

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2011

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO: UN MODELLO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANTARIA DELLE
POPOLAZIONI SVANTAGGIATE

ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: INMP - Roma

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 16

PROGETTO INTERREGIONALE:

SI

X

NO

REGIONI COINVOLTE:

numero: 5

elenco: Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Sardegna e Sicilia

DURATA PROGETTO: 24 mesi.

COSTO: 400.000,00 €

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

Nominativo: dott. Eugenio Di Ruscio

Struttura di appartenenza: Responsabile Servizio Presidi Ospedalieri – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna.

n. tel.: 051.5277268 n. fax: 051.5277063 E-mail: ediruscio@regione.emilia-romagna.it

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

Nr. 1737

DEL

1 OTT. 2013

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Ugo Sirelli)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Emilio Simeone)

Il presente allegato è composto

di n° NOVE fogli.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Dott.ssa Silvana Filocca

Allegato 1

TITOLO: UN MODELLO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA DELLE POPOLAZIONI SVANTAGGIATE

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Le disuguaglianze di salute e la longevità sono riconducibili ad alcuni determinanti sociali, cioè alle circostanze in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano, invecchiano nonché alla loro possibilità di accesso e di utilizzo efficace dei servizi socio-sanitari(1). La stratificazione socio-economica, politica, etnica e culturale determina ulteriori disuguaglianze di salute tra persone che vivono all'interno di uno stesso Paese (2). Le fasce di popolazione più svantaggiate, sia italiane che immigrate, incontrano maggiori ostacoli nell'accesso ai servizi socio-sanitari, con particolare riguardo sia alla discontinuità nei percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi, sia al ricorso tardivo e inappropriato ai servizi stessi, anche a causa delle specificità culturali che talvolta ne inibiscono la soddisfacente fruizione. Si evidenzia, inoltre, che la mancata o difficile integrazione tra componente socio-assistenziale e componente prettamente sanitaria all'interno dei servizi non favorisce una presa in carico efficace ed efficiente delle persone più fragili.

È fondamentale, ancora, sottolineare quanto la povertà costituisca una causa diretta o indiretta del cattivo stato di salute, che determina, a sua volta, in un circolo vizioso, ulteriore privazione. Secondo i dati dell'ISTAT relativi al 2010, 8.272.000 (pari al 13,8% dell'intera popolazione) versano in condizione di povertà relativa e 3.129.000 in condizione di povertà assoluta (pari al 5,2% dell'intera popolazione) (3).

Tra le categorie maggiormente svantaggiate vi sono quelle degli adulti in difficoltà, dei bambini e ragazzi di famiglie povere, degli anziani soli, degli immigrati, dei disabili nonché dei senza dimora. Tra gli adulti in difficoltà, sono soprattutto i disoccupati in cerca di nuova occupazione ad ammalarsi più frequentemente (fino a due-tre volte in più della popolazione occupata) e a venire ospedalizzati, anche in condizioni più severe e con esiti più sfavorevoli. In questa stessa categoria sono comprese le madri sole con figli a carico. È doveroso ricordare che la povertà estrema è considerata dall'OMS come malattia cronica che è causa maggiore di sofferenza sulla terra (codice Z59.5 – ICD9)(4). La difficoltà di eseguire delle diagnosi di natura complessa su soggetti immigrati o persone svantaggiate è aggravata da una poco sufficiente, e quindi migliorabile, interazione tra ospedali ad alta complessità e strutture territoriali che si occupano anche di assistenza alle fasce deboli della popolazione italiana e immigrata. A tal riguardo, la Commissione Europea, nel 2008, ha sottolineato la frammentarietà di questa interazione, riferendola anche all'utilizzo a macchia di leopardo della telematica in sanità; gli Stati Membri erano invitati a "passare in modo incisivo all'azione in questo campo con la realizzazione di servizi offerti a livello nazionale e transfrontaliero" e a valutare e adeguare, entro la fine del 2011, le normative nazionali, consentendo in tal modo un accesso più ampio ai servizi di telemedicina (5).

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Nella misura in cui le disparità sistematiche di salute sono influenzate dalle disuguaglianze generate dal modo in cui la società distribuisce le proprie risorse, mettere in opera azioni per una ripartizione più equa è responsabilità della comunità e dello Stato. Ciò è alla base delle politiche di sanità pubblica che consentono di aumentare i benefici di salute per quei gruppi socialmente ed economicamente a rischio di esclusione. Inoltre, le politiche di contrasto delle disparità di salute sono in grado di mitigare l'ulteriore impoverimento delle persone e delle loro famiglie, dovuto alla malattia.

