



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 21/11/2006

=====

ADDI' 21/11/2006 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	MANDARELLI	Alessandra	Assessore
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	MICHELANGELO	Mario	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	NIERI	Luigi	"
BATTAGLIA	Augusto	"	RANUCCI	Raffaele	"
BRACHETTI	Rogino	"	RODANO	Giulia	"
CIANI	Fabio	"	TIBALDI	Alessandra	"
COSTA	Silvia	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISIS

ASSENTI: COSTA - NIERI - RODANO - ZARATTI

DELIBERAZIONE N. 825

Oggetto:

Approvazione del progetto di cooperazione con la Pfizer Italia S.r.l. denominato "Michelangelo".



OGGETTO: Approvazione del progetto di cooperazione con la Pfizer Italia S.r.l. denominato "Michelangelo".

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

PRESO ATTO che in data 24 marzo 2005 è stato stipulato un protocollo di intesa tra la Regione Lazio e la Pfizer Italia Srl per la realizzazione di un progetto di cooperazione finalizzato alla elaborazione ed all'avvio di un programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari per la quale la Società PFIZER ITALIA è impegnata a fornire un supporto economico di 1.330.000,00€;

VALUTATA la proposta della Pfizer del 4 ottobre 2005 presentata alla Regione Lazio di partnership avente l'obiettivo di avviare una serie di progetti nell'ambito cardiovascolare al fine di ridurre le ospedalizzazioni, migliorare i tassi di morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari e razionalizzare gli interventi sui pazienti a rischio con il coinvolgimento di tutti gli operatori e garantendo la continuità assistenziale ospedale-territorio;

VISTA la DGR n. 1019 dell'8 novembre 2005: "Progetto di cooperazione tra la Regione Lazio e la Pfizer Italia Srl, finalizzata alla elaborazione ed all'inizio di un programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari. Ratifica" relativa al protocollo d'intesa per il triennio 2005-2007;

VISTO il decreto del Presidente n. 10607 del 24 novembre 2005: "Bilancio di previsione 2005. Variazione di bilancio capitoli 227126 - H13123" che istituisce nuovi capitoli di entrata e di spesa con i relativi stanziamenti in termini di competenza e di cassa;

CONSIDERATO che la PFIZER ha presentato il progetto di cooperazione denominato "Michelangelo" che si compone di 3 sottoprogetti che costituiscono parte integrante del presente atto:

INCA 2 (Indicatori in Cardiologia)



825 21 NOV. 2006 *llly*

PREVASC (prevenzione cardiovascolare)
INFARTONET (implementazione del sistema di telemedicina nella rete dell'emergenza coronarica della regione Lazio);

VALUTATO che il progetto "Michelangelo" può contribuire a realizzare una sanità più efficace a favore dei soggetti affetti da patologia cardiovascolare e potenziare il piano di prevenzione regionale in tale ambito;

CONSIDERATO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali

All'unanimità



DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite, di:

- approvare il progetto di cooperazione presentato dalla Pfizer Italia S.r.l. denominato "Michelangelo" che si compone di 3 sottoprogetti elencati di seguito, che costituiscono parte integrante del presente atto:

INCA 2 (INDicatori in CARDiologia)

PREVASC (prevenzione cardiovascolare)

INFARTONET (implementazione del sistema di telemedicina nella rete dell'emergenza coronarica della regione Lazio);

llly

- dare mandato al Direttore Regionale della Direzione Tutela della Salute e Servizio Sanitario Regionale di provvedere con successivi atti alla realizzazione del progetto secondo tempi e modalità in parte già definiti nei singoli sottoprogetti.

Il progetto sarà realizzato con il supporto economico fornito dalla Società Pfizer Italia che graverà sul capito H13123 esercizio finanziario 2006.



"Pfizer Progetto INFARTO.neL.doc"



"Pfizer sintesi progetto INCA2.doc"



"Pfizer Progetto PreVasc.doc"

21 NOV 2006



IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI



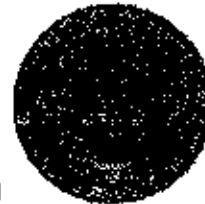
Agenzia di Sanità Pubblica



ALLEG. alla DELIB. N. 825 *ly*
21 NOV, 2006
DEL



PROGETTO MICHELANGELO



Progetto INCA-2 - Indicatori in Cardiologia

“Valutazione della qualità delle cure ospedaliere e dell’assistenza territoriale in pazienti con infarto Miocardico Acuto tipo ST elevato (STEMI)”



Il documento è composto da 2 fogli



luglio 2006

**ISTITUZIONI COINVOLTE**

Assessorato alla Sanità, Regione Lazio

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP)

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

PFIZER

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dott. Quinto Tozzi, ANMCO Lazio

COORDINAMENTO TECNICO

Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

COMITATO SCIENTIFICO

Dott. Fabrizio Ammirati, ANMCO

Dott. Giovanni Baglio, UO Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Ospedalieri, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Dott. Giovanni Caracci, Servizio Qualità e Accreditamento, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Dott.ssa Stefania Cardo, UO Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Ospedalieri, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Dott. Luca Casertano, Servizio Qualità e Accreditamento, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Dott. Alfonso Fiorillo, Medico di Medicina Generale

Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Direttore Scientifico, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Dott. Enrico Natale, ANMCO Lazio

Dott. Moreno Perugini, PFIZER

Dott. Pietro Ranieri, PFIZER

Dott. Quinto Tozzi, ANMCO Lazio

Dott. Edoardo Turi, Assessorato alla Sanità, Regione Lazio

Dott.ssa Maria Luce Vegna, PFIZER

Dott. Angelo Orelli, Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

Dott.ssa Maria Antonietta Savina, PFIZER

Dott.ssa Michela Procaccini, PFIZER



TITOLO DEL PROGETTO

Progetto INCA2: INDicatori in CArdiologia-2
"Valutazione della qualità delle cure ospedaliere e dell'assistenza territoriale a pazienti con STEMI"

RIASSUNTO

Il progetto INCA-2, proposto dall'ANMCO Lazio e avviato in collaborazione con la Regione Lazio, la PFIZER, la FIMMG e l'ASP nell'ambito del "Progetto Michelangelo", ha la finalità di definire e implementare strategie di verifica e valutazione della qualità delle cure cardiologiche offerte nel Lazio a pazienti con infarto miocardico acuto ST-sopraslivellato (STEMI).

Sono previste due linee di attività.

La prima, denominata INCA-INpatient, riguarda l'implementazione di un sistema informativo ad integrazione dei dati SDO per la raccolta di informazioni cliniche finalizzate alla costruzione di indicatori di qualità delle cure intraospedaliere, a partire dall'esperienza maturata nell'ambito del progetto pilota INCA-1.

La seconda, denominata INCA-OUTpatient, consiste nella pianificazione e conduzione di un'indagine sulla qualità dell'assistenza cardiologica extraospedaliera: livello di adesione alla terapia di dimissione, flussi di distribuzione dei pazienti, esami eseguiti, nuovi ricoveri per patologie correlate, ecc..

