

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2012

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO: Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma.

ENTE PARTNER: ...Regione Piemonte

ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: ASL AL

NUMERO ID DA PROGRAMMA:

REGIONI COINVOLTE:

numero: 2

elenco: Piemonte, Lombardia

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: 300.000

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Massimo D'Angelo

struttura di appartenenza: ASL AL - Centro Sanitario Amianto

n. tel: 0142/434601 n. fax: 0142.434712 -

E-mail: mdangelo@aslal.it

Allegato 1

TITOLO: Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma maligno, nelle fasi diagnostiche, terapeutiche, di affiancamento durante la terapia attiva e le cure palliative (simultaneous care).

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Il mesotelioma maligno (MM) è una neoplasia causata dall'esposizione a fibre di amianto che colpisce la pleura -sede più frequente-, il peritoneo e più raramente altre sierose. La malattia è complessivamente rara (nel 2008, in Italia sono stati rilevati 1422 casi, pari ad un tasso di 3,55 casi per 100.000 persone anno tra gli uomini e 1,26 tra le donne) ma può diventare una patologia frequente nelle aree ad alta esposizione ad amianto, come i poli di produzione del cemento amianto di Casale Monferrato e di Broni dove la frequenza è oltre 10 volte quella osservata su scala nazionale. In tali aree la malattia è ben nota agli abitanti, spesso per esperienze familiari o di conoscenti. Non esistono terapie in grado di portare a guarigione i pazienti e la sopravvivenza media è nell'ordine di 12 mesi.

L'insieme di questi aspetti determina spesso un atteggiamento non ottimale sia da parte dei pazienti, che sono anche esposti a proposte di cure non validate scientificamente, sia da parte dei medici che possono ritenere inefficace il loro intervento, sottovalutando il possibile contributo alla qualità di vita. Una recente ricerca condotta a Casale Monferrato ha evidenziato l'impatto psicologico della malattia e della sua possibile occorrenza, oltre che tra i casi ed i loro familiari anche nella popolazione generale.

Emerge con sempre maggiore evidenza l'importanza di organizzare l'offerta terapeutica, in reti di centri ad alta specializzazione, che possono fornire le migliori terapie, validate con criteri scientifici ed organizzare studi clinici (es. Rete Tumori Rari, del programma 'Alleanza contro il Cancro'). I centri di riferimento per il MM sono necessariamente in piccolo numero. La prima fase diagnostica e di valutazione del paziente avviene invece di regola nei centri ospedalieri più prossimi alla residenza, dopo un sospetto diagnostico colto dal medico di medicina generale. Dopo che la diagnosi è sufficientemente definita il paziente deve essere valutato ed indirizzato senza indugi al centro di riferimento, motivando correttamente il paziente ed i suoi familiari. Durante la fase terapeutica il paziente normalmente risiede al proprio domicilio per recarsi al centro di riferimento od a sue 'unità satellite' per la somministrazione delle terapie. In questa fase la sofferenza fisica e psicologica del malato e della sua famiglia è notevole e spesso non sono forniti tutti i possibili aiuti. Si è osservato che un adeguato sostegno di tipo palliativo in questa fase aumenta la compliance alle terapie. La fase terminale della malattia, che giunge inesorabilmente ed in breve tempo, è un ulteriore momento di sofferenza che deve essere alleviata per quanto possibile con le cure palliative e con il sostegno psicologico. L'accettazione delle cure palliative è maggiore se se ne è già fatto uso nelle fasi precedenti della malattia.

Casale Monferrato in Piemonte e Broni in Lombardia hanno rappresentato due tra i maggiori (se non i maggiori) poli di produzione di cemento amianto in Italia. In queste due aree la frequenza di MM è così elevata da poter parlare di vera e propria epidemia: esse possono quindi rappresentare il terreno più adeguato per sperimentare un modello per la presa in carico globale del paziente affetto da MM, relativamente alle fasi diagnostiche, di invio al centro di riferimento e di affiancamento durante la terapia e di cure palliative terminali ("Simultaneous Care"). I modelli organizzativi del SSR in Piemonte e Lombardia sono diversi e questo aggiunge un elemento di interesse alla sperimentazione.

