

Titolo

Promozione della assistenza all'ictus cerebrale in Italia

Problema

Per le dimensioni epidemiologiche e per l'impatto socio-economico l'ictus rappresenta uno dei più importanti problemi sanitari nei paesi industrializzati, costituendo la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di demenza.¹⁻³ Recenti dati fanno inoltre ritenere che l'ictus sia già diventato, addirittura, la seconda causa di decesso nel mondo.^{4,5}

In Italia, già il Piano Sanitario Nazionale dal 2001 ha inserito tra gli indirizzi di politica sanitaria la prevenzione secondaria delle malattie cerebrovascolari come uno degli obiettivi prioritari. Anche il Piano nazionale della Prevenzione 2005-2007 vede tra i suoi ambiti di intervento la prevenzione delle recidive in soggetti con precedenti eventi cerebrovascolari.

I pazienti ricoverati in reparti con "stroke unit" rispetto a quelli ricoverati in reparti tradizionali sopravvivono di più (72% rispetto al 64%) e hanno una più alta probabilità di vivere in condizioni di autonomia (47% rispetto a 38%). Questa affermazione ha una forte evidenza scientifica basata su studi randomizzati controllati,^{6,7} e su studi osservazionali,⁸⁻¹⁰ riassunti in una meta-analisi recentemente pubblicata.¹¹

La "stroke unit" è un'area di degenza dedicata e geograficamente definita dove è presente uno staff esperto, che ha effettuato un percorso formativo specifico, e che dedica la maggior parte del suo tempo lavorativo a questo tipo di struttura di ricovero. La "stroke unit" viene considerata una tappa fondamentale del percorso di cura del paziente con ictus costituendone la fase centrale ospedaliera, che collega tra loro la fase pre-ospedaliera e la fase post-ospedaliera.

Lo studio PROSIT 2 ha effettuato una ricognizione, relativa all'anno 2003, sul numero e sulla distribuzione di "stroke unit" su tutto il territorio nazionale, fornendo indicazioni sui percorsi assistenziali, intra ed extra ospedalieri, e sulla qualità della diagnosi e della cura erogata nelle diverse realtà ospedaliere nazionali. Questo studio ha effettuato una rilevazione sistematica delle strutture di ricovero ospedaliere ed ha identificato - nel periodo 2003/2004 - 68 stroke units tra i 745 reparti con un flusso di almeno 50 ricoveri per ictus all'anno. Ciò significa che, in Italia, solo l'11% delle persone colpite da ictus ha accesso ad un letto di stroke unit.^{12,13}

Le linee guida italiane SPREAD, prodotte attraverso una ampia collaborazione interdisciplinare, hanno contribuito ad armonizzare i comportamenti decisionali di operatori professionali sulla base della migliore e più aggiornata evidenza scientifica.¹⁴ Tuttavia, a tutt'oggi, il grado di implementazione di tale evidenza nella pratica clinica ai vari livelli di intervento risulta assai limitato.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito, in data 3 febbraio 2005, l'Accordo concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale dai pazienti con ictus cerebrale". Tale Accordo contiene tutti gli elementi di indirizzo basati su prove di efficacia, in termini di miglioramento degli esiti clinici e funzionali, di un sistema organizzato di cura.¹⁵⁻¹⁸ A tutt'oggi risulta che tale documento non è stato recepito e le linee organizzative da esso dettate non sono state implementate in molte Regioni italiane. Risulta analogamente inapplicata la indicazione, riportata dallo stesso Accordo, per l'attivazione di gruppo di lavoro tecnico interregionale con "finalità di monitoraggio ed audit delle esperienze regionali nella implementazione delle reti stroke e con funzioni di supporto tecnico scientifico per valutare sia l'aderenza delle esperienze regionali alle prove di efficacia della letteratura, sia i risultati clinico organizzativi ottenuti sulla base di indicatori di funzione ed epidemiologici".