Punti di forza del progetto sono:

- il coinvolgimento di un gruppo multidisciplinare di esperti e operatori sanitari, e delle Società Scientifiche;
- la condivisione degli indicatori e del modello di sistema informativo con gli operatori sanitari;
- l'istituzione di una nuova figura di "infermiere sperimentatore", cui sono affidati la raccolta e l'invio dei dati, e l'implementazione di sinergie con il territorio;
- messa a punto di un modello di raccolta dati e di valutazione, utilizzabile per fini istituzionali ed esportabile ad altri ambiti dell'assistenza sanitaria.

Sarà particolarmente utile anche ai fini della programmazione sanitaria seguire il paziente nel suo percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale, fornendo per la prima volta nel Lazio informazioni sulla gestione clinico-organizzativa dei pazienti dopo la dimissione. Si potrà pertanto valutare sia nella fase intra- che extraospedaliera il grado di adesione della pratica clinica alle raccomandazioni delle linee guida, nonché gli eventuali riflessi sull'esito.

DURATA PROPOSTA: 30 mesi



1. RAZIONALE

La sanità italiana e regionale in particolare sta attraversando una fase che potrebbe essere definita di transizione da un modello organizzativo ormai superato e non più in grado di supportare le nuove complessità a un modello più avanzato in grado di rispondere in modo adeguato alle mutate esigenze e problematiche del contesto culturale, assistenziale, organizzativo e normativo.

Nel processo di riforma sanitaria in corso in Italia, il miglioramento della qualità dei servizi rappresenta un obiettivo fondamentale che ha ricevuto in questi ultimi anni una legittimazione normativa, a partire dal Decreto Legislativo 502/92 che indicava la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo da adottare in via ordinaria.

Per misurare e valutare la qualità dell'assistenza erogata, nell'ottica di un miglioramento continuo della stessa, è necessario disporre di indicatori della performance dei servizi sanitari. L'uso di tali indicatori e dei relativi standard di riferimento consente una valutazione sintetica di fenomeni complessi, fornendo gli elementi sufficienti ad orientare le decisioni.

Donabedian, un pioniere degli studi di qualità, definiva la qualità assistenziale come "il livello di salute più elevato possibile ottenibile con i mezzi più desiderabili utilizzati allo scopo" e identificava, già a partire dal 1966, i tre parametri su cui basare la valutazione dell'assistenza: struttura, processo e esito.

Sulla base di tali premesse, nel periodo 2003-2004 è stato avviato nel Lazio il progetto INCA (INDicatori in Cardiologia), con l'intento di valutare la qualità assistenziale e favorire l'implementazione delle linee guida per la gestione del paziente con infarto acuto del miocardio ST-sopraslivellato (STEMI). L'iniziativa rientra nel filone di attività denominato "action research", finalizzato a favorire l'applicazione dei risultati della ricerca alla pratica clinica, attraverso metodologie evidence-based.

Nella prima fase del progetto, denominata INCA-1, frutto della collaborazione tra l'ANMCO e l'Agenzia di Sanità Pubblica, è stato sperimentato in 21 Unità Operative di Cardiologia della Regione un set di indicatori di processo e di esito dell'assistenza ospedaliera. La sperimentazione ha dimostrato la fattibilità della metodologia di raccolta dati, ha contribuito a diffondere la cultura del miglioramento della qualità e a mettere a punto strumenti di valutazione condivisi da tutti gli operatori coinvolti nella cura del paziente con STEMI.

L'esperienza INCA-1 consente oggi di estendere tale modello di valutazione della qualità assistenziale all'intera regione, per monitorare non solo gli aspetti clinici e di esito a breve termine, ma anche quelli organizzativi a medio termine, in un'ottica di promozione dell'appropriatezza.

2. OBIETTIVI

Obiettivo generale del Progetto è di fornire una fotografia dell'assistenza cardiologica intraospedaliera ed extraospedaliera nel Lazio, e di promuovere la qualità delle cure offerte ai pazienti con STEMI attraverso il coinvolgimento —basato sul ciclo del consenso— dei diversi attori che a vario titolo concorrono alla gestione clinica di questa patologia.

In particolare, il Progetto si articolerà in due sottoprogetti.

Il primo, è denominato **INCA-INpatient** e prevede l'implementazione di un sistema di valutazione regionale, integrativo dei dati SDO, finalizzato alla misurazione della qualità organizzativa e degli esiti delle cure ospedaliere nel Lazio, a partire dall'esperienza maturata nell'ambito del progetto pilota INCA-1.



Il secondo sottoprogetto è denominato **INCA-OUTpatient** e ha l'obiettivo di pianificare e condurre, negli stessi pazienti, uno studio osservazionale sulla qualità dell'assistenza cardiologica, i riflessi eventuali sull'esito ed i flussi di distribuzione dei pazienti con STEMI dopo la dimissione ospedaliera.

3. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

3.1 SOTTOPROGETTO INCA-INpatient

La realizzazione del sottoprogetto INCA-INpatient prevede i seguenti ambiti di attività (per una descrizione più dettagliata delle azioni, dei risultati attesi e degli indicatori utilizzati si rimanda al Piano operativo riportato in allegato).

Definizione degli strumenti e delle modalità di raccolta e invio dei dati

A partire dall'analisi delle criticità emerse nel corso del progetto pilota INCA-1, si procederà a una ridefinizione della scheda e del software per la raccolta dei dati.

Verrà eseguita una revisione della letteratura dal 2003 ad oggi per evidenziare eventuali nuovi indicatori di processo ed esito utilizzati nella valutazione dell'assistenza intraospedaliera. In corso di ridefinizione della scheda, alcune informazioni giudicate non essenziali potranno essere eliminate e/o recuperate dalle SDO, al fine di evitare inutili ridondanze.

Verrà, infine, messo a punto un nuovo software per l'inserimento e l'invio dei dati via web.

Organizzazione e implementazione del flusso informativo

Verrà organizzato un simposio di presentazione e condivisione del modello di valutazione INCA-INpatient (e dell'indagine INCA-OUT) ai cardiologi, al personale infermieristico coinvolto nell'assistenza cardiologica e alle Direzioni Sanitarie, nonché alle Società Scientifiche interessate.

Successivamente tutte le unità operative ospedaliere di area cardiologica della regione Lazio saranno invitate a partecipare al progetto; la partecipazione sarà obbligatoria per le cardiologie dei territori di afferenza al progetto Infarto.net, in quanto INCA-2 ha anche la funzione di monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia del modello in sperimentazione.

