



Ministero della salute



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

Valutazione della qualità dei Servizi di Salute Mentale: un percorso di analisi condivisa con pazienti in qualità di valutatori.

ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: ASL AT, Via Conte Verde 125, 14100 Asti

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO: Dr. Caterina CORBASCIO
Struttura di appartenenza: Dipartimento di Salute Mentale, ASL AT, Asti
n. tel: 0141-782-313 n. fax: 0141-782-538 E-mail: ccorbascio@asl.at.it

Allegato 1

TITOLO: Valutazione della qualità dei Servizi di Salute Mentale: un percorso di analisi condivisa con pazienti in qualità di valutatori.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione e analisi del problema

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel “*Package* per la qualità dei Servizi Psichiatrici” (2003) raccomanda l'attività di valutazione quale elemento cruciale per il miglioramento della qualità dei Servizi di Salute Mentale (1). Queste attività hanno importanti ricadute quali la possibilità di fornire cure più appropriate, la riduzione dell'impatto della disabilità legata alla malattia psichiatrica e il miglioramento della qualità della vita. Indicazioni legislative nazionali, quali il DPR 10/11/1999 “Approvazione del Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000” e le recenti “Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale” (Accordo Stato-Regioni del 30/3/2008) indicano la necessità di avviare ricerche valutative e processi di accreditamento dei Servizi Psichiatrici con il coinvolgimento attivo di pazienti e familiari. Inoltre il DLgs. 30/12/1992 n. 502 stabilisce che le Regioni devono promuovere consultazioni attraverso le ASL con i cittadini ed i loro organismi di rappresentanza per raccogliere informazioni sull'organizzazione dei Servizi, nelle fasi di impostazione della programmazione e nella verifica dei risultati conseguiti. Infatti vi è ampio accordo sul fatto che la qualità debba essere valutata considerando il punto di vista dei principali portatori di interesse – gli *stakeholder* - quali i pazienti, i familiari e i professionisti dei Servizi (2,3,4). La letteratura scientifica sulla qualità sottolinea la rilevanza del ruolo degli *stakeholder* nella definizione degli standard dei Servizi e nel contesto delle politiche relative: senza il loro coinvolgimento vengono a mancare elementi ritenuti essenziali per la valutazione del sistema. (5,6). Il valore aggiunto derivante dal coinvolgimento di pazienti e familiari nella valutazione dei Servizi è dato dal mutamento di prospettiva: la possibilità di partire dalle esperienze di sofferenza e di cura contribuisce a rendere gli obiettivi e le priorità della valutazione più focalizzati e più vicini ai loro bisogni (7,8). Inoltre, la conduzione di interviste da parte di pazienti si è rivelato un elemento di miglioramento della qualità dei dati raccolti, grazie ad una facilitata comunicazione tra intervistatore ed intervistato (9). L'inclusione dei familiari nella valutazione consente di allargare il campo di osservazione su aspetti quali il carico del lavoro di cura e le attese nei confronti dei Servizi (10,11). Il coinvolgimento dei professionisti ha come indotto la crescita delle competenze e della motivazione nei rispettivi contesti e il rinforzo delle esperienze positive, mettendo in luce le buone pratiche e contribuendo al processo di miglioramento dei Servizi.

Nel nostro Paese, tali iniziative hanno avuto un avvio disperso e frammentario, anche geograficamente. Questo fatto ne ha impedito una validazione e diffusione all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, per cui occorre definire linee di indirizzo e percorsi operativi al fine di realizzare un modello trasferibile a livello nazionale.

Il modello di valutazione che il Progetto propone si caratterizza come un sistema partecipato che prevede: i) il coinvolgimento di pazienti e familiari, non solo come fonte di informazione ma anche come soggetti attivi nella progettazione e realizzazione dell'indagine valutativa, ii) la partecipazione di tutte le figure professionali operanti nei Servizi Psichiatrici, e iii) l'adozione della valutazione come strumento essenziale per la programmazione e realizzazione di nuovi interventi.

Il Progetto intende promuovere una iniziativa coordinata dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL AT di Asti, con l'adesione di 8 Centri di Salute Mentale (Unità Operative) identificate sulla base di pregresse esperienze nel campo della valutazione. Elementi di forza del Progetto sono la presenza di una rete collaborativa già in atto tra le Unità Operative coinvolte e lo stretto collegamento con il Centre for Mental Health Recovery (CMHR), University of Hertfordshire, coordinato dalla Prof. S. Ramon. Il gruppo inglese ha una solida e riconosciuta esperienza nella conduzione di questo tipo di iniziative (9).