Il modello per la presa in carico del paziente affetto da MM comprenderà anche intervento di valutazione e sostegno psicologico, non solo per il paziente ed i familiari ma anche più in generale per i componenti della comunità. L'intervento sarà valutato con strumenti epidemiologici, anche per misurare l'impatto potenziale del modello in altre regioni ed altre aree.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

La rete organizzativa per la patologia oncologica in Piemonte è strutturata in Dipartimenti Oncologici (DO), con Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) organizzati nei diversi DO per le patologie più frequenti e rilevanti. L'unico GIC specifico per il MM riunisce i sanitari degli ospedali di Alessandria e Casale e dell'ASL-AL (incluse cure palliative e centro sanitario amianto). Il GIC valuta in modo collegiale la situazione clinica del paziente e lo indirizza nel modo più opportuno. I principali centri di riferimento sono l'ASO SS. Antonio e Biagio di Alessandria (ASO Alessandria) ed il Presidio Ospedaliero di Casale Monf.

In Lombardia il modello organizzativo prevede invece l'invio diretto da parte del curante al centro ospedaliero ritenuto più opportuno e l'eventuale successivo trasferimento ad altri centri. I principali centri di riferimento per l'area di Broni sono gli IRCCS Policlinico S.Matteo e Fondazione Maugeri, entrambi a Pavia. L'organizzazione delle cure palliative è articolata in servizi ospedalieri, territoriali ed hospices, che

appartengono ad amministrazioni diverse. Il coordinamento è svolto dal Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO) che ha il ruolo di collegamento e integrazione tra tutti i soggetti che si occupano di malattie oncologiche.

GIC e DIPO operano secondo i principi della interdisciplinarietà orientata al paziente. In entrambe le regioni è operativo il registro dei MM che censisce la frequenza di MM e raccoglie informazioni sui casi.

Oltre che al GIC MM ed ai reparti ospedalieri, nell'area di Casale esistono diverse competenze, già coordinate. In particolare esiste una organizzazione consolidata per le cure palliative domiciliari e l'hospice. Si tratta di una UCP (Unità Cure Palliative - Struttura Semplice Aziendale) convenzionata con la ONLUS VITAS, che opera perché le cure palliative siano intese non solo come le cure per il paziente terminale ma come un supporto continuo che affianca tutte le fasi della terapia. La Regione Piemonte ha istituito il Centro Regionale Amianto, riorganizzato con la DGR 64-3574, con un Comitato di Direzione ed un livello operativo costituito da: Centro Sanitario Amianto e Centro Ambientale Amianto. Il Centro Sanitario è incardinato nell'ASL AL, svolge tra l'altro attività informative e di supporto organizzativo e fa parte del GIC MM. L'Università di Torino, Dipartimento di Psicologia ha valutato l'impatto psicologico sui malati, i familiari e la comunità casalese. Il CPO Piemonte (Epidemiologia dei Tumori, Torino e Novara) e la Università di Torino e del Piemonte Orientale hanno studiato l'effetto dell'esposizione ad amianto a Casale ed a Broni e la sopravvivenza dei casi di MM. Queste risorse sono la base per un modello organizzativo integrato proponibile ad altre aree caratterizzate da elevata frequenza di MM.

In conclusione emerge che le aree di Casale Monferrato e Broni condividono un'alta frequenza di MM ma l'aggregazione e l'organizzazione delle competenze sono diverse, con maggiore esperienza a Casale Monferrato. La soluzione proposta per la presa in carico globale del paziente con MM è un modello organizzativo che in entrambe le aree integri ed organizzi le competenze presenti in modo da 1) ridurre il tempo per il percorso diagnostico e l'invio al centro di riferimento per i casi di MM; 2) fornisca in modo sistematico ed organizzato il sostegno organizzativo e psicologico per i pazienti e le famiglie; 3) valuti in modo prospettico le variazioni dell'impatto psicologico sulla comunità; 4) segua i pazienti per tutto il percorso di cura, in accordo con i medici curanti e in collaborazione con le associazioni di volontariato; 5) valuti l'effettiva applicazione di questi principi, la proporzione di pazienti 'presi in carico' e le ragioni di mancata partecipazione e valuti l'impatto sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita, con metodi epidemiologici.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Nell'area di Casale Monferrato, centro capofila, esistono le esperienze organizzative necessarie (GIC interaziendale, Strutture per diagnosi e terapia nell'ospedale territoriale e nell'ASO di Alessandria, Centro per le cure palliative, Centro sanitario amianto e sportello informativo) e le collaborazioni con strutture universitarie (UniTO - Dipartimento di psicologia e UniPMN - Epidemiologia dei Tumori). Il GIC ha prodotto un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Le criticità sono relative alle necessità di aggiornamento del PDTA, considerando le difficoltà legate alle carenze di tempo e risorse. Il modello rivisto verrà immediatamente esteso all'intera ASL AL ed all'ASO Alessandria per gli aspetti di diagnosi, terapia e palliazione. In questa fase sarà inclusa l'unità per le cure palliative di Alessandria. Le criticità dell'espansione ad Alessandria saranno legate all'estensione del modello in un'area dove il MM, pur essendo una patologia nota, non presenta i connotati drammatici dell'epidemia. Rispetto alla situazione attuale si dovrà anticipare l'intervento sia per gli aspetti psicologici sia per quelli palliativi.