Ulteriori aspetti della fase organizzativa:

- Formazione di base per tutti i referenti delle strutture arruolate.
- Formazione avanzata per gli operatori coinvolti (infermieri sperimentatori e referenti cardiologi) sugli strumenti e le modalità di raccolta dei dati e sulle tecniche di audit.
- Avvio della raccolta dei dati, previa richiesta del consenso informato.
- Monitoraggio della qualità dei dati (verifiche di qualità dei dati raccolti su un campione casuale di cartelle cliniche con la tecnica dell'audit).
- "Investigator meeting" periodici finalizzati a tenere alto il livello di coinvolgimento dei centri partecipanti e ad evidenziare in itinere le eventuali criticità nella raccolta dati.

Bilancio dell'implementazione a un anno e feedback informativo

Alla chiusura del primo anno di attività del sistema informativo INCA-INpatient, verrà effettuata una valutazione delle attività di implementazione.

In analogia con il progetto INCA-1, i dati raccolti ed elaborati verranno restituiti a tutti i centri partecipanti sia in forma aggregata che disaggregata. Per garantire l'anonimato, la comunicazione dei risultati avverrà "in cieco": gli ospedali verranno identificati tramite codici e ciascuna struttura conoscerà solo il proprio codice. Tale feed-back informativo ha lo scopo di promuovere la cultura dell'autovalutazione in un'ottica di miglioramento della qualità.

3.2 SOTTOPROGETTO INCA-OUTpatient

La pianificazione dell'indagine sulla qualità dell'assistenza cardiologica a pazienti con STEMI dopo la dimissione richiederà le seguenti attività (una descrizione più analitica delle fasi dell'indagine è riportata nel Piano operativo in allegato).

Definizione degli strumenti per la raccolta dei dati

Il percorso di definizione dei dati da raccogliere nel corso dell'indagine prevede l'individuazione preliminare degli indicatori di qualità dell'assistenza extraospedaliera, attraverso la metodologia già seguita per INCA-1:

- Revisione della letteratura per individuare gli indicatori maggiormente utilizzati e già validati a livello internazionale.
- Individuazione di ulteriori aspetti specifici da esplorare (flussi di distribuzione dei pazienti, livello di adesione alla terapia alla dimissione, esami diagnostici, eventi avversi, ricoveri per cause correlate, ecc.).
- Predisposizione dello strumento di raccolta delle informazioni necessarie alla costruzione degli indicatori selezionati.

Pianificazione e conduzione dell'indagine

Si prevede di condurre un'indagine prospettica su un campione di pazienti (la cui numerosità sarà definita in base al numero di centri partecipanti) selezionati dal sistema informativo INCA-INpatient e seguiti dopo la dimissione per un certo periodo di follow-up (da definire in base agli indicatori).

- Stesura di un protocollo dello studio che includa i seguenti aspetti metodologici: definizione della popolazione in studio, calcolo della numerosità campionaria, modalità e strumenti di raccolta, codifica e archiviazione delle informazioni, analisi e modalità di diffusione dei risultati.
- Presentazione dell'indagine agli operatori in occasione del simposio dedicato al progetto INCA-2.
- Coinvolgimento dei reparti di cardiologia, tenendo conto dei diversi livelli di complessità delle strutture in modo da garantire la generalizzabilità dei risultati.
- Formazione degli operatori sanitari (medici cardiologi e infermieri sperimentatori) coinvolti nel progetto.
- Avvio dell'indagine.
- Raccolta dei dati da parte degli infermieri sperimentatori alla dimissione e durante il follow-up, secondo modalità e tempi da definire.
- Coinvolgimento dei MMG mediante informativa da parte della struttura ospedaliera di dimissione in merito alla partecipazione dei propri assistiti al progetto.
- Immissione e invio dati al centro di coordinamento regionale.
- Analisi dei dati.



4. DIFFUSIONE DEI RISULTATI

I risultati del Progetto verranno diffusi attraverso la stesura di un rapporto conclusivo che sarà presentato nell'ambito di un convegno dedicato.

La disseminazione dei risultati avverrà anche attraverso la pubblicazione di articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali e la partecipazione a convegni. Le proposte di pubblicazioni scientifiche riguardanti i risultati del Progetto dovranno essere approvate dal Comitato Scientifico che ne determinerà anche la priorità. La diffusione dei risultati attraverso canali diversi dalla pubblicazione scientifica, potrà avvenire solo previa autorizzazione del Comitato Scientifico che valuterà sia i contenuti che la forma divulgativa.

5. ASPETTI ETICI

È garantito il rispetto della privacy e dei diritti sia dei cittadini/pazienti che dei medici e delle strutture partecipanti. Al momento dell'arruolamento, verranno fornite al paziente informazioni sulle finalità dello studio e sarà richiesto il suo consenso a partecipare.

6. BUDGET

Gestione fondo	Anno	Importo €
Agenzia di Sanità Pubblica (Direzione scientifica e coordinamento tecnico)	2006	97.200,00 Iva inclusa
	2007	96.000,00 Iva inclusa
	Totale	193.200,00

7. ORIGINALITÀ DEI RISULTATI

- Sperimentazione di indicatori organizzativi e clinici di area cardiologica.
- Creazione di un sistema informativo regionale sulla qualità dell'organizzazione e delle cure nella fase ospedaliera dei pazienti affetti da STEMI.
- Definizione del livello di qualità dell'organizzazione e di alcune prestazioni professionali delle strutture cardiologiche del Lazio.
- Valutazione del livello di adesione alle linee guida nella fase post-ospedaliera.
- Opportunità di pianificare interventi migliorativi mirati a specifici aspetti sia organizzativi che clinici, previamente identificati come punti critici.
- Possibilità di applicazione del medesimo modello di sistema informativo ad altre specialità mediche.





Regione Lazio



ALLEG. alla DELIB. N. 825 *ly*
DEL 21 NOV 2006



PROGETTO MICHELANGELO

Progetto PREVASC

Sintesi del progetto

Prevenzione cardiovascolare

Settembre 2006

IL PRESENTE ALLEGATO
E' COMPOSTO DA N. 6
PAGINE.





ISTITUZIONI COINVOLTE

Assessorato alla Sanità, Regione Lazio
Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP)
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
CittadinanzAttiva
PFIZER

RIASSUNTO

Il progetto PREVASC, intrapreso con la Regione Lazio nell'ambito della partnership "Michelangelo", ha la finalità di sperimentare un modello assistenziale per la prevenzione cardiovascolare, primaria e secondaria, che insiste sul territorio ed in particolar modo nelle medicine di gruppo. Il distretto supervisionerà il processo garantendo l'integrazione ospedale-territorio ed individuando un coordinatore locale con l'approvazione della direzione sanitaria e generale su volontà della Regione.

Il progetto, come più avanti dettagliato, avrà le seguenti fasi:

1. Organizzazione del progetto
2. Definizione del protocollo
3. Set up della sperimentazione
4. Implementazione della sperimentazione
5. Follow up e analisi/diffusione dei risultati.

DURATA PROPOSTA: 24 mesi

RAZIONALE

Le malattie cardiovascolari rappresentano la più importante causa di morte nei paesi industrializzati e, quantitativamente, circa la metà di tutte le cause di morte (Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari, 2004).