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze/prove scientifiche di provata efficacia

Il Progetto intende fornire strumenti metodologici e operativi per la definizione di un modello che preveda il coinvolgimento dei principali *stakeholder* (pazienti, familiari e professionisti dei Servizi) in qualità di valutatori per contribuire al miglioramento della *performance* e della qualità dei Servizi Psichiatrici. La partecipazione dei cittadini (familiari, volontariato, comunità locali) alla programmazione, conduzione e monitoraggio delle attività dei Servizi (2), auspicata da diversi Sistemi Sanitari Nazionali, ha assunto proporzioni significative soprattutto nei Paesi anglosassoni e in ambiti selezionati, quali diabete (12), oncologia (13), AIDS/HIV(14) e psichiatria (15,16). Il coinvolgimento attivo di pazienti e familiari dei Servizi di Salute Mentale in qualità di valutatori dei Servizi ha preso avvio negli anni '90 negli Stati Uniti e in Gran Bretagna. Studi pionieristici hanno dimostrato che i pazienti hanno le competenze per identificare e classificare i loro bisogni e sono in grado di individuare i fattori che favoriscono oppure che ostacolano il

loro benessere (17,18,19). In Gran Bretagna i progetti di valutazione qualitativa dei Servizi di Salute Mentale per essere finanziati dal National Health System devono prevedere il coinvolgimento degli *stakeholder* quale elemento di conferma di efficacia del metodo. Studi condotti con la partecipazione di pazienti e familiari (Biomedical Research for Mental Health, King's College, London, <http://www.iop.kcl.ac.uk/departments/>, <http://www.involve.org.uk>) hanno significativamente influenzato le linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (20).

Risultato del Progetto sarà quello di portare alla definizione di standard di qualità dei Servizi Psichiatrici che tengano conto delle esigenze dei principali *stakeholder*. L'obiettivo finale è quello di migliorare la qualità dei Servizi Psichiatrici con l'inserimento nella programmazione istituzionale delle proposte generate dalla attività di valutazione e monitoraggio permanente degli interventi da parte degli *stakeholder*. Aspetto non meno importante sarà quello di prendere in considerazione il gradimento e il consenso da parte di pazienti e familiari. Ulteriore ricaduta del Progetto è l'individuazione, documentazione e diffusione delle buone pratiche esistenti nei Servizi Psichiatrici regionali.

Il Progetto prevede:

1) Fase di avvio

a) Costituzione del Gruppo di Coordinamento del Progetto composto dal Capo Progetto, da 2 esperti di formazione in psichiatria e da 3 rappresentanti del Centre for Mental Health Recovery per:

- la definizione del protocollo operativo del Progetto,
- la definizione delle procedure per la costituzione dei gruppi di *stakeholder* responsabili del processo di valutazione,
- la condivisione nelle 8 Unità Operative del protocollo operativo e in seguito l'effettuazione della formazione in loco dei gruppi di *stakeholder* finalizzata alla realizzazione degli strumenti di valutazione (Questionario e Intervista semi-strutturata) e al loro uso.

b) Costituzione del Comitato Scientifico del Progetto composto da 2 rappresentanti del Gruppo di Coordinamento, da 2 esperti nel campo della valutazione e da 2 esperti in epidemiologia psichiatrica per la verifica del percorso metodologico e la validazione degli strumenti di valutazione.

c) Costituzione di un Gruppo locale di Coordinamento del Progetto presso ogni Unità Operativa per:

- la costituzione dei 3 gruppi di *stakeholder*,
- la collaborazione alla formazione dei gruppi assieme al Gruppo di Coordinamento,
- l'elaborazione e la messa a punto degli strumenti di valutazione.

2) Fase di attuazione

a) Il Gruppo di Coordinamento valuta le proposte delle varie Unità e costruisce uno strumento unico di valutazione che verrà adottato da tutte le 8 Unità Operative. In seguito tale strumento verrà somministrato dai gruppi di *stakeholder* ai propri pari (da paziente a paziente, da familiare a familiare e da professionista a professionista),

b) Il Comitato Scientifico effettua la verifica del percorso metodologico e la validazione dello strumento di valutazione,

c) Analisi dei dati raccolti con gli strumenti di valutazione da parte del Gruppo di Coordinamento per la predisposizione del Piano di Miglioramento, elaborato secondo le indicazioni e le proposte migliorative emerse dalla valutazione,