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Spiegazioni plausibili

In particolare, l'ostacolo principale all'implementazione dell'Accordo è la scarsa consapevolezza della malattia e delle problematiche assistenziali ad essa collegate,¹⁹⁻²² a livello di:

1. Amministratori della sanità pubblica a livello regionale. Questo comporta una scarsa sensibilità ed una eccessiva resistenza nel valutare l'implementazione di modelli innovativi, pur dotati di prove certe di evidenza, in uno scenario di risparmio di risorse;
2. Management degli ospedali;
3. Popolazione generale e soggetti a rischio. Le conseguenze negative per il cittadino-utente sono (a) un tardivo ed incompleto riconoscimento e trattamento dei fattori di rischio, (b) una ridotta compliance alle misure preventive, (c) il ritardo con cui viene richiesto l'intervento diagnostico e terapeutico nella fase acuta, e, non ultimo: (d) la scarsa capacità per il paziente e le famiglie di valutare la completezza e la qualità delle cure ricevute;²³⁻²⁷
4. Operatori professionali.

Soluzioni proposte

Lo scopo di questo progetto è favorire la implementazione sistematica dell'accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005 attraverso il monitoraggio e l'audit delle esperienze regionali, individuando gli ostacoli alla implementazione e evidenziando gli strumenti organizzativi, gestionali e formativi per superarli. Si intende portare avanti l'attività proposta anche dopo la scadenza del periodo descritto nell'attuale progettazione.

Fattibilità

La fattibilità è assicurata dal coinvolgimento di professionisti, tecnici della qualità degli interventi e strutture con elevato grado di operatività con vasta e documentata esperienza nel campo della ricerca clinica e valutativa per quanto riguarda l'ictus cerebrale. Questo progetto viene proposto alle Regioni.

Criticità

Alcune riserve riguardano la necessità di verificare se a livello delle regioni vi è la disponibilità a proporre ed impegnare persone con ruolo operativo nel campo della programmazione sanitaria, indicando le figure di riferimento per l'articolazione di focus group per ciascuna regione attraverso il quale rilevare i dati sullo stato dell'implementazione del documento Stato Regioni.

Bibliografia

1. Di Carlo A, Launer LJ, Breteler MM, Fratiglioni L, Lobo A, Martinez-Lage J, Schmidt R, Hofman A. Frequency of stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. ILSA Working Group and the Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurology* 2000;54(11 Suppl 5):S28-33.
2. Di Carlo A, Baldereschi M, Gandolfo C, Candelise L, Ghetti A, Maggi S, Scafato E, Carbonin P, Amaducci L, Inzitari D; ILSA Working Group. Stroke in an elderly population: incidence and impact on survival and daily function. The Italian Longitudinal Study on Aging. *Cerebrovasc Dis* 2003;16:141-50.
3. Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Consoli D, Wolfe CDA, Giroud M, Rudd A, Burger I, Ghetti A, Inzitari D, for the European BIOMED Study of Stroke Care Group. Risk factors and outcome of subtypes of ischemic stroke. Data from a multicenter multinational hospital-based registry. The European Community Stroke Project. *J Neurol Sci* 2006;244:143-150.
4. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors. Global burden of the disease study. *Lancet* 1997;349:1436-1442.
5. World Health Organization. The World Report 1999. Geneva, Switzerland.
6. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD000197.