Le aumentate esigenze della popolazione in termini di salute, l'incremento delle patologie croniche legate all'innalzamento dell'età media e la disponibilità di strategie terapeutiche preventive sempre più numerose ha determinato una rapida mutazione del panorama sanitario sia in Italia che in Europa.

In Italia, infatti, le Malattie Cardiovascolari sono la prima causa di morte e ad esse si attribuisce il 44% di tutti i decessi.

In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte nel nostro paese, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori.

Chi sopravvive ad un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società.

In Italia, la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat).

Pertanto, nel nostro Paese, in cui la prevalenza di patologie cardiovascolari e la distribuzione dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare è rilevante, queste patologie già rappresentano un onere significativo per il sistema sanitario nazionale attuale, potendo stimare che circa 1,5 milioni di soggetti siano contemporaneamente portatori di almeno tre fattori di rischio maggiori (diabete, fumo, ipercolesterolemia, ipertensione)¹

¹ Fonte progetto Cuore

Le autorità e le organizzazioni sanitarie di numerosi paesi, compresa l'Italia, stanno studiando infatti, il modo di migliorare l'assistenza sanitaria per i pazienti cronici, concentrandosi sulla prevenzione e sulla individuazione precoce dei soggetti a rischio di eventi cardiovascolari e mettendo in atto delle strategie di gestione sanitaria e delle malattie, per far fronte ai problemi di assistenza dei pazienti cronici.

Nel Centro Italia (Toscana, Umbria, Marche, Lazio), secondo quanto rilevato dal Progetto Cuore, la prevalenza delle diverse malattie cardiovascolari è:

- Infarto: 1,1% negli uomini e 0,5% nelle donne
- Ictus: 1,1% negli uomini e 0,5% nelle donne
- Fibrillazione atriale: 0,5% negli uomini e 0,4% nelle donne
- Angina pectoris: 3,4% negli uomini e 4,2% nelle donne
- Claudicatio intermittens: 1,3% negli uomini e 1,9% nelle donne
- TIA: 0,9% negli uomini e 0,5% nelle donne
- Ipertrofia ventricolare sinistra: 3,1% negli uomini e 1,3% nelle donne

Coerentemente con lo scenario delineato, il Piano Sanitario della Regione Lazio ha identificato tra i suoi principali obiettivi strategici, quello del contrasto alle principali patologie e, tra queste, alle Malattie Cardiovascolari, riconoscendo alla prevenzione primaria un ruolo particolare soprattutto nella riduzione e nel controllo dei fattori di rischio sia nella popolazione generale sia nei soggetti "ad alto rischio", allo scopo di impedire l'insorgenza di nuovi eventi patologici. Inoltre, promuove, a livello di popolazione, una serie d'interventi rivolti a modificare i maggiori determinanti del rischio cardiovascolare: fumo di sigaretta, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, inattività fisica con una particolare attenzione anche ad altri fattori di rischio riconosciuti quali obesità e diabete. Altrettanto importanti sono le evidenze in letteratura dell'efficacia della corretta applicazione di misure di prevenzione secondaria. Per prevenzione secondaria s'intende il monitoraggio e la riduzione dei fattori di rischio e l'impiego di trattamenti di provata efficacia in pazienti affetti da malattie del sistema circolatorio al fine di ridurre la morbosità e la mortalità.

Gli obiettivi delle attività di prevenzione individuati dal PSR sono così riassumibili:


- Ridurre l'incidenza e la letalità di eventi ischemici coronarici.
- Ridurre e controllare i fattori di rischio nella popolazione per le malattie del sistema circolatorio.
- Ridurre la morbosità e la mortalità per le malattie del sistema circolatorio.
- Migliorare la qualità della vita del paziente affetto da malattie del sistema circolatorio.

Analogamente, il Piano di Prevenzione Nazionale 2005-2007 prevede, nell'ambito della prevenzione cardiovascolare, i seguenti obiettivi generali:

1. Promuovere la sensibilizzazione al tema della prevenzione del rischio cardiovascolare (RCV) tra i MMG e tra la popolazione con applicazione della carta del rischio e calcolo del punteggio individuale;
2. Promuovere l'integrazione tra assistenza specialistica ed assistenza territoriale per il controllo dei fattori di rischio sia per la gestione e trattamento del paziente con MCV;
3. Promuovere l'ottimizzazione del percorso diagnostico-terapeutico (profili assistenziali) dei pazienti con MCV;
4. Contribuire alla riduzione dell'impatto epidemiologico e socio-sanitario delle MCV

Forte di questi obiettivi, la Regione Lazio vuole promuovere ricerche e sperimentazioni pratiche, per identificare i modelli organizzativi in grado di promuovere e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza territoriale, all'interno di aree critiche, e di dare una risposta adeguata alle esigenze della popolazione.

Ed è proprio in quest'ottica che nasce il Progetto PREVASC, frutto di una collaborazione tra la Regione Lazio, Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, alcune Aziende Sanitarie Locali di Roma, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, la Federazione Italiana Medici Medicina Generale del Lazio, Cittadinanzattiva e Pfizer.



Prevasc rappresenta una componente del più vasto Progetto Michelangelo che ha come scopo la cooperazione di tutti gli attori nel sistema salute per elaborare e promuovere un programma di prevenzione in ambito cardiovascolare. Nell'ambito della partnership Michelangelo, s'identificano (oltre a PREVASC), altri due sottoprogetti:

- a) INFARTO.NET: progetto di realizzazione, implementazione e sensibilizzazione all'uso del sistema di telemedicina nella rete dell'emergenza coronarica nella Regione Lazio

- b) INCA II: progetto di "Valutazione della qualità delle cure ospedaliere e dell'assistenza territoriale a pazienti con STEMI", il cui obiettivo è quello di promuovere la qualità dell'assistenza sanitaria nella gestione intraospedaliera e territoriale dei pazienti con Infarto del Miocardio ST-Elevato (STEMI).

