

ISSN 1591-223X
DOSSIER
166 - 2008



Assistenza all'ictus

Modelli organizzativi regionali



Ricerca e innovazione

ISSN 1591-223X
DOSSIER
166-2008

 Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

 **Regione Emilia-Romagna**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Assistenza all'ictus

Modelli organizzativi regionali



Ricerca e innovazione

Documento predisposto nell'ambito del Progetto di ricerca finalizzata 2004 ex art. 12 e 12 bis del DLgs 502/1992 come modificato e integrato dal DLgs 229/1999 "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*", a cura di

- Salvatore Ferro** Direzione generale Sanità e politiche sociali
Regione Emilia-Romagna
- Piera Pallazzoni** Direzione generale Sanità e politiche sociali
Regione Emilia-Romagna
- Marzio Bellan** Direzione generale Sanità e politiche sociali
Regione Emilia-Romagna
- Rebecca Facchini** Direzione generale Sanità e politiche sociali
Regione Emilia-Romagna
- Francesco Nonino** Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza
sanitaria (CeVEAS) - Azienda USL di Modena

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2008

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss166.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Hanno collaborato alla stesura e revisione del testo i seguenti componenti del gruppo di lavoro nazionale del Progetto di ricerca finalizzata 2004 ex art. 12, DLgs 502/1992 e s.m.i. "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*".

Regione		
Abruzzo	Antonio Uncini	
Basilicata	Antonio Matera	
Calabria	Domenico Consoli	Giovanni Franco
Emilia-Romagna	Salvatore Ferro Alessandro Liberati	Francesco Nonino Piera Pallazzoni
Friuli Venezia Giulia	Sandro Baldissera	Fabio Chiodo Grandi
Lazio	Assunta De Luca	Danilo Toni
Liguria	Carlo Gandolfo Alessandra Moisello	Sandro Ratto Sergio Vigna
Lombardia	Elio Agostoni Lucia Atzeni	Mario Dell'Oca Carlo Ferrarese
Marche	Alberto Deales Roberto Papa	Leandro Provinciali Mauro Silvestrini
Piemonte	Paolo Cerrato	Anna Orlando
Sicilia	Placido Bramanti	Edoardo Sessa
Toscana	Luca Bianciardi Antonio Di Carlo	Domenico Inzitari
Umbria	Nera Bizzarri Stefano Ricci	Mauro Zampolini
Valle d'Aosta	Edo Bottacchi Giovanni Corso	Piero Gaillard
Veneto	Tiziano Martello	

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	8
1. Introduzione	9
1.1. Premessa	9
1.2. Obiettivi	9
1.3. Materiali e metodi	9
1.4. Bibliografia	11
2. L'organizzazione dell'assistenza all'ictus per fasi assistenziali	13
2.1. Attività di prevenzione	13
2.2. Fase pre-ospedaliera	15
2.3. Fase ospedaliera	15
2.4. Fase post-ospedaliera	22
3. L'organizzazione dell'assistenza all'ictus per Regione	25
3.1. Valle d'Aosta	25
3.2. Piemonte	28
3.3. Lombardia	33
3.4. Friuli Venezia Giulia	37
3.5. Veneto	41
3.6. Liguria	44
3.7. Emilia-Romagna	46
3.8. Toscana	55
3.9. Lazio	59
3.10. Umbria	64
3.11. Marche	69
3.12. Abruzzo	72
3.13. Basilicata	78
3.14. Calabria	81
4. Considerazioni finali	85

(continua)

Allegati		89
Allegato 1.	<i>Check list</i>	91
Allegato 2.	Centri SITS-MOST Italia Centri IST-3 Italia	93
Allegato 3.	Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali nell'assistenza al paziente con <i>stroke</i>	97

Sommario

Sebbene ci siano chiare evidenze che l'assistenza in aree di degenza dedicate con una precoce e completa presa in carico da parte di un *team* multidisciplinare di operatori esperti, un rapido accesso alla diagnostica per immagini, la precocità di avvio dell'intervento riabilitativo e della dimissione protetta migliorano la sopravvivenza e diminuiscono il rischio di disabilità, buona parte delle persone colpite da ictus non riceve un trattamento appropriato.