In Provincia di Pavia è stato costituito il Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO) per l'organizzazione interdisciplinare ed interaziendale oncologica (Piano Oncologico Lombardia). Il DIPO è la struttura che dovrà condurre la sperimentazione. Il DIPO produrrà dapprima un'analisi degli attuali percorsi diagnostici e terapeutici e la formulazione di un PDTA **territoriale**, dopo di che verrà valutata la prosecuzione secondo l'esperienza a Casale Monferrato.

Bibliografia

- Bruera E, Hui D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers. J Palliat Med. 2012;15:1261-9.
- Temel JS et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Eng J Med 2010;363:733-42.
- Granieri A. Amianto, risorsa e dramma di Casale. Risvolti psicologici nelle persone affette da mesotelioma e nei loro familiari. Frilli Editore (collana Psicologia clinica e storia), 2008.
- Marinaccio A et al. IV Rapporto - Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. INAIL, Roma 2012.
- Pinto C et al. Second Italian Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma : state of the art and recommendations. Cancer Treatment Reviews (in press).

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Formulare un modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma maligno, in particolare per l'avvio ai centri di riferimento nelle fasi diagnostiche, terapeutiche, e per l'affiancamento dal punto di vista psicologico e di cure palliative in fase precoce. Applicazione del modello in diverse aree caratterizzate da elevata incidenza di mesotelioma e verifica dei risultati con metodi epidemiologici.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Formulazione e verifica di un modello operativo per la valutazione integrata del paziente affetto da mesotelioma maligno, ed in particolare per l'avvio ai centri di riferimento nelle fasi diagnostiche e terapeutiche, con revisione ed aggiornamento delle correnti linee guida aziendali.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Formulazione e verifica di un modello operativo per l'offerta in fase precoce di terapie palliative al paziente affetto da mesotelioma maligno (modello di simultaneous care), con valutazione della qualità di vita.

OBIETTIVO SPECIFICO 3 :

Valutazione dell'impatto psicologico della diagnosi di mesotelioma e del rischio di mesotelioma nella popolazione di Casale. Formulazione di un modello operativo integrato con l'attività informativa fornita dal Centro Sanitario Amianto.

OBIETTIVO SPECIFICO 4 :

Formulazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale territoriale per il MM, ed applicazione all'area di Broni e della provincia di Pavia.

OBIETTIVO SPECIFICO 5 :

Preparazione di software di rete per la raccolta dei dati dei casi di MM con integrazione dei moduli di raccolta dati sviluppati dalle U.O. 1-4.

Valutazione epidemiologica dei risultati dal progetto, dai diversi punti di vista della completezza del reclutamento dei pazienti di MM residenti nelle aree del progetto, dell'adesione, dell'impatto sulla qualità di vita, dei motivi, oggettivi e soggettivi, di non adesione.

CAPO PROGETTO:

Dr. D'Angelo Massimo

(Responsabile Struttura Semplice Centro Sanitario Amianto, ASL AL)

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Gruppo Interdisciplinare Cure	Dr.ssa Grosso Federica (Referente per il progetto, Gruppo Interdisciplinare Cure MM, SC Oncologia, ASO SS.Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria). Dr. Mario Botta, Coordinatore del Gruppo Interdisciplinare Cure MM GIC, SC Oncologia, PO Santo Spirito di Casale Monferrato, ASL AL).	-Aggiornamento del 'percorso interaziendale per il MM' -Diffusione del percorso interaziendale per il MM in ambito aziendale e territoriale. -Integrazione delle attività diagnostiche e terapeutiche per il MM -Integrazione con l'attività dei centri di riferimento per il MM, secondo logiche di rete.

Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Struttura Semplice Cure Palliative	Dr.ssa Degiovanni Daniela (Responsabile Struttura Semplice Cure Palliative, Osp. Casale Monferrato)	<ul style="list-style-type: none"> - Modello per le cure palliative del MM 'esportabile' in altre aree, con produzione di linee guida scritte. -Integrazione con l'attività dei centri di riferimento per il MM, secondo logiche di rete. -Organizzazione delle Cure palliative in corso di terapia - Organizzazione cure terminali -Misurazione della qualità di vita
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
Struttura Semplice Centro Sanitario Amianto	Dr. D'Angelo Massimo (Responsabile Struttura Semplice Centro Sanitario Amianto, ASL AL)	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione dell'intervento di valutazione, promozione e tutela della salute psicologica della popolazione dell'area di Casale (popolazione generale, casi di MM e loro familiari), con convenzione con Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino. - Integrazione dell'attività con sportello informativo sull'amianto. - Raccolta delle informazioni sulla soddisfazione dei trattamenti terapeutici ricevuti e sui motivi, oggettivi e soggettivi di non adesione.
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO) di Pavia	Dr. Pedrazzoli Paolo (Coordinatore DIPO; Direttore SC Oncologia, IRCCS Policlinico S. Matteo)	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi degli attuali percorsi diagnostici e terapeutici nell'area di Broni (territorio pavese). - Formulazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale territoriale per il MM. -Definizione di modalità operative per l'integrazione delle cure ospedaliere con le cure palliative territoriali e con l'Hospice. -Integrazione con l'attività dei centri di riferimento per il MM, secondo logiche di rete. -Applicazione dei modelli proposti all'area di Broni/Pavia, con relazione sulle difficoltà incontrate e le proposta di modifica.
Unità Operativa 5	Referente	Compiti
Dipartimento di Medicina Traslazionale dell'Università del Piemonte Orientale	Prof. Magnani Corrado (Direttore SCU Epidemiologia dei Tumori, AOU Maggiore della Carità di Novara e Dipartimento di Medicina Traslazionale dell'Università del Piemonte Orientale)	<ul style="list-style-type: none"> -Valutazione della completezza del reclutamento dei casi di MM nei percorsi integrati, per i trattamenti terapeutici e per le cure palliative - Analisi dei dati su non adesione e sui motivi, oggettivi e soggettivi di non adesione raccolti dalle UO 1 - 4.- -Valutazione epidemiologica con studio della distribuzione dei tempi per le diverse fasi diagnostiche e per la presa in carico. - Valutazione della sopravvivenza dei pazienti con MM.

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	<ol style="list-style-type: none">1. Formulare un modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma maligno, in particolare per l'avvio ai centri di riferimento nelle fasi diagnostiche, terapeutiche, e per l'affiancamento dal punto di vista psicologico e di cure palliative in fase precoce.2. Applicazione del modello in diverse aree caratterizzate da elevata incidenza di mesotelioma e verifica dei risultati con metodi epidemiologici.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Linee guida per le fasi diagnostiche e di supporto durante e dopo la terapia
<i>Standard di risultato</i>	Testo scritto delle linee guida e della relazione finale sottoposto a peer review.

OBIETTIVO SPECIFICO 1	<ol style="list-style-type: none">1. Formulazione di un modello operativo per la valutazione integrata del paziente affetto da mesotelioma maligno, ed in particolare per l'avvio ai centri di riferimento nelle fasi diagnostiche e terapeutiche,2. Revisione ed aggiornamento delle correnti linee guida aziendali.3 Applicazione del modello e raccolta dati attività, a scopo di verifica risultati4 Sintesi e rapporto finale, sulla base dei dati raccolti e delle analisi epidemiologiche.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Testo aggiornato delle linee guida aziendali, entro 6 mesi dall'avvio del progetto. Diffusione e verifica dell'applicazione.
<i>Standard di risultato</i>	Proporzione dei soggetti con MM valutati e seguiti secondo le linee guida aziendali superiore a 70% dei casi incidenti di MM nell'area di Casale Monferrato (calcolato sull'intervallo da 6 a 18 mesi di attività del progetto).