OBIETTIVI

Tra gli obiettivi specifici identificati dal Piano Nazionale di Prevenzione, si legge (per le problematiche cardiovascolari) tra l'altro²:

- *Sperimentare un modello di profilo assistenziale (con integrazione strutturata tra ambulatorio specialistico di prevenzione cardiovascolare, MMG e ospedale) per una appropriata gestione clinico-organizzativa della persona con rischio cardiovascolare;*
- *Sperimentare un modello di assistenza integrata (tra ambulatorio specialistico di prevenzione cardiovascolare e MMG) per una appropriata gestione clinico-organizzativa della persona che ha avuto un infarto acuto del miocardio (IMA);*
 - *Valutare l'impatto della sperimentazione del modello d'assistenza integrata*
- *Diffondere risultati e promuovere iniziative/azioni orientate a migliorare l'assistenza ai pazienti con MG.*

Riguardo allo studio che s'intende intraprendere, ci si propone di:

- *Descrivere, mediante indicatori di processo e d'esito, il modello assistenziale sperimentato al fine di individuare le criticità da affrontare in preparazione di una Fase II che consisterà in una rigorosa valutazione di efficacia dei programmi di disease and care management nei confronti del sistema sanitario, dei pazienti e degli erogatori stessi;*
- *Valutare le percezioni ed il grado di soddisfazione nei confronti del modello assistenziale sperimentato, espressi dai Medici di Medicina Generale (MMG), dagli specialisti, dai Care Manager e dai pazienti partecipanti al progetto.*

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Definizione del gruppo di lavoro

Per mettere a punto una metodologia dettagliata ed un protocollo di studio, verrà costituito un team (Comitato di Progetto) costituito da rappresentanti qualificati dei seguenti soggetti:

- rappresentanti FIMMG,
- rappresentanti ANMCO,
- rappresentanti Cittadina attiva
- rappresentanti ASP
- rappresentanti Regione Lazio
- rappresentanti Esperti di Pfizer

cittadinanza Attiva



² da "Prevenzione Italia – Il piano nazionale della prevenzione 2005 – 2007", pag. 333

- rappresentanti CARD

I compiti essenziali che il Comitato di Progetto dovrà svolgere sono i seguenti:

- Definire le componenti chiave del programma, i criteri di inclusione e di esclusione, i risultati previsti e la raccolta dei dati, elaborare il protocollo generale e sottoporlo al Comitato Etico per gli screening e gli interventi di sanità pubblica

Si costituirà inoltre, per ciascuna ASL coinvolta, un Comitato tecnico-scientifico aziendale di cui faranno parte le seguenti figure professionali:

- Due rappresentanti dei Medici di Medicina generale delle Medicine di gruppo dei distretti coinvolti,
- Due rappresentanti dei Cardiologi delle ASL coinvolte e/o degli ospedali di riferimento,
- Direttore di Distretto,
- Direttore Sanitario della ASL,
- Un coordinatore dei Care Manager,
- Rappresentante dell'ASP
- Rappresentante della Regione
- Esperti di Pfizer

I compiti essenziali che il Comitato tecnico-scientifico aziendale dovrà svolgere sono i seguenti:

- Contestualizzazione del protocollo generale, definizione del profilo e del percorso assistenziale, identificazione dei casi, stratificazione del rischio, individuazione delle ipotesi d'intervento e ricognizione dell'offerta e dei criteri di accesso, definizione degli indicatori di risultato.
- La definizione del profilo di cura dovrà essere coerente con la progettualità regionale relativa alle attività di prevenzione del rischio cardiovascolare, così come indicato nelle specifiche Delibere riguardanti il Piano di Prevenzione Attiva della Regione Lazio e nei relativi piani operativi.

Definizione del protocollo

Il protocollo della sperimentazione è il documento fondamentale di riferimento per l'implementazione del progetto.

Conterrà, tra l'altro, un dettaglio su:

- Obiettivi dello studio
- Disegno dello studio
- Criteri d'arruolamento e di esclusione dei pazienti
- Criteri d'arruolamento dei care manager
- Intervento sperimentale (modello, ruoli e responsabilità, strumenti a supporto, etc.)
- Indicatori per analisi
- Metodologia di valutazione degli indicatori.
- Strumenti tecnologici a supporto del progetto.

Set up della sperimentazione

La fase di set up vedrà il coinvolgimento diretto della ASL, dei distretti e delle medicine di gruppo interessate nella sperimentazione. Il documento di riferimento per questa fase sarà un piano di lavoro che verrà stilato da tutti gli attori nel progetto.

Gli obiettivi principali di questa fase saranno tutte le attività necessarie per predisporre l'implementazione del progetto. Tra queste sottolineiamo:

- Arruolamento delle medicine di gruppo che parteciperanno alla sperimentazione
- Arruolamento dei care managers
- Implementazione della piattaforma tecnologica
- Definizione della strategia e del piano di training
- Implementazione del piano di training

Implementazione della sperimentazione

La fase d'implementazione della sperimentazione riguarderà l'attuazione del modello sperimentale disegnato. In questo periodo un continuo monitoraggio garantirà la corretta implementazione di quanto predisposto.

Follow up e analisi/diffusione dei risultati.

Al termine della fase d'osservazione, verranno analizzati i dati raccolti e verranno proposte delle conclusioni in merito. E' prevista una survey al paziente, ai care manager e al MMG, sul modello e i principali punti di innovazione apportati.

Diffusione dei risultati

I risultati del Progetto verranno diffusi attraverso la stesura di un rapporto conclusivo. La disseminazione dei risultati avverrà anche attraverso la pubblicazione d'articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali e la partecipazione a convegni. Un apposito piano di comunicazione, disegnato e approvato da tutto il gruppo di lavoro, definirà le strategie di diffusione dei risultati.

ASPETTI ETICI

È garantito il rispetto della privacy e dei diritti sia dei cittadini/pazienti che dei medici e delle strutture partecipanti. Al momento dell'arruolamento, verranno fornite al paziente informazioni sulle finalità dello studio e sarà richiesto il suo consenso a partecipare.

BUDGET

Finanziamento Progetto (inclusivo della attività di comunicazione del progetto)

Totale Euro ~~511.000,00~~ ^{510.000,00} iva inclusa





ALLEG. alla DELIB. N. 825 *ll*
DEL 21 NOV. 2006



PROGETTO
MICHELANGELO



Progetto INFARTO.NET

Realizzazione, implementazione e sensibilizzazione all'uso del sistema di telemedicina nella rete dell'emergenza coronarica nella Regione Lazio

Novembre 2005

*Il documento è
composto da 7 pagg*



Gruppo di coordinamento del progetto:

Assessorato alla Sanità Regione Lazio – Direzione regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale, Agenzia di Sanità Pubblica ASP, ARES118, ANMCO Regione Lazio, FIMMG, Cittadinanzaattiva-Tribunale dei diritti del malato.

Partnership

Pfizer

Parole chiavi: sindrome coronarica acuta, percorsi clinico assistenziali, rete cardiologica

Razionale

L'eterogeneità delle strutture ospedaliere sul territorio nazionale e regionale determina disparità nell'assistenza alle Sindromi Coronariche Acute (SCA) (1,2); le reti integrate interospedaliere sono la soluzione che permette di fornire eguali prestazioni assistenziali ai pazienti con sindrome coronarica acuta ad alto rischio indipendentemente dal contesto temporale, geografico ed organizzativo in cui si verifica questa emergenza coronarica (3).

In particolare è ormai riconosciuto che reti integrate costruite secondo il modello "hub and spoke" e fondate su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento consentono di orientare opportunamente l'assistenza all'infarto miocardico in un contesto sovraospedaliero secondo le caratteristiche di rischio ed i tempi previsti di intervento (4,5).