Attraverso un'analisi comparativa descrittiva, il documento esamina il grado di corrispondenza tra gli elementi assistenziali indicati come prioritari dalle "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale" (Conferenza Stato-Regioni - Repertorio Atti n. 2195 del 3 febbraio 2005) e i contenuti delle normative vigenti nelle 14 Regioni partecipanti al progetto relative all'assistenza ai paziente con ictus.

L'analisi comparativa evidenzia la notevole disomogeneità dei modelli organizzativi regionali in tutte le fasi assistenziali: nella maggior parte delle Regioni, le delibere non riguardano in modo specifico l'assistenza al paziente con ictus e non è possibile capire il livello di attuazione nei contesti locali.

Nonostante in quasi tutte le normative regionali vengano presi in considerazione gli aspetti salienti dell'assistenza all'ictus presenti nelle linee di indirizzo nazionali, la variabilità dei percorsi assistenziali evidenzia l'opportunità di promuovere iniziative di *audit* clinico-organizzativo al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti con ictus in Italia.

Abstract

Stroke care: comparison of regional health plans

Strong evidence indicates that patients' outcome(s) can be improved through the implementation of the concept of stroke care, whose cornerstones are: timely referral in a dedicated ward, rapid access to diagnostic imaging as well as a prompt rehabilitation and early supported discharges. Nonetheless, most people fail to receive appropriate care.

Through a descriptive analysis this document examines the relationship between the clinical-organizational model considered as standard in the National Clinical-Organizational Guidance on Stroke Care (Ministry of Health, 2005) and the health plans of the 14 participating Regions with regard to health care organization for patient with stroke.

Comparative analysis highlights the considerably non homogeneous regional organizational models at all stages of care: in most Regions, there are not specific organizational statement for stroke patients and it was not possible to understand the level of implementation of stroke care in local contexts.

Although in almost all regional health plans salient aspects of National Clinical-Organizational Guidance are considered, the variability of path care in the Italian Regions highlights the opportunity to promote a national clinical-organizational audit in order to improve the quality of care for stroke patients in Italy.

1. Introduzione

1.1. Premessa

L'analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali si inserisce nell'ambito delle attività del Progetto di ricerca finalizzata 2004 "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo *stroke*" finanziato dal Ministero della salute, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, al quale hanno partecipato 15 Regioni italiane (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia).

La Regione Sicilia non ha fatto pervenire alcuna documentazione e pertanto i risultati del presente lavoro si riferiscono a 14 Regioni.

1.2. Obiettivi

L'obiettivo generale di questo documento è l'analisi comparativa dei modelli organizzativi relativi all'assistenza allo *stroke* nelle Regioni partecipanti. In particolare, è stato condotto uno studio comparativo descrittivo al fine di esaminare il grado di corrispondenza tra gli elementi assistenziali indicati come prioritari dal documento di riferimento nazionale "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale" (Conferenza Stato-Regioni - Repertorio Atti n. 2195 del 3 febbraio 2005) (CSR) e i contenuti delle normative vigenti nelle Regioni partecipanti al progetto riguardo all'assistenza al paziente con ictus.

1.3. Materiali e metodi

Nella prima fase di attività è stato costituito un gruppo di coordinamento interregionale del Progetto. Per ciascuna Regione sono stati individuati due referenti: un referente di organizzazione sanitaria di Agenzia sanitaria regionale e/o di Assessorato sanità, e un referente clinico, medico specialista con competenze specifiche nel campo delle patologie cerebrovascolari.

I referenti regionali sono stati invitati a inviare al centro di coordinamento del progetto (Regione Emilia-Romagna) i testi delle delibere più recenti prodotte dalla propria Regione in tema di assistenza al paziente con ictus. Sono stati considerati valutabili tutti i documenti prodotti attraverso un atto deliberativo (delibere su provvedimenti specifici, Piani sanitari regionali, dichiarazioni di intenti, provvedimenti attuativi, ecc.) purché il loro contenuto riguardasse - almeno in parte - aspetti legati all'organizzazione dell'assistenza dei pazienti colpiti da ictus.