d) elaborazione e sviluppo del Piano di Miglioramento per le 8 Unità Operative,

e) condivisione del Piano di Miglioramento e individuazione di indicatori quantitativi e qualitativi di monitoraggio del Piano con le Unità Operative nel corso di una Conferenza di consenso,

f) attuazione del Piano di Miglioramento attraverso l'inserimento delle proposte migliorative nella programmazione istituzionale delle attività delle Unità Operative,

g) Documentazione e diffusione dei risultati del progetto ,

h) Creazione di una rete stabile tra i Servizi dotati del sistema di valutazione realizzato per promuovere e trasferire il modello in altri Servizi regionali.

La valutazione finale dell'impatto del Progetto sulle Unità Operative verrà effettuata un anno dopo la fine del Progetto attraverso *focus groups*, *audit* e uso degli indicatori individuati.

Fattibilità/Criticità delle soluzioni proposte

Il proponente (Dipartimento di Salute Mentale di Asti) e le Unità Operative coinvolte nel Progetto hanno accumulato in questi ultimi anni esperienze in attività di valutazione dei Servizi con il coinvolgimento degli *stakeholder*. Tale esperienza si è concretizzata con l'attuazione di diversi progetti finanziati dalla Ricerca Sanitaria Finalizzata della Regione Piemonte, dall'Osservatorio per l'Inclusione Sociale dell'ISFOL - Ministero del Lavoro e dalle Regioni Toscana ed Emilia-Romagna, che hanno consentito di avviare e sviluppare modelli di valutazione che coinvolgono pazienti, familiari e professionisti. Il Progetto verrà

realizzato in stretta collaborazione con il Centre for Mental Health Recovery, University of Hertfordshire (UK). Questa collaborazione ha il vantaggio di focalizzare fin dall'inizio gli obiettivi e le modalità d'azione, e consentirà di poter disporre nelle diverse Unità Operative di un modello di formazione e valutazione omogenei. Aspetti critici possono essere rappresentati da prevedibili resistenze al cambiamento all'interno dei Servizi e all'accettazione del processo di valutazione: questa inerzia è generalmente riferibile a contenuti culturali non finalizzati e difficoltà a prendere in considerazione il punto di vista di altri *stakeholder* (21). Queste resistenze possono essere superate dopo l'attivazione di processi dialogici, nel quale questi aspetti possono essere chiariti e trattati attraverso proposte di soluzioni contestuali ai Servizi coinvolti. Questo approccio consente di riconoscere e capitalizzare il valore delle attività erogate dai servizi contribuendo al rafforzamento culturale e negoziale degli operatori.

Bibliografia

1. Quality Improvement for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. World Health Organization, Geneva, 2003.
2. Crawford M.J., Rutter D., Manley C., Weaver T., Bhui K., Fulop N., Tyrer P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 30, 1263-1268, 2002
3. Weinstein J. Involving mental health service users in quality assurance. *Health Expectations*, 9, 98-109, 2006.
4. Shumway M., Saunders T., Shern D., Pines E., Downs A., Burbine T., Beller J. Preferences for schizophrenia treatment outcomes among public policy makers, consumers, families and providers. *Psychiatric Services*, 54, 1124-1128, 2003.
5. Cashin C., Scheffler R., Felton M., Adams N., Miller L. Transformation of the California mental health system: stakeholder planning as a transformational activity. *Psychiatric Services*, 59, 1107-1114, 2008.
6. Mitton C., Smith N., Peacock S., Evoy B., Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy*, 91, 219-228, 2009.
7. McIver S. Obtaining the views of users of health services. London: King's Fund, 1991.
8. Perkins R. What constitutes success? The relative priority of service users' and clinicians' views of mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 179, 9-10, 2001.
9. Ramon S. Users researching health and social care: an empowering agenda? Venture Press, Birmingham, 2003.
10. Noble L. Douglas B. What users and relatives want from mental health services. *Current opinions in Psychiatry*, 17, 289-296, 2004.
11. Fischer E.P., Shumway M., Owen R.R., Priorities of consumers, providers and family members in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 53, 724-729, 2002.
12. Carlson A. Rosenquvist U. Locally developed plants for quality diabetes care. Worker and consumer participation in the public health care system. *Health Education Research*, 5, 41-52, 1990.
13. Thornton H. Patient perspectives on involvement in cancer research in the UK. *European Journal of Cancer Care*, 11, 205-209, 2002.
14. Buchanan R.J., Ohsfeldt R. The attitudes of state legislators and state Medicaid policies related to AIDS. *Policy Studies Journal*, 21, 651-671, 1993.
15. Simpson E., House A. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*, 325, 1265-1270, 2002.
16. Fudge N., Wolfe C., McKeivitt C. Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *British Medical Journal*, 336, 313-317, 2008.
17. Tischler G.L. The effects of consumer control on the delivery of services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 501-505, 1971
18. Researching user involvement. Leeds: Nuffield Institute for Health Service Studies, 1992.
19. Crawford M.J., Aldridge T., Bhui K., Rutter D., Manley C., Weaver T., Tyrer P., Fulop N. User involvement in the planning and delivery of mental health services. A cross sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403-414, 2003.
20. Rose D., Wykes T., Morve L., Bindman J., Fleischmann P. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *British Medical Journal*, 326, 1363-1368, 2003.
21. Rose D. Collaborative Research between users and professionals, peaks and pitfalls. *Psychiatric Bulletin*, 27, 404-406, 2003.