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

7. Evans A, Harraf F, Donaldson N, Kalra L. Randomized controlled study of stroke unit care versus stroke team care in different stroke subtypes. *Stroke* 2002;33(2):449-55.
8. Stegmayr B, Asplund K, Hulter-Asberg K, Norving B, Peltonen M, Terént A, Wester PO. Stroke units in their natural habitat: can results of randomized trials be reproduced in routine clinical practice? Riks-Stroke Collaboration. *Stroke* 1999;30(4):709-14.
9. Glader EL, Stegmayr B, Johansson L, Hulter-Asberg K, Wester PO. Differences in long-term outcome between patients treated in stroke units and in general wards: a 2-year follow-up of stroke patients in Sweden. *Stroke* 2001;32(9):2124-30.
10. Rudd AG, Hoffman A, Irwin P, Lowe D, Pearson MG. Stroke unit care and outcome: results from the 2001 National Sentinel Audit of Stroke (England, Wales, and Northern Ireland). *Stroke* 2005;36(1):103-6.
11. Seenan P, Long M, and Langhorne P. Stroke Units in Their Natural Habitat: Systematic Review of Observational Studies. *Stroke* 2007;38:1886-1892.
12. Bersano A, Candelise L, Sterzi R, Micieli G, Gattinoni M, Morabito A and the PROSIT Study Group. Stroke Unit care in Italy. Results from PROSIT (Project on Stroke Services in Italy). A nationwide study. *Neurol Sci* 2006;27:332-339.
13. Candelise L, et al. PROSIT Study Group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. *Lancet* 2007;369:299-305.
14. SPREAD, Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion, V Edizione, 2007.
15. Veazie MA, Galloway JM, Matson-Koffman D, LaBarthe DR, Brownstein JN, Emr M, Bolton E, Freund E Jr, Fulwood R, Guyton-Krishnan J, Hong Y, Lebowitz M, Ochiai E, Schoeberl M, Robertson RM; American Heart Association. Taking the initiative: implementing the American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level: Healthy People 2010 Heart Disease and Stroke Partnership Community Guideline Implementation and Best Practices Workgroup. *Circulation* 2005;112(16):2538-54.
16. Heuschmann PU, Biegler MK, Busse O, Elsner S, Grau A, Hasenbein U, Hermanek P, Janzen RW, Kolominsky-Rabas PL, Kraywinkel K, Lowitzsch K, Misselwitz B, Nabavi DG, Otten K, Pientka L, von Reutern GM, Ringelstein EB, Sander D, Wagner M, Berger K. Development and implementation of evidence-based indicators for measuring quality of acute stroke care: the Quality Indicator Board of the German Stroke Registers Study Group (ADSR). *Stroke* 2006;37(10):2573-8.
17. Acker JE 3rd, Pancioli AM, Crocco TJ, Eckstein MK, Jauch EC, Larrabee H, Meltzer NM, Mergendahl WC, Munn JW, Prentiss SM, Sand C, Saver JL, Eigel B, Gilpin BR, Schoeberl M, Solis P, Bailey JR, Horton KB, Stranne SK; American Heart Association; American Stroke Association Expert Panel on Emergency Medical Services Systems, Stroke Council. Implementation strategies for emergency medical services within stroke systems of care: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association Expert Panel on Emergency Medical Services Systems and the Stroke Council. *Stroke* 2007;38(11):3097-115.
18. Hamilton S, McLaren S, Mulhall A. Assessing organisational readiness for change: use of diagnostic analysis prior to the implementation of a multidisciplinary assessment for acute stroke care. *Implement Sci* 2007 Jul 14;2:21.
19. Becker K, Fruin M, Gooding T, Tirschwell D, Love P, Mankowski T. Community-based education improves stroke knowledge. *Cerebrovasc Dis*. 2001;11(1):34-43.
20. Brainin M, Olsen TS, Chamorro A, Diener HC, Ferro J, Hennerici MG, Langhorne P, Sivenius J; EUSI Executive Committee; EUSI Writing Committee. Organization of stroke care: education, referral, emergency management and imaging, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative. *Cerebrovasc Dis* 2004;17 Suppl 2:1-14.
21. Coull AJ, Lovett JK, Rothwell PM; Oxford Vascular Study. Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services. *BMJ* 2004 Feb 7;328(7435):326.

Prof.  INZITARI

+39 0554298461

22. Samal D, Greisenegger S, Auff E, Lang W, Lalouschek W. The relation between knowledge about hypertension and education in hospitalized patients with stroke in Vienna. *Stroke*. 2007 Apr;38(4):1304-8. Davis SM. Community stroke education using mass media: past results and future implications. *Stroke* 2007 Jul;38(7):2034-5.
23. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005 Oct;36:2181-6.
24. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke* 1999;30:1517-23.
25. Teng J, Mayo NE, Latimer E, Hanley J, Wood-Dauphinee S, Côté R, Scott S. Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients. *Stroke* 2003;34:528-36.
26. Hickenbottom SL, Fendrick AM, Kutcher JS, Kabeto MU, Katz SJ, Langa KM. A national study of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with stroke. *Neurology* 2002;58:1754-9.
27. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, Donaldson N. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328(7448):1099-1103.



Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Allegato 2

OBIETTIVO GENERALE Favorire l'implementazione sistematica dell'Accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005 su tutto il territorio nazionale.

OBIETTIVO SPECIFICO 1

Monitorare l'adozione dell'accordo da parte delle regioni e l'attuazione delle Stroke Unit da parte degli Ospedali.

OBIETTIVO SPECIFICO 2

Individuazione degli ostacoli all'adozione, da parte delle Regioni, e all'implementazione, da parte degli ospedali, dell'Accordo e, viceversa, delle risorse che facilitano l'adozione e l'implementazione.

OBIETTIVO SPECIFICO 3

Aumentare attenzione e consapevolezza dei policy makers, del management ospedaliero, dei professionisti e delle associazioni dei pazienti riguardo l'accordo ed informare la popolazione generale ed i soggetti a rischio riguardo le patologie cerebrovascolari ed i relativi fattori di rischio

OBIETTIVO SPECIFICO 4

Acquisire informazioni necessarie all'azione di advocacy di cui all'obiettivo 3.

Prof. D. INZITARI



+39 0554298461

COERENZA

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, aveva tra i suoi obiettivi la riduzione della mortalità e della disabilità conseguente ad ictus, ed evidenziava la necessità di promuovere interventi mirati a fronteggiare le problematiche relative all'ictus cerebrale, quali la sorveglianza degli eventi acuti, la prevenzione primaria e secondaria

Il 3 febbraio 2005 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale dai pazienti con ictus cerebrale".

Il Piano nazionale della Prevenzione 2005-2007 vede tra i suoi ambiti di intervento prioritari la prevenzione delle recidive in soggetti con precedenti eventi cerebrovascolari.

Esiste un Progetto di Ricerca Finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92 dal titolo "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nella assistenza allo stroke" approvato dal Ministero della Salute e che coinvolge 15 regioni italiane, con il coordinamento della regione Emilia-Romagna.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), ha già avviato nell'ambito del Progetto Cuore (epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari) l'attività di prevenzione delle recidive in soggetti che hanno già avuto un precedente evento cerebrovascolare.

Il CCM, inoltre, sostiene il progetto interregionale sullo stroke, coordinato dalla regione Emilia; in particolare questo progetto, con il sostegno del CCM, metterà a punto un Piano di Formazione nell'ambito della Prevenzione Secondaria degli accidenti cerebrovascolari.

Infine, il Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha realizzato un "Registro nazionale per gli eventi coronarici e eventi cerebrovascolari maggiori", attivato mediante un sistema di sorveglianza di eventi, fatali e non fatali, realizzato sulla popolazione di età compresa fra 35 e 74 anni.

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Ente Mandatario: Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Firenze

Esperienze pregresse che accreditano l'Ente mandatario:

Le attività del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Firenze si concentrano sulla ricerca epidemiologica e clinica nel campo di numerose malattie neurologiche come l'ictus, la demenza e la sclerosi multipla. I principali interessi della ricerca sull'ictus sono l'epidemiologia, i fattori di rischio, la prevenzione primaria e secondaria, la clinica, la terapia, gli esiti, i fattori sociali e demografici, i costi, la formazione e l'educazione, e la diffusione della conoscenza della malattia.

Il Dipartimento è coinvolto in numerosi progetti, tra cui alcuni particolarmente orientati nel campo della valutazione dei servizi tra cui i progetti EC-Stroke ed EROS (European Registries of Stroke) entrambi finanziati dalla Unione Europea nell'ambito del V° Programma Quadro. Altre attività includono il coordinamento dello Studio Longitudinale Italiano sull'Invecchiamento (ILSA) del CNR, il coordinamento dello Studio Multicentrico Europeo LADIS (Leukoaraiosis And Disability) finanziato dalla UE nell'ambito del VI° Programma Quadro e del Progetto Europeo DG-V dal titolo "Monitoraggio delle Malattie Neurodegenerative nell'Anziano in Europa". E' stato responsabile scientifico del progetto MinSal (ex art 12) Fabbisogno Sanitario dell'Anziano ed è responsabile del Progetto "Markers dell'Ictus acuto" nell'ambito del Programma Strategico Ictus (MinSal, ex art 12, 2006).