Gli obiettivi delle reti integrate per l'emergenza coronarica sono stabiliti nel **Documento di Consenso FIC-GISE, ANMCO, SIC, SIMEU, SIS-118 "La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica"** (6) e sono:

- aumentare il numero dei pazienti con IMA che giungono vivi in ospedale;
- aumentare la percentuale di trattati con terapie di riperfusione;
- accogliere in modo appropriato i pazienti con IMA nelle strutture dotate di UTIC;
- iniziare il più rapidamente possibile il trattamento riperfusivo,
- rendere disponibili trattamenti adeguati per tutti i pazienti, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi;
- assicurare il trattamento interventistico ai pazienti a più alto rischio.

Nel Lazio questi obiettivi sono stati esaminati in dettaglio dall' Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) e dalla Commissione ANMCO-SIC per l'emergenza nel Documento "**Progetto di organizzazione della rete per l'emergenza cardiologica-Sindromi coronariche acute**", pubblicato nel 2003, ove si definiscono le caratteristiche generali del modello di rete "hub and spoke" regionale (2). Tale modello prevede l'esistenza di centri di riferimento (*hub*), rappresentati dalle UTIC con Emodinamica interventistica con attività 24/24 ore e sette giorni su sette, organizzate per ricevere dal 118 e da parte dei centri cardiologici periferici (*spoke*) quei pazienti che necessitano di procedure interventistiche urgenti di angioplastica coronarica, garantendo a tutti i cittadini l'assistenza ottimale, indipendentemente dalla zona di residenza.

Per rendere fattibile il modello nella realtà regionale, nel documento, inoltre, sono riportate le azioni da intraprendere, quali:

- la istituzione di laboratori di emodinamica nelle province sprovviste;
- il potenziamento dei servizi di emodinamica collegati ad UTIC con funzioni di centri hub di riferimento;
- la stesura di un protocollo operativo per il trasporto del paziente critico con sindrome coronarica acuta;

- l'adeguamento dei servizi 118 e teletrasmissione;
- la diffusione e l'implementazione delle linee guida clinico-organizzative per l'assistenza del paziente con SCA;
- la realizzazione di un network delle UTIC per la valutazione del processo e dell'esito;
- la definizione dei criteri di accreditamento delle strutture della rete.

A seguito di tale progetto l'ASP, le Società Scientifiche di settore e l'ARES 118 hanno prodotto il Documento "Percorso clinico assistenziale in emergenza delle sindromi coronariche acute" (PCAE-SCA), in corso di pubblicazione ed allegato (7), ove vengono riportate raccomandazioni, basate sulle migliori prove di efficacia, per la gestione diagnostico-terapeutica ed organizzativa ottimale dell'infarto miocardico acuto.

La realizzazione, la diffusione e l'implementazione di tali percorsi assicurano l'equità e la qualità del trattamento su tutto il territorio regionale.

La comunicazione a distanza è il prerequisito tecnologico essenziale di questi percorsi, soprattutto nella fase pre-ospedaliera. Solo la telemedicina, infatti, consente di attivare protocolli di gestione pre-ospedaliera dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'infarto miocardico acuto, attraverso la trasmissione a distanza dell'elettrocardiogramma e dei parametri vitali essenziali. L'effettuazione di un elettrocardiogramma pre-ospedaliero determina di per sé una velocizzazione dei percorsi terapeutici che, negli studi, si traduce in una riduzione significativa di mortalità. Inoltre, da esperienze internazionali, la teletrasmissione di ECG è dimostrata essere effettuata efficacemente anche dal personale infermieristico, rendendola ancora più facilmente realizzabile nella rete di emergenza territoriale (118).

La stessa teletrasmissione consente inoltre di selezionare nella fase pre-ospedaliera la strategia ripercussiva più appropriata rispetto alle caratteristiche temporali, geografiche e cliniche della presentazione dell'infarto miocardico acuto.

La realizzazione e l'implementazione di un sistema efficiente di teletrasmissione dell'elettrocardiogramma dal luogo di soccorso e di sistemi di lettura dell'elettrocardiogramma presso il 118 e le UTIC hub rappresentano uno snodo fondamentale, ancor più, in una strategia di rete interospedaliera.

Dal marzo 2005 l'ASP, in collaborazione con l'ARES-118 e le Società Scientifiche, e grazie al co-finanziamento della Boehringer-Ingelheim e di Medtronic, ha attivato un progetto denominato "Cuore sicuro", al fine di implementare nella pratica corrente parte delle raccomandazioni previste dal PCAE-SCA per verificarne l'efficacia (vedi allegato sul Progetto "Cuore Sicuro").

In sintesi il progetto "Cuore sicuro" prevede, in due aree unitarie di rete, la teletrasmissione alla centrale operativa ed all'UTIC hub dell'elettrocardiogramma dei pazienti con infarto miocardico acuto soccorsi dalle ambulanze dell'ARES 118; in seguito alla validazione concordata della lettura dell'elettrocardiogramma, il progetto prevede l'identificazione della strategia terapeutica più appropriata.

Gli operatori sanitari delle aree sperimentatrici, al fine di poter mettere in pratica le raccomandazioni previste dal PCAE-SCA, sono stati sottoposti ad un percorso formativo creato "ad hoc" (vedi allegato). I risultati preliminari del progetto "Cuore sicuro", che terminerà nel marzo 2006, hanno messo in luce aspetti critici legati sia all'organizzazione del sistema d'emergenza 118 che agli operatori sanitari coinvolti nel soccorso. L'introduzione, da un lato, di un percorso standardizzato che prevede l'azione concertata tra diversi attori e, dall'altro, dell'uso di una tecnologia per la comunicazione tempestiva, inevitabilmente, induce un cambiamento nella gestione del paziente con IMA; l'esperienza maturata in questo progetto costituisce quindi un importante riferimento per la realizzazione del presente progetto.

Altre esperienze regionali confermano la fattibilità di una strategia di rete basata sulla teletrasmissione dell'elettrocardiogramma dal luogo di soccorso (Emilia Romagna, Liguria) e la sua modulabilità in base ai contesti regionali (2,8,9,10).

È chiaro che la realizzazione di sistemi efficienti di organizzazione dell'assistenza all'infarto miocardico acuto sul territorio del Lazio deve essere accompagnata da una campagna di informazione per la riduzione del ritardo decisionale. Alcuni studi hanno infatti dimostrato come quella del ritardo decisionale sia la componente maggiore del ritardo pre-ospedaliero delle terapie di riperfusione. L'analisi dei pazienti afferenti alle UTIC del Lazio nello studio BLITZ sull'infarto miocardico acuto ha evidenziato come la stragrande maggioranza dei pazienti abbia avuto la comparsa dei sintomi mentre era a casa (il 40% dei pazienti dei quali in età lavorativa), quasi sempre alla presenza di almeno un testimone e in un raggio massimo di 20 km dall'ospedale.