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Definizione di un modello di programmazione delle attività dei Servizi Psichiatrici condiviso con gli *stakeholder* (pazienti, familiari e professionisti)

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Formazione dei gruppi di *stakeholder* finalizzata alla realizzazione degli strumenti di valutazione (Questionario e Intervista semi-strutturata)

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Definizione e preparazione degli strumenti di valutazione da parte dei 3 gruppi di *stakeholder*.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Adozione dello strumento di valutazione nelle 8 Unità Operative

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Analisi delle informazioni contenute nei Questionari e nelle Interviste Semi-strutturate

OBIETTIVO SPECIFICO 5:

Elaborazione e sviluppo del Piano di Miglioramento secondo le indicazioni emerse dalla valutazione

OBIETTIVO SPECIFICO 6:

Diffusione dei risultati

OBIETTIVO SPECIFICO 7:

Promozione e trasferimento del modello in altri Servizi Psichiatrici attraverso la creazione di una rete stabile tra Servizi dotati del sistema di valutazione messo a punto dal Progetto

CAPO PROGETTO: Caterina Corbascio, Direttore DSM ASL AT, Asti

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
DSM Asti ASL AT Asti	Caterina Corbascio	1) Coordinamento e azioni centrali: - elaborazione del Protocollo Operativo - condivisione con le U.O. - avvio della formazione nelle U.O. e analisi dei dati raccolti - elaborazione <i>report</i> - diffusione dei dati. 2) Attività specifica dell'U.O. di Asti - Costituzione e formazione di 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione di strumenti di valutazione - Somministrazione di Questionario e Intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
DSM ASL TO2 ASL TO2 Torino	Luciano Sorrentino	- Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
CSM Pianura Est AUSL Bologna Bologna	Angelo Fioritti	- Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
DSM AUSL Reggio Emilia Reggio Emilia	Gaddo Maria Rossi	- Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati

		<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
DSM AUSL Ravenna Ravenna	Vincenzo Scalfaro	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
DSM USL 6 Livorno Livorno	Mario Serrano	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete
Unità Operativa 7	Referente	Compiti
DSM ASL Napoli 1 Napoli	Emilio Lupo	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete
Unità Operativa 8	Referente	Compiti
CSM 6 ASL BA Bari	Nunzia Abbondanza	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione e formazione 3 gruppi di <i>stakeholder</i> - Elaborazione strumenti di valutazione - Somministrazione Questionario e intervista e invio dati - Collaborazione alla predisposizione del Piano di Miglioramento e degli indicatori - Adesione alla rete

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Definizione di un modello di programmazione delle attività dei Servizi Psichiatrici condiviso con gli <i>stakeholder</i> (pazienti, familiari e professionisti)
Indicatore/i di risultato	Riorganizzazione delle attività delle Unità Operative aderenti al Progetto secondo le indicazioni fornite dalla valutazione effettuata dagli <i>stakeholder</i>
Standard di risultato	Riorganizzazione delle attività in almeno 6 delle Unità Operative aderenti al Progetto in termini di ampliamento dei servizi offerti, accessibilità, presa in carico e secondo gli indicatori e qualitativi di impatto

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Formazione dei gruppi di <i>stakeholder</i> finalizzata alla realizzazione degli strumenti di valutazione (Questionario e Intervista semi-strutturata)
Indicatore/i di risultato	Formazione dei 3 gruppi di <i>stakeholder</i> (24 gruppi) nelle Unità Operative secondo le indicazioni del protocollo operativo
Standard di risultato	Formazione di almeno 80% dei gruppi di <i>stakeholder</i> (circa 20 gruppi) delle 8 Unità Operative