Il Direttore del Dipartimento, Prof. Domenico Inzitari, è un esperto riconosciuto a livello nazionale ed internazionale nel campo dell'ictus e della sua cura. E' membro dell' American Stroke Council e della European Stroke Conference, dell' Editorial Board delle riviste "Stroke" dell'American Heart Association e "Cerebrovascular Disease" dell'European Stroke Council. E' stato per anni coordinatore del Gruppo di Studio Malattie Cerebrovascolari della Società Italiana di Neurologia ed è President elect dell'Italian Stroke Forum. Per conto del Governo Italiano è stato membro del Gruppo di Studio della OECD sulle differenze transnazionali nella gestione dell'ictus. E' stato inoltre membro del Board creato dalla OMS per l'indirizzo per la cura dell'ictus in Europa. In Italia ha promosso un gruppo multidisciplinare che da 10 anni produce ed aggiorna sistematicamente le linee-guida nazionali per la cura e la gestione dell'ictus (Collaborazione SPREAD). E' co-fondatore dell'Associazione Lotta all'Ictus Cerebrale (ALICE).

La coordinazione del progetto si avvarrà anche della esperienza in campo clinico e valutativo del Prof. Leandro Provinciali (Dip. di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche), della Prof.ssa Livia Candelise (Dip. di Scienze Neurologiche, IRCCS, Università degli Studi di Milano), del Dr. Danilo Toni (Dip. di Scienze Neurologiche, Università La Sapienza, Roma), del Dr. Salvatore Ferro (Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna) e del Dr. Renato Pizzuti (Osservatorio Epidemiologico, Regione Campania).

Risorse: € 200.000

Prof. D. INZITARI



+39 0554298461

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE PER OGNI OBIETTIVO SPECIFICO

Obiettivo specifico 1

Obiettivo generale	Favorire l'implementazione sistematica dell'Accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005 su tutto il territorio nazionale.	
Obiettivo specifico 1	Monitorare l'adozione dell'accordo da parte delle regioni e l'attuazione delle Stroke Unit da parte degli Ospedali	
Indicatore di risultato	Rapporto descrittivo della programmazione delle regioni dal 2005 ad oggi Rapporto annuale sulla presenza di stroke unit in Italia Report epidemiologico sul numero dei ricoveri per ictus acuti in Italia (codici ICD9 CM 431-434 e 436-437) per struttura (stroke unit vs altro reparto); degenza media; tasso di mortalità standardizzato per ictus (codici ICD9 CM 431-434 e 436-437). Report su valutazione di fattibilità e costo/efficacia di percorsi differenziali per la migliore applicazione della trombolisi.	
Standard di risultato	Sistema di monitoraggio e dati correnti raccolti da almeno 2/3 delle regioni italiane	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Raccolta, catalogazione ed esame degli atti programmatori regionali, in applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005 (Aggiornamento progetto di ricerca ex art. 12)	Dati sugli atti programmatori estesi ed aggiornati relativamente a tutte le Regioni italiane	Aggiornamento in 2/3 delle regioni italiane entro 12 mesi dall'avvio del progetto
Applicazione modello HSP11 finalizzato ad identificare i letti di degenza dedicati alle stroke unit	Inserimento del modello HSP11 nella scheda SDO	Adozione a livello nazionale entro 16 mesi dall'avvio del progetto
Monitoraggio Accordo mediante Quality Indicators ricavati dalle SDO (possibilità di usare un sistema leggero di sorveglianza che usi i dati delle schede di dimissione ospedaliera e dei registri di mortalità, per "monitorare" l'andamento degli ictus prima e dopo l'accordo stato regione e mano a mano che questo viene implementato)	Dati rilevati attraverso il monitoraggio	Monitoraggio in almeno 5 regioni entro 24 mesi dall'avvio del progetto
Revisione sistematica dell'evidenza nazionale ed internazionale sui percorsi territorio/ospedale dei pazienti avviati alla trombolisi	Report descrittivo sulla migliore organizzazione dei percorsi territorio/ospedale dei pazienti avviati alla trombolisi ed indicazioni per l'applicazione in Italia	Entro 3 mesi dall'avvio del progetto