Il 47% dei pazienti si è presentato direttamente al PS, mentre nel restante 53% dei casi quasi sempre il paziente ha contattato la guardia medica o il 113, mentre solo in poco più della metà dei casi il 118; il medico curante è stato contattato in 3 casi su 4, mentre in più del 90% dei casi è stata utilizzata un'ambulanza privata per il trasporto in ospedale.

Il trasferimento inter-ospedaliero si è verificato solo in un quarto dei casi; la diagnosi, corretta, è stata quasi sempre quella di IMA/sospetto IMA. Il 48% dei pazienti è arrivato in ospedale entro 2 ore e il 75% entro 6 ore.

In breve, nel Lazio i pazienti giungono presto in ospedale in una buona percentuale di casi (anche se migliorabile), ma metà di loro ha un ritardo decisionale, nonostante la tipicità dei sintomi, legato soprattutto alla ricerca di un contatto sanitario improprio (medico della continuità assistenziale, medico di famiglia); la conoscenza del numero per l'emergenza 113 è molto migliore di quella del 118; la diagnosi di ingresso in UTIC è in genere appropriata.

I dati suggeriscono quindi la necessità di un'azione di sensibilizzazione della medicina di base e della continuità assistenziale, e attraverso questa della fascia di pazienti a più alto rischio coronarico, sull'uso del sistema di emergenza territoriale (118) e ospedaliero (pronti soccorsi) nel sospetto di infarto miocardico acuto.

Obiettivi del progetto

Sulla base del rationale sopra esposto il presente progetto si pone i seguenti obiettivi, nell'ottica della reale fattibilità degli stessi nel corso dei tre anni previsti per la realizzazione del progetto e della successiva sostenibilità nel lungo periodo:

Principali

- Completare la realizzazione di un sistema di telemedicina per la trasmissione dell'elettrocardiogramma dal luogo di soccorso e successiva ricezione da parte della centrale operativa del 118 e delle UTIC hub ospedaliere delle aree unitarie di rete definite attivabili;
- implementare la trasmissione dell'elettrocardiogramma e la sua lettura e le principali raccomandazioni organizzative, all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici individuati dal PCAE-SCA, mediante un'ampia campagna di formazione del personale dell'emergenza del 118 (medici, infermieri, operatori di centrale), dei pronti soccorsi e delle UTIC del Lazio nelle aree unitarie di rete attivabili;
- promuovere l'applicazione del PCAE-SCA nella pratica corrente;
- valutare l'impatto del presente progetto sull'applicazione del PCAE-SCA nella rete mobile del 118 e nella rete fissa dei PS;
- favorire la riduzione del ritardo evitabile attraverso la sensibilizzazione della medicina di base;
- attivare una campagna d'informazione alla cittadinanza sull'utilizzo dei servizi d'emergenza territoriale e ospedaliero;

fornire gli elementi tecnici per la formulazione di una normativa regionale sul trasporto all'ospedale più idoneo e non al più vicino per i pazienti con infarto miocardico acuto ad alto rischio.

Internedi

- Pianificazione delle azioni per il progetto, tenendo presente i risultati raggiunti dalle esperienze passate ed in essere nella regione;
- Revisione delle iniziative esistenti sul territorio nazionale e regionale sui modelli organizzativi di rete cardiologia;
- censimento nelle strutture ospedaliere cardiologiche regionali in termini di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi e di volume di prestazioni fornite, ad aggiornamento dei dati già disponibili;
- identificazione delle strutture di UTIC ospedaliere con funzioni di Hub attivabili per fornire un'operatività immediata per la lettura dell'elettrocardiogramma: un'analisi preliminare della situazione attuale vede eleggibili le strutture UTIC Hub ospedaliere del S.Camillo, S.Filippo, S.Giovanni, Pertini e altre realtà da definire;
- definizione dei bacini di riferimento delle strutture UTIC con funzione di hub già attivabili o da attivare;
- adeguamento dei servizi di teletrasmissione e ricezione dell'elettrocardiogramma dell'ARES-118 e di ricezione delle UTIC hub nelle aree identificate;
- analisi dei ritardi preospedalieri (desumibile da studi epidemiologici nazionali), ai fini dell'identificazione di strategie di comunicazione mediate dalla medicina di base;
- analisi delle iniziative già esistenti, sul territorio nazionale e regionale, rivolte al cittadino sulle modalità di utilizzo dei servizi d'emergenza territoriali e ospedalieri.

Metodologia

Il raggiungimento degli obiettivi avverrà attraverso le seguenti attività:

- 1) costituzione di un gruppo di lavoro tecnico per la pianificazione e fattibilità delle attività e il coordinamento dell'intero progetto;
- 2) sviluppo e diffusione di un atto regionale di informazione e d'indirizzo sul progetto con la prima individuazione dei soggetti coinvolti;
- 3) revisione delle iniziative esistenti sul territorio nazionale e regionale sui modelli organizzativi di rete cardiologia
- 4) realizzazione di parte del modello organizzativo di rete regionale, ai fini della teletrasmissione, attraverso l'identificazione di aree definite già attivabili sulla base delle strutture e delle funzioni esistenti, attraverso:
 - a) identificazione dei nodi di rete "Hub" e "Spoke",
 - b) definizione dei bacini per ciascun nodo hub e delle postazioni dei mezzi di soccorso, con possibile variazione rispetto ai bacini della rete dell'emergenza attualmente vigenti (DGR n° 4238/97);
- 5) implementazione del sistema di telemedicina per la trasmissione dell'elettrocardiogramma, la sua ricezione nella centrale operativa 118 e la sua lettura nelle UTIC hub identificate e delle principali raccomandazioni organizzative, all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici individuati dal PCAE-SCA:
 - a. definizione di un percorso formativo per il personale coinvolto nella realizzazione del modello (ARES 118, UTIC, PS, Direzioni Sanitarie) all'uso dei protocolli diagnostico-terapeutici riportati nel PCAE-SCA, ed in particolare della teletrasmissione, secondo i principi della revisione tra pari e dell'apprendimento basato sull'esperienza;


- b. realizzazione di attività formative, dirette agli operatori dell'emergenza delle aree unitarie di rete attivabili, garantite attraverso gli strumenti giuridici e contrattuali vigenti da parte delle direzioni aziendali e sanitarie;
 - c. implementazione dei protocolli assistenziali diagnostico-terapeutici in fasi. Ciò prevede di individuare, in base a criteri specificamente identificati, quali aree unitarie saranno di volta in volta coinvolte e di completare e aggiornare le dotazioni strumentali di trasmissione e ricezione;
- 6) definizione di indicatori di struttura e di processo che aiutino a monitorare lo stato di attivazione e funzionamento del modello organizzativo "Hub e Spoke";
 - 7) costituzione di un sottogruppo di lavoro multidisciplinare, composto da MMG, medici di continuità assistenziale, infermieri di territorio, epidemiologo, cardiologi, emergentisti, per:
 - a. l'identificazione di strategie di comunicazione per il ritardo evitabile da diffondere sul territorio attraverso fasi ben definite
 - i. Revisione delle esperienze esistenti seguita da un'analisi comparativa
 - ii. attivazione strategie di comunicazione
 - b. la pianificazione della campagna di informazione sull'uso dei servizi d'emergenza territoriali e ospedalieri;
 - i. attivazione campagna di comunicazione;
 - 8) raccolta dei dati per il monitoraggio dell'implementazione del modello attraverso gli indicatori identificati attraverso i sistemi informativi esistenti ed una scheda sviluppata "ad hoc" gestibili in maniera informatizzata;
 - 9) analisi, intermedia e finale, dei dati raccolti;
 - 10) presentazione risultati finali;
 - 11) revisione del modello organizzativo proposto;
 - 12) predisposizione di una normativa regionale per la formalizzazione del modello;
 - 13) diffusione e promozione della normativa regionale all'intero territorio laziale
 - 14) monitoraggio dell'adesione alla normativa regionale con evidenziazione di eventuali criticità
 - 15) modifica ed adattamento finale della delibera regionale.