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Definizione e preparazione degli strumenti di valutazione da parte dei 3 gruppi di <i>stakeholder</i>
Indicatore/i di risultato	Questionario e Intervista Semi-strutturata prodotti dai 3 gruppi di <i>stakeholder</i> delle 8 Unità Operative.
Standard di risultato	Produzione di uno strumento di valutazione unico (Questionario e Intervista semi-strutturata) condiviso dalle Unità Operative e validato dal Comitato Scientifico

OBIETTIVO SPECIFICO 3	Adozione dello strumento di valutazione nelle 8 Unità Operative
Indicatore/i di risultato	Questionari e Interviste Semi-strutturate somministrate e inviate al Gruppo di Coordinamento
Standard di risultato	Questionari e Interviste semi-strutturate somministrate ad almeno il 10% dei pazienti in carico ad ogni Unità Operativa, ai familiari e ad almeno l'80% dei professionisti delle Unità Operative

OBIETTIVO SPECIFICO 4	Analisi delle informazioni contenute nei Questionari e Interviste semi-strutturate
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Individuazione degli indicatori qualitativi e quantitativi da utilizzare nella programmazione dei Servizi
<i>Standard di risultato</i>	Uso di almeno 80% degli indicatori emersi dall'analisi dei dati

OBIETTIVO SPECIFICO 5	Elaborazione e sviluppo del Piano di Miglioramento secondo le indicazioni emerse dalla valutazione
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Disponibilità di un Piano di Miglioramento
<i>Standard di risultato</i>	Condivisione del Piano di Miglioramento tra le 8 Unità Operative con Conferenza di consenso Adozione del Piano di Miglioramento in almeno 80% delle Unità Operative

OBIETTIVO SPECIFICO 6	Diffusione dei risultati
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Organizzazione e costruzione di un sito web Pubblicazione periodica su stato avanzamento del Progetto Conferenza finale del Progetto Pubblicazione finale
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 2 <i>report</i> all'anno. Adesione alla Conferenza finale di tutte le Unità Operative Pubblicazione su rivista ad alto fattore di impatto

OBIETTIVO SPECIFICO 7	Promozione e trasferimento del modello in altri Servizi Psichiatrici attraverso la creazione di una rete stabile tra Servizi dotati del sistema di valutazione messo a punto dal Progetto
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di Servizi Psichiatrici che aderiscono al modello di valutazione proposto dal Progetto
<i>Standard di risultato</i>	Adesione di almeno 2 Servizi Psichiatrici per ogni Regione coinvolta e altri Servizi sul territorio nazionale

CRONOGRAMMA

Mese		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ob. Spec. 1	Costituzione del Gruppo di Coordinamento del Progetto	■					■						■						■						
	Definizione del Protocollo Operativo		■	■			■						■						■						
	Definizione procedure per la costituzione dei gruppi di SH			■			■						■						■						
	Condivisione del Protocollo e formazione nelle 8 U.O.				■	■	■	■	■				■						■						
Ob. Sp. 2	Elaborazione strumenti nei 3 gruppi di SH in ogni U.O.						■	■	■				■						■						
	Validazione degli strumenti di valutazione						■			■			■						■						
Ob. Sp. 3	Somministrazione Questionari e Interviste nelle 8 U.O.						■				■	■							■						
	Raccolta dati dalle 8 U.O.						■					■	■						■						
Ob. Sp. 4	Analisi dati raccolti nelle 8 U.O.						■						■		■	■			■						
	Individuazione di indicatori quantitativi e qualitativi						■						■			■	■		■						
Ob. Sp. 5	Elaborazione del Piano di Miglioramento						■						■				■	■	■						
	Conferenza di condivisione						■						■						■						
	Inserimento del Piano nella programmazione delle U.O.						■						■						■	■	■	■	■	■	■
Ob. Sp.eci fico 6	Costruzione e gestione del sito web del Progetto				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Pubblicazione <i>report</i> periodici						■						■						■						■
	Conferenza finale						■						■						■					■	■
	Pubblicazione finale su rivista ad alto impatto						■						■						■					■	■
O. S. 7	Trasferimento del modello di valutazione ad altri Servizi						■						■						■	■	■	■	■	■	■