Prof. INZITARI

+39 0554298461

CRONOGRAMMA
Obiettivo specifico 1

Rendicontazione

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	
Esame atti programmati regionali																									
Applicazione modello HSP11																									
Monitoraggio Accordo																									
Percorsi territorio/ospedale trombolisi																									

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Obiettivo specifico 2

Obiettivo generale	Favorire l'implementazione sistematica dell'Accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005 su tutto il territorio nazionale.	
Obiettivo specifico 2	Individuazione degli ostacoli all'adozione, da parte delle Regioni, e all'implementazione, da parte degli ospedali, dell'Accordo e, viceversa, delle risorse che facilitano l'adozione e l'implementazione	
Indicatore di risultato	Report contenente le informazioni ricavate dalle singole regioni sul livello di conoscenza del problema ictus e sugli ostacoli alla implementazione del Documento Stato Regioni Documento di pianificazione degli interventi correttivi.	
Standard di risultato	Recepimento normativo dell'Accordo Stato Regioni e delle Linee Guida da parte di almeno due regioni in cui entrambi non siano stati ancora formalmente adottati.	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Identificazione di un gruppo di lavoro per la gestione di tutte le componenti e le fasi del progetto	Formalizzazione del gruppo di lavoro	Gruppo operativo entro 1 mese dall'avvio del progetto
Disegno di un processo di rilevazione attraverso creazioni di focus group e strutturazione di una scheda di intervista	Protocollo di inchiesta e scheda di rilevazione strutturata. Validazione del protocollo di inchiesta e della scheda di rilevazione strutturata.	Protocollo e scheda operativi entro 3 mesi dall'avvio del progetto
Consultazione delle Regioni in rapporto all'adozione formale dell'Accordo Stato Regioni e delle Linee Guida Nazionali	Almeno una riunione con i Rappresentanti regionali	Entro 8 mesi dall'avvio del progetto in almeno 4 Regioni
Ricerca qualitativa sui bisogni delle Regioni	n° rilevazioni/indagini effettuate sui bisogni di Regioni	4 rilevazioni entro 6 mesi dall'avvio del progetto
Ricerca qualitativa sui bisogni delle Aziende Ospedaliere	n° rilevazioni/indagini effettuate sui bisogni di Aziende (almeno una)	8 rilevazioni entro 16 mesi dall'avvio del progetto
Valutazione delle migliori esperienze regionali e locali	n° di rilevazioni/analisi effettuate per l'individuazione delle best practices	Rilevazioni in Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Umbria entro 12 mesi dall'avvio del progetto
Analisi dei dati, stesura dei report, disseminazione dei risultati	Numero dei report per ciascuno degli obiettivi dello studio	Report disponibili entro 24 mesi dall'avvio del progetto

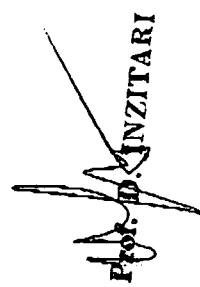
Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

CRONOGRAMMA
Obiettivo specifico 2

Rendicontazione

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	
Identificazione di un gruppo di lavoro																									
Creazione Focus Group																									
Consultazione delle Regioni																									
Bisogni delle Regioni																									
Bisogni delle Aziende Ospedaliere																									
Valutazione migliori esperienze																									
Analisi, stesura report e disseminazione																									



Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Obiettivo specifico 3

Obiettivo generale	Favorire l'implementazione sistematica dell'Accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005 su tutto il territorio nazionale.	
Obiettivo specifico 3	Aumentare attenzione e consapevolezza dei policy makers, del management ospedaliero, dei professionisti e delle associazioni dei pazienti riguardo l'accordo ed informare la popolazione generale ed i soggetti a rischio riguardo le patologie cerebrovascolari ed i relativi fattori di rischio	
Indicatore di risultato	Numero incontri realizzati con amministratori, management, professionisti. Numero di eventi realizzati con le associazioni dei pazienti. Numero di interventi di formazione realizzati nelle Aziende Ospedaliere. Report con indicazioni sui migliori modelli di comunicazione alla popolazione generale ed a gruppi di soggetti a rischio.	
Standard di risultato	Eventi di formazione, consenso e divulgazione nelle tre macroaree (Nord, Centro, Sud) Modelli di comunicazione alla popolazione e ai soggetti a rischio	
Azione	Indicatori di processo	Standard di processo
Comunicazione diretta a target specifici: amministratori, management, professionisti	Organizzazione di eventi di formazione/consenso	Un evento per ogni macroarea (Nord, Centro, Sud) entro 12 mesi dall'avvio del progetto
Eventi in collaborazione con le associazioni dei pazienti	Giornata di informazione/promozione in collaborazione con le associazioni regionali ALICE	In 2/3 delle regioni entro 12 mesi dall'avvio del progetto
Promozione della diffusione dei progetti formativi nelle Aziende Ospedaliere sedi di Stroke Unit (in integrazione con il progetto CCM regione E-R che fornirà un manuale per i formatori)	Implementazione dei modelli formativi nelle Aziende	Un training dei formatori per ogni macroarea (Nord, Centro, Sud) entro 24 mesi dall'avvio del progetto
Revisione dell'evidenza nazionale ed internazionale sul costo/efficacia di modelli di comunicazione e sui gruppi di popolazione target	Report con indicazioni sui migliori modelli di comunicazione e con la identificazione delle popolazioni target più adeguate: <ul style="list-style-type: none"> - Campagna informativa/educativa attraverso i mass media - Campagna informativa/educativa nelle scuole - Campagna informativa/educativa attraverso il medico di medicina generale 	Analisi e indicazioni relative ad almeno 1 modello entro 18 mesi dall'avvio del progetto

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

CRONOGRAMMA
Obiettivo specifico 3

Rendicontazione

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	
Comunicazione diretta a target specifici																									
Eventi con le associazioni dei pazienti																									
Progetti formativi nelle Aziende																									
Revisione dell'evidenza nazionale ed internazionale																									

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Obiettivo specifico 4

Obiettivo generale	Favorire l'implementazione sistematica dell'Accordo Stato Regioni del 3 febbraio 2005 su tutto il territorio nazionale.	
Obiettivo specifico 4	Acquisire informazioni necessarie all'azione di advocacy di cui all'obiettivo 3	
Indicatore di risultato	Report conclusivo contenente i risultati sulla metanalisi sugli studi valutazione costo/efficacia Rapporto derivato dall'indagine conoscitiva N° Aziende che hanno adottato le Linee Guida Nazionali SPREAD	
Standard di risultato	Dati conoscitivi su costo/beneficio, fabbisogno del caregiver ed adozione delle Linee Guida SPREAD in 6 Regioni	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Raffronto costi SU versus assistenza tradizionale o costo/efficacia in base alla letteratura scientifica e agli studi di settore	Rapporto contenente dati di costo beneficio relativamente a modelli differenziati di stroke unit	Analisi relativa a 3 modelli differenziati entro 6 mesi dall'avvio del progetto
Indagine conoscitiva su un campione di pazienti	Rapporto sui bisogni e la soddisfazione del paziente	Dati rilevati su campioni di pazienti intervistati in almeno 6 regioni (2 Nord, 2 Centro, 2 Sud) entro 16 mesi dall'avvio del progetto
Promozione dell'adozione delle Linee Guida Nazionali SPREAD	Adozione formale delle Linee Guida Nazionali SPREAD nella pianificazione regionale	Adozione in 2/3 delle Regioni entro 16 mesi dall'avvio del progetto
Analisi dei risultati, stesura dei report, disseminazione	Report per ciascuna linea di processo Conferenza nazionale per la presentazione dei risultati.	Report e conferenza nazionale entro 24 mesi dall'avvio del progetto