Il presente progetto intende contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute attraverso l'impiego della telematica, in linea con quanto sottolineato dalla Commissione Europea nella Comunicazione "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE"(6), come strumento a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari, della società, nonché dei professionisti della salute(5), e in linea con la diffusione, seppur frammentaria, di buone pratiche in telemedicina in Italia (7). Nel quadro delineato, il progetto mira a soddisfare le esigenze diagnostico-terapeutiche di tipo specialistico e le richieste di orientamento socio-assistenziale, attraverso un approccio transculturale, degli operatori dell'assistenza primaria che interagiscono con popolazioni svantaggiate. Il progetto prevede la strutturazione di un modello operativo in telemedicina, che migliori l'interazione tra strutture territoriali di differente livello di complessità - a cui dette persone si rivolgono - sia dove l'interazione è già pre-esistente sia laddove essa sia funzionale alla messa in rete di strutture mai entrate in collegamento tra loro. La soluzione proposta prevede lo studio e l'attuazione di un modello organizzativo-gestionale integrato per l'offerta socio-sanitaria regionale a livello di assistenza primaria (MMG, PLS, consultori e presidi ospedalieri territoriali) e di altre strutture regionali rilevanti (U.O. Aziendali

responsabili dei servizi sanitari in carcere, presidi sanitari disagiati e isolani, presidi sanitari turistici e sussidiari, CPSA, Comuni per quanto riguarda i servizi resi alle vittime della violenza e della tratta, CARA, CIE), a supporto della sorveglianza e prevenzione (ad esempio il protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale) e della diagnosi e cura delle malattie infettive legate alle popolazioni migranti residenziali e alle popolazioni mobili.

Il network utilizzerà le migliori tecnologie *web-based* di uso comune per i partecipanti, anche con riferimento all'addestramento minimale informatico, a eventuali caratteristiche di mobilità dell'utenza, alla flessibilità organizzativa e amministrativa, all'esportabilità e scalabilità delle soluzioni adottate. Il network avrà caratteristiche di estensibilità ad altre Regioni e riusabilità delle funzioni, anche in altri contesti sanitari.

Uno o più Centri erogatori delle tecnologie potranno supportare i Centri servizi in telemedicina, nel rispetto della normativa vigente in materia di consenso informato, trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, anche in modalità Application Service Provider (ASP). I piani di diffusione del network verranno stabiliti con le Unità Operative del progetto, attraverso piani di formazione di base e politiche di diffusione di credenziali di accesso alle strutture e agli operatori dell'assistenza territorio. I risultati dello studio per la definizione del modello gestionale verranno condivisi con le Regioni partecipanti. I risultati dello studio del modello organizzativo potranno essere trasferiti ad ulteriori Centri servizi in telemedicina.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

La rete dei partner attuatori del Progetto si caratterizza per le specificità, il patrimonio di conoscenze e le attività strettamente legate agli obiettivi progettuali. In particolare, l'INMP che ha il ruolo di attuatore e di Segreteria Tecnica, si avvale di professionalità – medici specialisti, psicologi, mediatori transculturali, assistenti sociali – che svolgono quotidianamente attività diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali a favore delle popolazioni svantaggiate, sia italiane che immigrate.

L'INMP ha maturato una notevole esperienza nel riconoscimento, la diagnosi e la cura delle patologie specifiche (come ad esempio la diagnosi di patologie su pelle scura), malattie della povertà, nella mediazione transculturale, nell'accoglienza e presa in carico dal punto di vista psico-antropologico. L'INMP ha inoltre maturato notevoli esperienze nell'organizzazione di reti di teleconsulto medico strutturato e nella specificazione di banche dati per la rilevazione clinico-diagnostica e socio-assistenziale. L'Istituto dispone di una consolidata rete di rapporti con ASL/AO/AOU distribuite sull'intero territorio nazionale che hanno collaborato con l'Istituto in progetti di formazione socio-sanitaria e mediazione transculturale(8-14) e l'attuale rete proposta corrisponde a bisogni rilevati sul territorio e a comunanza di vedute nell'approccio metodologico da utilizzarsi. I Partner di progetto fungeranno come Unità operative di erogazione dei servizi clinici e socio-assistenziali nei confronti delle strutture territoriali regionali, in una rete immateriale capace di veicolare le conoscenze e le competenze accumulate in anni di gestione di tematiche complesse rappresentate dalla peculiarità dell'utenza di riferimento.