È stato inoltre costituito un apposito sottogruppo di lavoro (*Gruppo check list*) che ha individuato e condiviso gli indicatori di processo più rilevanti nell'assistenza al paziente con ictus, ricavati dal documento nazionale di riferimento della Conferenza Stato-Regioni e relativi alle principali fasi del percorso assistenziale:

- fase di prevenzione
- fase pre-ospedaliera
- fase ospedaliera
- fase post-ospedaliera

Al fine di consentire un confronto il più possibile standardizzato dei differenti modelli organizzativi regionali, il sottogruppo di lavoro ha concordato una griglia (da qui chiamata *check list*, in *Allegato 1*) con cui si è provveduto a sistematizzare i contenuti dei provvedimenti regionali sull'assistenza al paziente con ictus.

La *check list* è stata strutturata nel seguente modo: nelle righe trovano posto gli aspetti più rilevanti dell'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con ictus, suddivisi in base alle fasi assistenziali sopra citate; nelle colonne vengono riportate le tipologie dei documenti regionali raccolti, che sono stati classificati dai referenti regionali come Dichiarazione di intenti e/o Attuazione in corso. Per Dichiarazione di intenti si intende un provvedimento deliberativo riguardo al quale non sia chiaro il livello di reale applicazione nel sistema sanitario della Regione; per Attuazione in corso si intende un provvedimento deliberativo riguardo al quale sia documentabile una reale applicazione dei contenuti della delibera. La distinzione tra Dichiarazione di intenti e Attuazione in corso è stata prevista per tentare di capire - almeno in modo descrittivo - in che misura i provvedimenti regionali che dovrebbero migliorare la qualità dell'assistenza all'ictus vengono effettivamente implementati nella pratica. Infine, nella colonna Riferimento normativo sono riportati qualora disponibili, i riferimenti che permettono l'individuazione del provvedimento normativo (numero e data della deliberazione regionale).

Sulla base dei contenuti delle delibere pervenute, per ogni Regione è stata compilata una *check list* preliminare da parte dei referenti della Unità operativa di coordinamento del Progetto. Successivamente le *check list* pre-compilate sono state inviate ai referenti regionali con lo scopo di verificare eventuali omissioni o imprecisioni nel trasferimento dei contenuti delle delibere all'interno della *check list* stessa e di segnalare eventuali integrazioni con documenti deliberati successivamente all'inizio del progetto. Per esaminare il grado di corrispondenza tra gli elementi assistenziali indicati come prioritari dal documento di riferimento nazionale della Conferenza Stato-Regioni e i contenuti delle normative regionali, è stata infine elaborata una *check list* di sintesi, nelle cui righe sono riportate le Regioni che hanno effettuato provvedimenti in materia di organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus e nelle colonne sono riportati gli indicatori di processo più rilevanti nell'assistenza a questi pazienti, ricavati dallo stesso documento di riferimento nazionale.

Alla fase di verifica dei contenuti delle *check list* da parte dei referenti regionali ha fatto seguito un incontro plenario del gruppo di coordinamento interregionale, nel corso del quale sono stati condivisi i contenuti delle *check list* di tutte le Regioni e sono stati contestualmente presentati i risultati preliminari dell'analisi comparativa. A seguito di tale incontro e delle osservazioni ricevute dal gruppo di coordinamento interregionale del progetto, si è proceduto alla stesura di tale documento che rappresenta un primo strumento di valutazione dell'organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus in Italia e offre pertanto spunti di riflessione rispetto al recepimento da parte delle amministrazioni regionali del documento di riferimento nazionale della Conferenza Stato-Regioni. Quest'ultimo documento, nelle sue conclusioni, pone peraltro l'enfasi sulla necessità di individuare gli indicatori comuni e condivisi a livello interregionale per confrontare le esperienze di implementazione delle Reti *stroke* nelle diverse Regioni. Si auspica pertanto che la descrizione dei modelli organizzativi regionali qui presentata possa rappresentare un utile strumento per il gruppo di coordinamento interregionale che ha quali ulteriori obiettivi la validazione di un *set* di indicatori di struttura e di processo da potere proporre ai fini di un possibile futuro *audit* interregionale sull'assistenza erogata al paziente con ictus in Italia.

