO

Problema alla base del progetto e descrizione della situazione attuale.

I Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Puglia sono forniti, con l'eccezione di quello della A.USL BA/1 che ne è ancora privo, di almeno un SPDC, per un totale di 17 servizi per complessivi 213 p.l., a fronte di un fabbisogno stimato di circa 325 p.l.

Nella maggior parte dei casi si tratta di servizi situati in locali inadeguati per numero e per estensione, con una dotazione organica insufficiente e spesso con letti aggiunti (barelle).

Significativo è il dato della mobilità per ricovero tra aziende USL, non soltanto verso gli SPDC limitrofi, ma anche verso le case di cura private convenzionate, sia regionali che extraregionali, con indubbe conseguenze sulla presa in carico e sulla continuità terapeutica.

Il dibattito regionale tra gli operatori ha segnalato il problema dei ricoveri impropri, di persone che vengono ricoverate una o più volte nell'anno in mancanza di prevalenza del disturbo psichiatrico, quello dei ricoveri ripetuti di utenti gravi per i quali non si riesce a realizzare un progetto terapeutico e dei primi casi che esitano in ricovero in sedi psichiatriche diverse dagli SPDC di riferimento territoriale.

Criticità identificabili:

1. Mancanza di uno studio epidemiologico validato, tendente a identificare i bisogni di assistenza della popolazione;
2. Mancanza di programmi di informazione sul disagio psichico e sui servizi assistenziali offerti;
3. Mancanza o carenza di raccordo operativo strutturato SPDC - Servizi Territoriali - Medici di Base;
4. Mancanza o carenza di lavoro in rete e di integrazione DSM - Servizi socio-sanitari - altri soggetti sociali;
5. Spazi ridotti e comfort alberghiero insoddisfacente in SPDC con particolare attenzione alla possibilità di scegliere il menù e di garantire l'effettiva pulizia delle camere e degli ambienti comuni;
6. Assistenza psichiatrica centrata prevalentemente sull'aspetto sanitario, sia nel contesto ospedaliero sia in quello territoriale;
- 7.

Mancanza di ruoli e compiti definiti dell'associazionismo e del privato sociale nel DSM;

8.

Mancanza di programmi di prevenzione e di educazione sanitaria.

## OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Obiettivo complessivo del programma

Realizzazione graduale e concertata degli interventi previsti dal Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale 1998-2000, con la realizzazione completa del modello organizzativo dipartimentale, in modo tale da poter migliorare la continuità dell'assistenza, provocare e dare risalto alla collaborazione dei familiari e degli stessi utenti attraverso il coinvolgimento dell'associazionismo, ridurre le recidive e i ricoveri ripetuti, contribuire alla formazione teorica e al funzionamento dell'auto aiuto, coinvolgere gli utenti in trattamento in programmi riabilitativi anche attraverso l'erogazione di servizi collaterali alle attività gestite in collaborazione con il volontariato, iniziare un processo di valutazione sul progetto stesso che diventi nel tempo modello culturale generale nel DSM.

È necessaria la costituzione formale di un Nucleo di Valutazione Regionale, formato da operatori dei servizi coinvolti e da esperti, che assicuri un monitoraggio costante del processo, attraverso la verifica - tra l'altro - della realizzazione degli obiettivi specifici e risultati attesi di seguito specificati, utilizzando come indicatori gli stessi strumenti di registrazione cartacea e informatica previsti per le varie attività.

Obiettivi specifici e risultati attesi

1. Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza:

accoglienza dell'utente al momento del ricovero con presenza di una procedura scritta che ne definisce le modalità e il personale deputato;

gentilezza e umanità, del personale, rilevate da schede di valutazione della soddisfazione delle famiglie e degli utenti;

informazioni sulla diagnosi e sui trattamenti terapeutici, nel rispetto della privacy, con il perseguimento del consenso, sia nei TSV sia nei TSO;

Adeguate condizioni di comfort alberghiero, con

- possibilità di erogare servizi accessori (parrucchiere, giornali, telefono, sigarette, custodia valori);
- igiene personale e cambio della biancheria più volte nella settimana e all'occorrenza;
- possibilità di frequentare funzioni religiose e di fruire di permessi di uscita con accompagnatori;
- possibilità di frequentare attività sociali esterne ed interne programmate (palestra, musica, cucina, escursioni guidate, manifestazioni sportive e culturali);
- il garantire orari di accesso fruibili agevolmente dai visitatori.

2. Svolgimento del progetto terapeutico individuale, non limitato agli aspetti meramente sanitari, razionalizzazione degli interventi.