Le eventuali criticità del progetto possono riguardare l'alfabetizzazione sugli strumenti del progetto degli operatori per cui il Progetto prevede una specifica attività di formazione

Bibliografia

1. Commission on Social Determinants of Health (CSDH), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva, 2008.
2. Marmot M. (on behalf of the Commission on Social Determinants of Health), *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*, *Lancet*. 370, 1153-1163, 2007.
3. Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), *La povertà in Italia: Anno 2010*. Statistiche Report, 2010 disponibile al sito internet <http://www.istat.it/it/archivio/33524>.
4. World Health Organization, *World Health Report: Bridging the gap*. World Health Organization, Ginevra (1995).
5. Comunicazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, COM (2008) 689.
6. Comunicazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni "Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE COM (2009) 567/4.
7. <http://www.onecare.cup2000.it>
8. Organization for Economic Development and Cooperation (OECD), *Improving Health Sector Efficiency: the role of information and communication technology*, OECD Policy Studies 2010.
9. Morrone A., Franco G., Valenzano M., Fazio R., Maiani E., Pizzini E., Calcaterra R., Clinical Features of acne vulgaris in 444 patients with ethnic skin, *J Dermatol*, 2011 Apr; 38(4):405-8.
10. Morrone A., Nosotti L., Piombo L., Scardella P., Spada R., Pitidis A., Iron Deficiency anaemia prevalence in a population of immigrated women in Italy, *The European Journal of Public Health Advance Access*, published November 4, 2010.
11. Calcaterra R., Franco G., Valenzano M., Fazio R., Morrone A., Clinical features and treatment of dermatosis papulosa nigra in migrants to Italy, *Skinmed* 2010; 8 (4):207-209.
12. Morrone A. (a cura di), *Dalle Ande agli Appennini: la mediazione transculturale tra necessità del presente e possibilità del futuro*. INMP, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roma 2010.
13. Morrone A., Scardella P., Piombo L., *Manuale di Alimentazione Transculturale*, Gruppo Editoriale Editteam, Cento (FE), 2010.
14. Morrone A., Hercogova J., Lotti T. *Dermatology of Human Mobile Populations*, MNL, Bologna 2004.
15. World Health Organization Euro, *Poverty and social exclusion in the WHO Region: health systems respond*, WHO Euro Copenhagen 2010.

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITÀ DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE: Migliorare l'interazione funzionale, anche attraverso la telematica, tra i percorsi diagnostico-terapeutici del territorio e dell'ospedale, per le popolazioni svantaggiate.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Soddisfare le necessità diagnostico-terapeutiche grazie all'interazione tra strutture territoriali di diverso livello.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Soddisfare le richieste di orientamento di tipo socio assistenziale, con approccio trans-culturale.

CAPO PROGETTO: Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - dott. Eugenio Di Ruscio, Responsabile Servizio Presidi Ospedalieri

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale	Dott.ssa Maria Augusta Nicoli Responsabile Area Comunità, Equità e Partecipazione - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Regione Emilia Romagna Viale A. Moro, 21 40127 Bologna Tel: 051 527 7120 Fax: 051 527 7053. E-mail: anicoli@regione.emilia-romagna.it	Supervisione delle attività progettuali. Partecipazione alla "modellizzazione" del servizio. Accompagnamento alla erogazione delle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali transculturali.
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)	Dr. Gianfranco Costanzo Direttore U.O.C. Rapporti con Istituzioni e Organizzazioni Nazionali e Internazionali, Partenariato con Università Via di S. Gallicano, 25/a 00153 Roma Tel. 06-45503145 Fax 06-45503115 costanzo@inmp.it	Segretariato Tecnico con funzioni di comunicazione, coordinamento e monitoraggio delle attività progettuali; - coordinamento e gestione delle attività relative all'erogazione dei teleconsulti; elaborazione dei dati correlati alle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e alla reportistica; - erogazione delle attività di formazione e delle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali transculturali; - predisposizione delle piattaforme tecnologiche e delle piattaforme e-learning nell'ambito delle attività formative; - adeguamento dello standard informatico-procedurale dei

		fruitori nonché della configurazione del servizio e dell'attivazione degli accessi ai fruitori.
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ARNAS Civico di Cristina Benfratelli – Palermo	Prof. Salvatore Amato Direttore Dipartimento di Medicina Piazza Nicola Leotta, 4 90127 Palermo Tel 091-6662831 Fax 091-6662738 dermatologia@ospedalecivicopa.org	Partecipazione alla "modellizzazione" del servizio; Erogazione delle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali transculturali.
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Azienda Ospedaliera S. Giovanni – Addolorata - Roma	Dr. Michelangelo Bartolo Dirigente Responsabile UOS di Telemedicina Via dell'Ambaradam, 9 00184 Roma Tel 06-77054513 Tel 06-77054516 (caposala) Fax. 06-77054514 mbartolo@hsangiogiovanni.roma.it	Partecipazione alla "modellizzazione" del servizio; Erogazione delle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali transculturali.
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
Ospedale Policlinico Consorziale di Bari	Dr. Gioacchino Angarano Direttore U.O.C. Malattie Infettive Piazza Giulio Cesare, 11 70124 Bari Tel. 080-5593120 Fax. 080-5478333 g.angarano@clininf.uniba.it	Partecipazione alla "modellizzazione" del servizio; Erogazione delle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali transculturali.
Unità Operativa 6	Referente	Compiti
Azienda Sanitaria Locale 8 - Cagliari	Dr.ssa Silvana Tilocca Responsabile del Servizio Promozione della Salute – Dipartimento di Prevenzione Via Romagna, 16 – Padiglione D 09127 Cagliari Tel. 070-47443918/21 Fax. 070-47443872 dipartimento.prevenzione@asl8cagliari.it	Partecipazione alla "modellizzazione" del servizio; Erogazione delle teleconsultazioni diagnostico-terapeutiche e socio-assistenziali transculturali; Supporto al Segretariato Tecnico per la formazione in materia di mediazione transculturale.