1.4. Bibliografia

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Proposta di accordo tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale". Conferenza Stato-Regioni - Repertorio Atti n. 2195 del 3 febbraio 2005.
- Gazzetta ufficiale n. 190 del 18 agosto 2003. Ministero della salute. Decreto 24 luglio 2003 "Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Actilyse" (Decreto AIC/UPC/809/2003).
- Gazzetta ufficiale n. 278 del 29 novembre 2007. Agenzia italiana del farmaco. Determinazione 16 novembre 2007 "Determina per l'implementazione del SITS-ISTR: proseguimento dello studio *post-marketing surveillance* SITS-MOST" (Determinazione n. 1/AE).

2. L'organizzazione dell'assistenza all'ictus per fasi assistenziali

Il materiale analizzato nel presente documento proviene dalle seguenti 14 Regioni che hanno inviato i loro provvedimenti normativi in materia di assistenza allo *stroke*: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Umbria, Marche, Abruzzo, Basilicata, Calabria.

I risultati dell'indagine sono presentati in due sezioni. Nella prima, strutturata per fasi assistenziali del processo di cura del paziente con ictus (prevenzione, pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera), vengono illustrati i provvedimenti adottati dalle singole Regioni; nella seconda, i risultati sono invece presentati seguendo un criterio geografico, analizzando cioè i provvedimenti Regione per Regione: viene presentata una descrizione sintetica delle delibere regionali con la *check list* della Regione di riferimento.

È descritta di seguito la sintesi dei contenuti generali delle delibere pervenute dalle Regioni partecipanti al progetto. Tale sintesi riflette l'organizzazione dei capitoli secondo cui è stata strutturata la *check list* e prende in esame i temi che caratterizzano le varie fasi della assistenza al paziente con ictus.

2.1. Attività di prevenzione

Gli aspetti principali dell'azione preventiva sono rappresentati dall'individuazione e quantificazione del rischio di ictus e dalla correzione dei fattori di rischio individuati (Conferenza Stato-Regioni, 2005).

Nell'ambito della loro programmazione sanitaria relativamente all'attivazione e/o implementazione delle strategie di prevenzione primaria e secondaria, alcune Regioni suggeriscono la necessità di intervenire precocemente sui alcuni fattori di rischio - ipertensione, dislipidemie, fumo, diabete - avviando una intensiva promozione della salute basata prevalentemente sull'adesione a congrue misure comportamentali in individui senza o con bassi fattori di rischio.

L'obiettivo generale della promozione di stili di vita sani, tenuto conto delle raccomandazioni basate sulle evidenze e utili a ridurre il rischio di patologia cardiocerebrovascolare nella popolazione generale, si declina nei seguenti campi di intervento specifici: lotta al tabagismo, promozione di una corretta alimentazione, promozione della attività fisica. L'attività preventiva in campo cardiocerebrovascolare è inquadrata nella normale attività dei MMG, che quindi assume un ruolo cardine nella prevenzione articolandola in tre principali campi d'intervento: educazione e promozione di stili di vita sani nei confronti della popolazione a basso e medio

rischio cardiocerebrovascolare; identificazione dei soggetti ad alto rischio cardiocerebrovascolare; educazione, informazione e prevenzione nei confronti dei soggetti ad alto rischio (Lombardia).

La prevenzione è un elemento di fondamentale importanza nell'approccio assistenziale all'ictus, che può essere realizzato soltanto attraverso una sintonia di percorsi assistenziali tra ospedale e attività territoriali, con particolare riferimento a quelle della medicina generale (Emilia-Romagna).

È prevista in collaborazione con i MMG, una campagna di informazione sull'ictus e sui fattori di rischio (fumo, dislipidemia, diabete) con la promozione di stili di vita sani e l'identificazione dei soggetti ad alto rischio. La campagna avrà inoltre lo scopo di informare e sensibilizzare la popolazione al rapido riconoscimento dei sintomi iniziali di un ictus e all'opportunità di un precoce ricovero ospedaliero con l'obiettivo di ridurre a meno di 60 minuti il tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e l'arrivo in Pronto soccorso (Abruzzo).

L'attenzione delle collettività locali è molto concentrata sugli aspetti legati alla terapia individuale creando climi più favorevoli allo sviluppo di approcci farmacologici e dei servizi specialistici e allo svolgimento delle attività di promozione e prevenzione primaria. In tale contesto il nuovo Piano sanitario assume la complessità dello scenario e la molteplicità degli attori presenti nel settore, rilanciando la sfida per una gestione globale e unitaria della lotta alle cerebrovasculopatie attraverso strategie come i Patti per la salute (nella scuola, degli anziani, per le città sane) che puntano a creare cittadini consapevoli e attivi nella promozione della propria salute e nella interazione con i servizi sanitari e ambienti salubri, costruendo le interazioni di massa necessarie per affrontare i problemi a un livello adeguato alla loro dimensione (Umbria).