Attori coinvolti e compiti

ASSESSORATO ALLA SANITA' REGIONE LAZIO: partecipazione attiva al gruppo di lavoro tecnico; realizzazione di atti regionali informativi d'indirizzo coordinamento e programmazione (fase iniziale ed intermedia del progetto), realizzazione di delibera regionale che mira al cambiamento della normativa vigente (fase finale); eventuali modifiche alla normativa successive a monitoraggio e valutazione; supporto alla pianificazione e diffusione della campagna di sensibilizzazione alla cittadinanza sul ritardo evitabile e sull'uso del 118;

ARES 118: partecipazione attiva al gruppo di lavoro tecnico; messa a punto della rete di teletrasmissione (fase iniziale ed intermedia del progetto); identificazione di procedure di tipo "Atto delegato" o di medicalizzazione dei mezzi (fase iniziale ed intermedia del progetto); inserimento del percorso formativo previsto dal progetto all'interno del percorso formativo generale già in essere (fase iniziale ed intermedia del progetto) con relativa attività di monitoraggio; partecipazione allo sviluppo ed implementazione della campagna ai cittadini sull'uso del 118 in caso di sospetto IMA;

ASP: partecipazione attiva al gruppo di lavoro tecnico; aggiornamento del censimento delle strutture (fase iniziale del progetto); identificazione dei nodi della rete (fase iniziale del progetto); definizione dei bacini (fase iniziale del progetto); pianificazione del formativo (fase iniziale del progetto); identificazione degli indicatori per il monitoraggio dello studio (fase intermedia del progetto); identificazione di procedure di valutazione delle fasi del progetto (fase intermedia del progetto); monitoraggio delle attività del progetto (fase intermedia e finale del progetto);



partecipazione allo stato di manutenzione della strumentazione esistente per la trasmissione dell'ARES 118 e UTIC; supporto tecnico alla pianificazione della campagna di sensibilizzazione alla cittadinanza sul ritardo evitabile e sull'uso dell'118;

ANMCO: riferimento scientifico per la realizzazione di tutte le fasi del progetto.

FIMMG: partecipazione attiva allo sviluppo e all'implementazione della campagna di comunicazione per il ritardo evitabile

Cittadinanza attiva-Tribunale dei diritti del malato: partecipazione ai tavoli di lavoro per garantire che tutte le azioni hanno come obiettivo la tutela della salute del malato.

Modalità di finanziamento

Il finanziamento sarà erogato dalla Società alla Regione Lazio sul capitolo di spesa appositamente individuato previa presentazione di fatture da parte delle strutture coinvolte nelle varie fasi del progetto. In particolare, per l'anno in corso la prima fattura sarà emessa dall'ASP e la Regione trasferirà i relativi importi ad essa in base al prospetto economico del progetto.

Per gli anni successivi la Società verserà i finanziamenti alla Regione sul predetto capitolo che provvederà al trasferimento ai soggetti coinvolti previa presentazione delle relative fatture e in base al raggiungimento dei risultati previsti dal cronogramma del progetto.

Il finanziamento totale del progetto verrà erogato in tre annualità, come di seguito indicato, le cui specifiche sono riportate nella tabella allegata:

Finanziamento progetto (Fondi erogati all'ASP e alla Regione)

Anno 2005: Euro 240.000,00 iva inclusa

Anno 2006: Euro 181.000,00 iva inclusa

Anno 2007: Euro 69.000,00, iva inclusa

Campagna corretto utilizzo 118

Anno 2006 Euro 90.840,00 iva inclusa

Anno 2007 Euro 44.760,00 iva inclusa

Totale Infarto.net Euro 625.800,00 iva inclusa

Per l'anno 2005 la somma erogata verrà suddivisa in a 150.000 € all'ASP e 50.000 € all'Assessorato alla Sanità regionale.

Durata: tre anni, a partire da dicembre 2005.

Bibliografia

- 1) Società Italiana di Cardiologia Invasiva (www.gise.it)
- 2) Progetto di organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica nel Lazio - Sindromi coronariche acute. Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio - Commissione Regionale ANMCO - SIC per l'emergenza. Maggio 2003. www.asplazio.it
- 3) McKinley KE, Bryan-Smith L, Doseh TL, Hamory BH, Fillipo BH. A hub-and-spoke model of care: providing specialty care in patients' own communities. Jt Comm J Qual Improv. 2002 Oct;28(10):574-5, 529.
- 4) Nobile L, Ugolini C. Selective referrals in a 'hub and spoke' institutional setting: the case of coronary angioplasty procedures. Health Policy. 2003 Jan;63(1):95-107.
- 5) Stensland J, Speedie SM, Ideker M, House J, Thompson T. The relative cost of outpatient telemedicine services. Telemed J. 1999 Fall;5(3):245-56.
- 6) Di Pasquale G, Bolognese L, Greco C, et al. Documento di Consenso FIC-GISE, ANMCO, SIC, SIMFU, SIS-118 "La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica" (It Heart J 2005 in press)
- 7) Cardo S, Agabiti N, Barone P, Jefferson T, Greco C, Guasticchi C. Percorso Clinico Assistenziale in Emergenza - PCAE - -Sindromi Coronariche Acute - nella Regione Lazio (It Heart J 2005 in press)
- 8) Nobile L, Ugolini C. L'organizzazione delle funzioni ospedaliere di cardiologia intensiva e cardiocirurgia mediante il modello a reti integrate In Fiorentini G. (a cura di), I Servizi sanitari in Italia, Società editrice Il Mulino, Bologna. 2002.
- 9) La Rete Assistenziale- Agenzia Sanitaria Regionale - Regione Emilia Romagna. In: <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziaasan/>
- 10) Alberto Deales, Susanna Cimica, Marina Fratini, Roberto Papa, Rachele Zorzan. Indicatori Di Performance Dell'applicazione Del Profilo Di Assistenza Del Paziente Con IMA ST-Sopraslivellato. Regione Marche: Febbraio 2005.