OBIETTIVO SPECIFICO 2	<ol style="list-style-type: none">1 Formulazione di un modello operativo per l'offerta in fase precoce di terapie palliative al paziente affetto da mesotelioma maligno, durante la terapia e per la continuazione in fase terminale e valutazione della qualità di vita.2. Revisione delle attuali procedure e formulazione di linee guida aziendali.3 Applicazione del modello e raccolta dati attività, a scopo di verifica risultati4 Sintesi e rapporto finale, sulla base dei dati raccolti e delle analisi epidemiologiche.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Proposta operativa per l'integrazione delle attività di palliazione in fase precoce ed in fase terminale, entro 6 mesi dall'avvio del progetto. Diffusione e verifica dell'applicazione.
<i>Standard di risultato</i>	Proporzione dei soggetti con MM inseriti nel programma superiore a 50% dei casi incidenti di MM nell'area di Casale Monferrato (calcolato sull'intervallo da 6 a 18 mesi di attività del progetto).

OBIETTIVO SPECIFICO 3	<ol style="list-style-type: none">1 Revisione delle procedure e delle metodologie adottate in precedenti indagini, con formulazione di linee guida di intervento di valutazione, promozione e tutela della salute psicologica.2 Applicazione con valutazione dell'impatto psicologico della diagnosi di mesotelioma e della percezione del rischio di mesotelioma nella popolazione di Casale.3 Formulazione di un modello operativo integrato con l'attività informativa
------------------------------	---

	<p>fornita dal Centro Sanitario Amianto (il c.d. Sportello Amianto).</p> <p>4 Sintesi e rapporto finale, sulla base dei dati raccolti e delle analisi epidemiologiche.</p> <p>L'attività sarà svolta con convenzione con Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino.</p>
Indicatore/i di risultato	Proseguimento dell'intervento di valutazione, promozione e tutela della salute psicologica della popolazione dell'area di Casale (popolazione generale, casi di MM e loro familiari).
Standard di risultato	Inclusione di un campione del 30% dei casi incidenti di MM nel periodo da 6 a 18 mesi dall'avvio del progetto, di un familiare e di un campione di pari numerosità della popolazione residente.

OBIETTIVO SPECIFICO 4	<p>1 Formulazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale per il MM, esteso alla palliazione</p> <p>2 Presentazione e valutazione con le componenti del Servizio Sanitario, anche con valutazione di consenso</p> <p>3 Applicazione all'area di Broni</p> <p>4 Sintesi e rapporto finale, sulla base dei dati raccolti e delle analisi epidemiologiche.</p>
Indicatore/i di risultato	Testo delle linee guida interaziendali, entro 6 mesi dall'avvio del progetto. Diffusione e verifica dell'applicazione, con conferenza di consenso.
Standard di risultato	Proporzione dei soggetti con MM valutati e seguiti secondo le linee guida interaziendali superiore a 60% dei casi incidenti di MM nell'area di Broni (calcolato sull'intervallo da 12 a 18 mesi di attività del progetto).

OBIETTIVO SPECIFICO 5	<p>1 Preparazione di software di rete per la raccolta dei dati dei casi di MM con integrazione dei moduli di raccolta dati sviluppati dalle U.O. 1-4.</p> <p>2 Valutazione epidemiologica dei risultati dal progetto, dai diversi punti di vista di:</p> <p>2.1 completezza del reclutamento dei pazienti di MM residenti nelle aree del progetto e dell'adesione;</p> <p>2.2 analisi del tempo richiesto per le diverse fasi diagnostiche e terapeutiche</p> <p>2.3 impatto sulla qualità di vita, dei motivi, oggettivi e soggettivi di non adesione.</p>
Indicatore/i di risultato	Software (data base) per la registrazione dati (definiti secondo i modelli 1-4), accessibile in ambito web ed integrato con software per raccolta dati clinici ed epidemiologici.
Standard di risultato	Disponibilità del data base entro 6 mesi dall'avvio del progetto. Report con analisi dei dati a 12 e 18 mesi ed alla conclusione del progetto.

CRONOGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Obiettivo specifico 1	Attività 1	X	X	X	X																					
	Attività 2			X	X	X	X																			
	Attività 3							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
	Attività 4																			X	X	X	X	X	X	
Obiettivo specifico 2	Attività 1	X	X	X	X																					
	Attività 2			X	X	X	X																			
	Attività 3							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
	Attività 4																			X	X	X	X	X	X	
Obiettivo specifico 3	Attività 1	X	X	X	X																					
	Attività 2			X	X	X	X																			
	Attività 3							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
	Attività 4																			X	X	X	X	X	X	
Obiettivo specifico 4	Attività 1	X	X	X	X	X	X	X																		
	Attività 2									X	X	X	X													
	Attività 3													X	X	X	X	X	X							
	Attività 4																			X	X	X	X	X	X	
Obiettivo specifico 5	Attività 1	X	X	X	X	X	X																			
	Attività 2.1							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
	Attività 2.2													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Attività 2.3													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Rendicontazione

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (GIC)	
Risorse	EURO
Personale Personale per la programmazione del percorso diagnostico assistenziale casi MM e la verifica applicativa.	-55000
Beni e servizi - Software (incluso data base per gestione informazioni dei casi) - Strumentazione - Libri e manuali - Cancelleria, materiale di consumo ecc	-3000
Missioni - Spese di trasferta per riunioni ed incontri per la conduzione del progetto - Spese di viaggio per rilevazione e controllo dati (incluse le spese dei collaboratori)-	-1000
Spese generali - Costi indiretti (posta, telefono, corriere) - Altre spese assimilabili -	-1000
..... - - -	-

Unità Operativa 2 (Cure Palliative)	
Risorse	EURO
Personale Personale per la sperimentazione e la valutazione della 'simultaneous care'.	-50000
Beni e servizi - Software (incluso data base per gestione informazioni dei casi, per la parte di cure palliative) - Strumentazione - Libri e manuali - Cancelleria, materiale di consumo ecc	-6000
Missioni - Spese di trasferta per riunioni ed incontri per la conduzione del progetto - Spese di viaggio per rilevazione e controllo dati (incluse le spese dei collaboratori)-	-2000
Spese generali - Costi indiretti (posta, telefono, corriere) - Altre spese assimilabili -	-2000
..... - - -	-

Unità Operativa 3 (Centro Sanitario Amianto)	
Risorse	EURO
Personale - Personale per l'organizzazione e la conduzione dell'intervento di valutazione, promozione e tutela della salute psicologica della popolazione dell'area di Casale	-50000
Beni e servizi - Software per raccolta informazioni - Strumentazione - Libri e manuali - Cancelleria, materiale di consumo ecc	-6000
Missioni - Spese di trasferta per riunioni ed incontri per la conduzione del progetto - Spese di viaggio per rilevazione e controllo dati e per i contatti con i soggetti in studio (incluse le spese dei collaboratori)	-2000
Spese generali - Costi indiretti (posta, telefono, corriere) - Altre spese assimilabili -	-2000
..... - - -	-

Unità Operativa 4 (DIPO)	
Risorse	EURO
Personale - Personale per la revisione ed aggiornamento linee guida diagnostico assistenziali per il MM e per la loro applicazione, inclusa rilevazione dati clinici e di follow-up.	-50000
Beni e servizi - Software (inserimento sulla rete dipartimentale del software prodotto per la gestione informativa dei trattamenti terapeutici e palliativi) - Strumentazione - Libri e manuali - Cancelleria, materiale di consumo ecc	-6000
Missioni - Spese di trasferta per riunioni ed incontri per la conduzione del progetto - Spese di viaggio per rilevazione e controllo dati (incluse le spese dei collaboratori)-	-2000
Spese generali - Costi indiretti (posta, telefono, corriere) - Altre spese assimilabili -	-2000
..... - - -	-

Unità Operativa 5 (Epidemiologia dei Tumori)	
Risorse	EURO

Personale - Personale per analisi dati statistici, preparazione di software e raccolta, verifica e registrazione dati.	-50.000
Beni e servizi - Software - Strumentazione - Libri e manuali - Cancelleria, materiale di consumo ecc	-6000
Missioni - Spese di trasferta per riunioni ed incontri per la conduzione del progetto - Spese di viaggio per rilevazione e controllo dati (incluse le spese dei collaboratori)-	-2000
Spese generali - Costi indiretti (posta, telefono, corriere) - Altre spese assimilabili -	-2000
..... - - -	-

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	255.000
<i>Beni e servizi</i>	27.000
<i>Missioni</i>	9.000
<i>Spese generali</i>	9.000
.....	
Totale	300.000