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

CRONOGRAMMA
Obiettivo specifico 4

Rendicontazione

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	
Raffronto costi SU versus assistenza tradizionale																									
Indagine su un campione di pazienti																									
Promozione dell'adozione delle Linee Guida SPREAD																									
Analisi, stesura report e disseminazione																									

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

CRONOGRAMMA GENERALE

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
Esame atti programmatici regionali																								
Applicazione modello HSP11																								
Monitoraggio Accordo																								
Percorsi territoriali/ospedale trombolisi																								
Identificazione di un gruppo di lavoro																								
Creazione Focus Group																								
Consultazione Regioni																								
Bisogni delle Regioni																								
Bisogni delle Aziende																								
Ospedaliere																								
Valutazione migliori esperienze																								
Analisi, stesura report e disseminazione																								
Comunicazione diretta a target specifici																								
Eventi con le associazioni pazienti																								
Progetti formativi nelle Aziende																								
Revisione dell'evidenza nazionale ed internazionale																								
Raffronto costi SU versus assistenza tradizionale																								
Indagine su un campione di pazienti																								
Promozione adozione Linee Guida SPREAD																								
Analisi, stesura report e disseminazione																								

Rendicontazione

Prof. P. INZITARI

+39 0554298461

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa 1	referente	compiti
Dip. di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università di Firenze	Prof. Domenico Inzitari	- Coordinamento e monitoraggio delle attività e delle scadenze relativamente ai vari obiettivi e alle varie unità coinvolte. - Raccolta e revisione dei report - Indicazione sulla diffusione delle informazioni
Risorse		
	Compiti e prodotti attesi	totale
Personale		
1 borsista		20.000
Beni e servizi		
Censis		30.000
Missioni		
Missioni		20.000
Spese generali		
Spese varie		14.800
Totale		84.800

Unità Operativa 2	referente	compiti
Unità Operativa di Neurologia - Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza	Dr.ssa Donata Guidetti	- Attività relative all'Obiettivo 1
Risorse		
	Compiti e prodotti attesi	totale
Personale		
1 borsista		20.000
Beni e servizi		
Missioni		
Missioni		6.000
Spese generali		
Spese varie		2.800
Totale		28.800

Prof. D. INZITARI

+39 0554298461

Unità Operativa 3	referente	compiti
Unità di Neurologia, Ospedale Jazzolino, Vibo Valentia	Dr. Domenico Consoli	- Attività relative all'Obiettivo 2
Risorse		
	Compiti e prodotti attesi	totale
Personale		
1 borsista		20.000
Beni e servizi		
Missioni		
Missioni		6.000
Spese generali		
Spese varie		2.800
Totale		
		28.800

Unità Operativa 4	referente	compiti
Dip. di Scienze Neurologiche Università La Sapienza Roma	Prof.ssa Maurizia Rasura	- Attività relative all'Obiettivo 3
Risorse		
	Compiti e prodotti attesi	totale
Personale		
1 borsista		20.000
Beni e servizi		
Missioni		
Missioni		6.000
Spese generali		
Spese varie		2.800
Totale		
		28.800

Prof. D. INZITARI



+39 0554298461

Unità Operativa 5	referente	compiti
Dip. di Scienze Neurologiche Università La Sapienza Roma	Prof. Maria Luisa Sacchetti	Attività relative all'Obiettivo 4
Risorse	Compiti e prodotti attesi	totale
Personale		20.000
1 borsista		
Beni e servizi		
Missioni		6.000
Missioni		
Spese generali		2.800
Spese varie		
Totale		28.800

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	totale
Personale	100.000
Beni e servizi	30.000
Missioni	44.000
Spese generali	26.000
Totale	200.000

Prof. D. INZITARI