Allegato 4
PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 DSM Asti			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Attività di coordinamento nazionale del progetto			
Personale			
- Segreteria per l'attività di coordinamento del Progetto	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
-			
Beni e servizi			
- Formazione per le 8 U.O.	-55.000	- 7.000	- 62.000
- Analisi dati			
-			
Missioni			
- Incontri per la formazione, incontri periodici, conferenza di consenso	-9.000	-7.000	- 16.000
-			
-			
Spese generali			
- Costruzione e manutenzione sito web			
- Materiali di consumo e pubblicazioni	-3.500	-3.500	- 7.000
-			
-			
-Totale	-80.500	- 30.500	- 111.000
-			
Attività del Progetto all'interno dell'U.O. di Asti (come per le altre U.O.)			
Personale			
- Coordinamento del Progetto in loco	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
-			
Beni e servizi			
-	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
-			
Missioni			
- Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.	- 4.000	- 4.000	- 8.000
-			
-			
Spese generali			
- Materiali di consumo	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
-			
-Totale	-19.000	-19.000	- 38.000
-			
-			

Unità Operativa 2: DSM ASL TO2, Torino			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale			
- <i>Coordinamento del Progetto in loco</i>	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
Beni e servizi			
-	-1.000	- 1.000	- 2.000
-			
Missioni			
- <i>Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.</i>	- 4.000	- 4.000	- 8.000
-			
Spese generali			
- <i>Materiali di consumo</i>	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
- Totale	-19.000	-19.000	- 38.000
-			

Unità Operativa 3: CSM Pianura Est, AUSL Bologna			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale			
- <i>Coordinamento del Progetto in loco</i>	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
Beni e servizi			
-	-1.000	- 1.000	- 2.000
-			
Missioni			
- <i>Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.</i>	- 4.000	- 4.000	- 8.000
-			
Spese generali			
- <i>Materiali di consumo</i>	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
- Totale	-19.000	-19.000	- 38.000
-			

Unità Operativa 4: DSM AUSL Reggio Emilia			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale			
- <i>Coordinamento del Progetto in loco</i>	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
Beni e servizi			
-	-1.000	- 1.000	- 2.000
-			
Missioni			
- <i>Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.</i>	- 4.000	- 4.000	- 8.000
-			
Spese generali			
- <i>Materiali di consumo</i>	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
- Totale	-19.000	-19.000	- 38.000
-			

Unità Operativa 5: DSM AUSL Ravenna			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale			
- <i>Coordinamento del Progetto in loco</i>	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
Beni e servizi			
-	-1.000	- 1.000	- 2.000
-			
Missioni			
- <i>Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.</i>	- 4.000	- 4.000	- 8.000
-			
Spese generali			
- <i>Materiali di consumo</i>	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
- Totale	-19.000	-19.000	- 38.000
-			

Unità Operativa 6: DSM USL 6 Livorno			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale - <i>Coordinamento del Progetto in loco</i>	- 13.000	- 13.000	- 26.000
Beni e servizi	-1.000	- 1.000	- 2.000
Missioni - <i>Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.</i>	- 4.000	- 4.000	- 8.000
Spese generali - <i>Materiali di consumo</i>	- 1.000	- 1.000	- 2.000
- Totale	-19.000	-19.000	- 38.000

Unità Operativa 7: DSM ASL Napoli 1			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale - <i>Coordinamento del Progetto in loco</i>	- 13.000	- 13.000	- 26.000
Beni e servizi	-1.000	- 1.000	- 2.000
Missioni - <i>Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.</i>	- 4.000	- 4.000	- 8.000
Spese generali - <i>Materiali di consumo</i>	- 1.000	- 1.000	- 2.000
- Totale	-19.000	-19.000	- 38.000

Unità Operativa 8: CSM ASL 6 Bari			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale			
- Coordinamento del Progetto in loco	- 13.000	- 13.000	- 26.000
-			
Beni e servizi			
-	-1.000	- 1.000	- 2.000
-			
Missioni			
- Incontri per la formazione, incontri periodici delle U.O.	- 4.000	- 4.000	- 8.000
-			
Spese generali			
- Materiali di consumo	- 1.000	- 1.000	- 2.000
-			
Totale	-19.000	-19.000	- 38.000
-			
-			

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Anno 1	Anno 2	tot
Personale	117.000	117.000	234.000
Beni e servizi	63.000	15.000	78.000
Missioni	41.000	39.000	80.000
Spese generali	11.500	11.500	23.000
.....			
Totale	232.500	182.500	415.000