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Migliorare l'interazione funzionale, anche attraverso la telematica, tra i percorsi diagnostico-terapeutici del territorio e dell'ospedale, per le popolazioni svantaggiate
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Rete materiale e immateriale per il supporto diagnostico-terapeutico tra le diverse strutture del territorio e gli ospedali.
<i>Standard di risultato</i>	-Strutture in rete -Specialità delle strutture in rete

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Soddisfare le necessità diagnostico-terapeutiche grazie all'interazione tra strutture territoriali di diverso livello
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Servizio di telemedicina
<i>Standard di risultato</i>	- Manuale delle procedure del servizio - Diffusione del modello

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Soddisfare le richieste di orientamento di tipo socio assistenziale, con approccio transculturale
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Servizio telematico per l'orientamento socio-assistenziale
<i>Standard di risultato</i>	- Manuale operatore del servizio - Diffusione del servizio

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa 1 - REGIONE EMILIA ROMAGNA - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale	€ 16.500,00	€ 16.500,00	€ 33.000,00
Beni e servizi	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Missioni	€ 2.500,00	€ 2.500,00	€ 5.000,00
Totale generale	€ 20.000,00	€ 20.000,00	€ 40.000,00

Unità Operativa 2 - INMP			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale - personale dipendente - personale a collaborazione - consulenti - docenti formazione tutor UO	€ 90.000,00	€ 117.200,00	€ 207.200,00
Beni e servizi - Attrezzature informatiche (acquisto e noleggio) - organizzazione kick off meeting e call conference durante le attività progettuali - impaginazione e stampa manuale procedure e operatori del servizio - impaginazione e stampa manuale con risultati progetto - costi per accreditamento ECM - materiale di consumo materiale di cancelleria	€ 30.000,00	€ 26.000,00	€ 56.000,00
Missioni - spese di viaggio vitto e alloggio del personale coinvolto nelle diverse strutture dei partner di progetto	€ 9.000,00	€ 5.000,00	€ 14.000,00
Spese generali - spese postali - spese telefoniche	€ 1.400,00	€ 1.400,00	€ 2.800,00
Totale generale	€ 130.400,00	€ 149.600,00	€ 280.000,00

Unità Operativa 3 - ARNAS CIVICO DI CRISTINA BENFRATELLI			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale	€ 7.000,00	€ 7.000,00	€ 14.000,00
Beni e servizi	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Missioni	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Spese generali	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00

Totale generale	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 20.000,00
------------------------	-------------	-------------	-------------

Unità Operativa 4 - AO S. GIOVANNI ADDOLORATA			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale	€ 6.500,00	€ 6.500,00	€ 13.000,00
Beni e servizi	€ 1.500,00	€ 1.500,00	€ 3.000,00
Missioni	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Spese generali	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Totale generale	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 20.000,00

Unità Operativa 5 – OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE DI BARI			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale	€ 7.500,00	€ 7.500,00	€ 15.000,00
Beni e servizi	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Missioni	€ 500,00	€ 500,00	€ 1.000,00
Spese generali	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Totale generale	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 20.000,00

Unità Operativa 6 – ASL 8 CAGLIARI			
Risorse	ANNO 1	ANNO 2	Totale in €
Personale	€ 6.500,00	€ 6.500,00	€ 13.000,00
Beni e servizi	€ 1.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
Missioni	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 4.000,00
Spese generali	€ 500,00	€ 500,00	€ 1.000,00
Totale generale	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 20.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Anno 1	Anno 2	Totale in €
Personale	134.000,00	161.200,00	295.200,00
Beni e servizi	35.500,00	31.500,00	67.000,00
Missioni	16.000,00	12.000,00	28.000,00
Spese generali	4.900,00	4.900,00	9.800,00
Totale	190.400,00	209.600,00	400.000,00