Individuazione di procedere per:

l'individuazione del medico e dell'équipe curante del reparto e contestuale informazione all'utente;

l'individuazione delle prestazioni sanitarie necessaria erogate per ciascuna figura professionale e per l'équipe curante nei confronti dell'utente e dei familiari;

protocolli con gli operatori del servizio territoriale, di riferimento per almeno tre incontri per ogni ciclo di ricovero: all'ingresso, nel corso, alla dimissione;

i contatti con i familiari e per altri soggetti sociali coinvolti nel ricovero;

la formulazione e l'attivazione di un progetto terapeutico, condiviso per quanto possibile con l'utente, con i familiari e con il servizio territoriale di riferimento, comprensivo di interventi terapeutici e riabilitativi, individuali e di gruppo;

dimissioni concordate con i Servizi Territoriali e redazione di una scheda dimissione;

integrazione con il costituendo Dipartimento di Emergenza e Accettazione, con il Pronto Soccorso, con gli altri reparti e servizi ospedalieri.

3. La Valutazione e il Miglioramento continuo della qualità  
individuazione di indicatori di qualità e loro monitoraggio con frequenza trimestrale attraverso il sistema informativo computerizzato di servizio;  
gruppo settimanale di équipe di discussioni dei casi;  
gruppo mensile di discussione sul funzionamento del servizio;  
attivazione della cartella e delle schede di valutazione infermieristiche;  
gruppo trimestrale di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari, con la partecipazione dell'associazionismo;  
attivazione del registro di monitoraggio del reparto;  
redazione di un opuscolo informativo sui servizi offerti, da pubblicizzare e da consegnare in fase di accoglienza, e suo aggiornamento periodico sulla base degli esiti di valutazione;

4. La Formazione di appartenenti all'Associazione di familiari e utenti, finalizzata a realizzazione dei gruppi di auto aiuto  
attivazione centro di ascolto  
Affidamento a cooperative sociali di utenti di servizi collaterali alle attività gestite dal SPDC nell'ambito del progetto.

## STRATEGIA DI COMUNICAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PROGETTO

Partendo dalla organizzazione di un seminario divulgativo regionale, aperto agli operatori dei DSM e dei servizi sociosanitari nonché agli appartenenti al mondo dell'associazionismo e del non profit e a chiunque interessato, evento cui dare il massimo risalto possibile con recensioni e interviste sui mass media, si proseguirà con la stampa di una serie di scheda ed opuscoli, sia ad uso interno sia ad uso informativo - promozionale, e di altri interventi su mass media.

Più precisamente:

Carta del SPDC, che fa parte integrante della Carta del DSM, nella quale vengano esplicitate tutte le procedure legate al ricovero e al progetto terapeutico (modalità di invio per il ricovero, l'accoglienza, i diritti, la gestione dei servizi alberghieri, gli orari per le visite, gli orari e le procedure per i permessi di uscita, le attività terapeutiche sanitarie, le attività terapeutiche riabilitative, le attività collettive ludico-ricreative, le dimissioni e l'invio per la presa in carico del servizio territoriale e del medico di base); tale strumento è indirizzato ai medici di base, i quali a loro volta ne fanno oggetto di informazione ai loro clienti, agli operatori dei servizi socio-sanitari di "frontiera", alle Istituzioni e agli Enti locali, al mondo dell'associazionismo e dei non profit;

Opuscolo informativo, in pratica una edizione a carattere divulgativo della carta del SPDC, da consegnare in fase di accoglienza all'utente e ai suoi familiari, contenente la scheda di soddisfazione descritta di seguito; operatori coinvolti: tutti;

Cartellonistica interna, esplicativa dell'organizzazione interna del reparto; operatori coinvolti: il caposala e gli infermieri.

Costituiscono parte necessaria alla formulazione degli strumenti informativi citati:

Scheda di soddisfazione dell'utente e dei familiari, da somministrare con la collaborazione dell'Associazione di familiari previo consenso informato, con specifici items per la valutazione dei livelli di assistenza erogati, che sarà oggetto di discussione nei gruppi trimestrali relativi e di diffusione annuale dei risultati conseguiti nella Conferenza di Servizio e nei documenti di accompagnamento; operatori coinvolti: volontari dell'Associazione Familiari;

Scheda di valutazione del grado di soddisfazione degli operatori, stilata a cura delle varie figure professionali, oggetto di discussione nei gruppi mensili sull'organizzazione;

Registro di monitoraggio, del reparto; operatori coinvolti: è compilato dall'équipe quotidianamente e serve a raccogliere informazioni su diversi indicatori ed eventi sentinella in grado di influire sull'atmosfera del reparto;

Cartella infermieristica all'interno della cartella clinica di reparto, comprensiva di scheda di valutazione dello stato psicopatologico dell'utente; operatori coinvolti: il caposala e gli infermieri.

## ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

1.

Costituzione del Nucleo di Valutazione regionale, composto dai responsabili dei cinque SPDC, opportunamente integrato.

2.

Il nucleo di valutazione regionale, utilizzando come indicatori di processo gli stessi strumenti valutativi interni al servizio (carta di servizio, opuscolo informativo, registro di monitoraggio del reparto, cartella clinica, cartella infermieristica, schede di valutazione), effettua il monitoraggio con cadenza trimestrale.

3.

Organizzazione di un seminario divulgativo regionale, entro ottobre 1999, dedicato a operatori psichiatrici e socio-sanitari del settore pubblico e del privato sociale ma aperto a tutti gli interessati, centrato sulla qualità dell'assistenza psichiatrica e sulla qualità di vita dell'utente, come evento informativo per la partenza ufficiale del progetto e per la valutazione del primo periodo, inteso come sperimentale.

4.

Presentazione contestuale al seminario di un'ipotesi di Carta del SPDC da analoghe esperienze in corso a livello nazionale (Ferrara, Pavia, Roma) come punto di partenza di una serie di verifiche successive da effettuare con frequenza trimestrale, nell'ambito dei gruppi di discussione sul grado di soddisfacimento degli utenti e familiari, con l'acquisizione delle valutazioni formulate nell'ambito dei gruppi mensili a carattere organizzativo e quelli analoghi di soddisfacimento degli operatori.

5.

Omogeneizzazione e completamento dei modelli cartacei previsti (cartella clinica, cartella infermieristica, scheda terapia, scheda dimissioni, scheda di valutazione varie, registro nosologico, registro di monitoraggio del reparto) e della informatizzazione del servizio, sulla base di gruppi tematici tra tutti gli operatori degli SPDC coinvolti, entro dicembre 1999.

6.

Individuazione degli indicatori di qualità e degli eventi sentinella da monitorare periodicamente, con cadenza trimestrale, ai fini della valutazione epidemiologica e di quella di qualità del progetto.

7.

Inizio, entro dicembre 1999, del corso di formazione per appartenenti alle Associazioni di Familiari e Utenti, finalizzato alla creazione di gruppi di auto aiuto e di un centro di ascolto secondo quanto previsto dallo specifico progetto regionale.

8.

Coinvolgimento di utenti in trattamento riabilitativo, attraverso le cooperative sociali di tipo B, nell'ambito della gestione della attività in collaborazione con le Associazioni.

9.

Verifica annuale della migliore qualità dell'assistenza tramite una conferenza di servizio che sia l'occasione per la pubblicizzazione dei dati epidemiologici annuali e per la valutazione scientifica dei vari indicatori di qualità.

10.

Predisposizione, entro dicembre 1999, di concerto con gli altri soggetti coinvolti nel progetto, della documentazione del Programma di Qualità nei seguenti fascicoli:

- predisposizione e documentazione del Programma Qualità;
- Carta del Servizio;
- protocolli delle procedure e della continuità terapeutica;



- linee guida per la valutazione della qualità della vita in reparto;
- criteri generali sulla gestione delle cartelle cliniche, ai fini della documentazione dell'attività svolta;
- relazione annuale da parte del responsabile del SPDC sull'andamento del reparto, correlata dai dati statistico-epidemiologici, con particolare riferimento ai primi casi, ai ricoveri impropri, a quelli da porta girevole;

11.

Revisione annuale, sulla stessa base, della Carta di Servizio e dell'Opuscolo Informativo.

## INDICATORI DI VERIFICA DELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

1.

Adeguamento delle condizioni strutturali ed organizzative dei SPDC a quelle previste dal presente progetto nell'arco del triennio.

2.

Entro il triennio adeguare il modello di funzionamento a quello proposto (gruppo settimanale di discussione dei casi, gruppo mensile sul funzionamento, gruppo trimestrale sul grado di soddisfacimento degli utenti);

3.

Attuazione del 100% delle iniziative programmate (seminario divulgativo conferenze di servizio, corsi di formazione, per numero di partecipanti che hanno completato il corso sul numero totale, centro ascolto);

4.

Adozione degli strumenti cartacei e informativi di registrazione e valutazione delle attività entro il primo anno.

5.

Riduzione del 20% dei ricoveri nelle case di cura private regionali ed extraregionali;

6.

Riduzione del 20% dei ricoveri dei ricoveri impropri e ripetuti (revolving door);

7.

Riduzione del 20% dei pazienti dropout;

8.

Riduzione del n. dei TSO sul totale dei ricoveri.

9.

Diminuzione degli episodi di aggressione in SPDC a non più di due-tre per anno.

10.

Trasformazione di tutti i TSO in TSV.

11.

Riduzione del ricorso alta contenzione e della sua durata con eliminazione della stessa nell'arco del triennio.