I fattori di rischio modificabili possono essere influenzati da cambiamenti nelle abitudini alimentari e nello stile di vita. Quando la riduzione derivata da un'attenta modificazione degli stili di vita non è sufficiente a raggiungere i livelli desiderabili, è necessario ricorrere a un adeguato trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia. Sono obiettivi del Piano sanitario regionale per la prevenzione dell'ictus la riduzione del sovrappeso corporeo e dell'obesità attraverso un'adeguata attività fisica e un'alimentazione sana e bilanciata. È altresì necessario stimolare il precoce inizio di un'adeguata prevenzione secondaria (Calabria).

La prevenzione secondaria è rivolta a soggetti già identificati e valutati presso strutture specialistiche (Lombardia, Basilicata, Lazio). La Valle d'Aosta ha posto tra i suoi obiettivi nella lotta alle malattie cerebrovascolari la promozione di una campagna regionale di educazione sanitaria sui fattori predisponenti e la definizione di linee guida per la loro individuazione e prevenzione.

La Regione Friuli Venezia Giulia è direttamente coinvolta nella strategia individuale e nella strategia di popolazione che affronta in particolare stili di vita insalubri e richiede la partecipazione attiva della comunità. Inoltre è stato realizzato il Piano regionale della prevenzione che attraverso un sistema di sorveglianza intende migliorare gli indicatori

epidemiologici esistenti e introdurre altri di esito e processo. Il programma di prevenzione ha quale obiettivo generale la realizzazione di politiche che portino alla riduzione di mortalità e disabilità conseguenti a eventi cardiovascolari acuti.

Viene enfatizzata inoltre l'utilità e l'importanza di informare e sensibilizzare la popolazione al fine di un più rapido riconoscimento dei sintomi iniziali di un ictus e la consapevolezza dell'opportunità del ricovero ospedaliero precoce, ritenendo necessaria la predisposizione di protocolli validati sulle modalità di prima assistenza rivolti a MMG, medici di continuità assistenziale, medici e infermieri del 118 (Piemonte, Toscana Basilicata).

2.2. Fase pre-ospedaliera

Da un'analisi generale relativa ai percorsi delle varie fasi di assistenza del paziente con ictus emerge che per la fase pre-ospedaliera la maggior parte delle Regioni prevedono percorsi (non sempre esplicitati nei dettagli) per il riconoscimento precoce dei segni e dei sintomi anche attraverso l'uso di apposite scale (ad esempio la Cincinnati Pre-Hospital Stroke Scale), con successivo trasporto all'ospedale del paziente con ictus. Si tratta in alcuni casi dell'azione programmata per l'organizzazione di una rete di servizi ospedalieri integrata nel sistema regionale dell'emergenza-urgenza come ad esempio in Toscana, in Lombardia e nel Lazio, o della proposta di istituire una rete regionale come in Basilicata e in Abruzzo. Si prevede il miglioramento della rete ospedaliera regionale in Friuli Venezia Giulia. L'Emilia-Romagna e le Marche favoriscono un modello delle reti cliniche da sviluppare in tutti i settori compresi quello della patologia neurocervellovascolare secondo il modello *hub and spoke*. Il Piemonte ha definito uno specifico percorso clinico pre-ospedaliero in particolare per i pazienti da sottoporre a trombolisi al fine di garantire precocità di intervento e uniformità di accesso.

In alcune Regioni la rapidità del collegamento è anche garantita dalla presenza di reti telematiche sotto forma di teleconsulto specialistico nell'ambito dello *stroke* (Piemonte, Lombardia, Abruzzo e Basilicata).

2.3. Fase ospedaliera

I nodi fondamentali della fase ospedaliera sono strettamente associati alla possibilità di offrire al paziente con ictus in fase acuta un'assistenza di tipo *stroke care*, caratterizzata dalla presenza di aree di degenza dedicate, dalla presa in carico da parte di un *team* multidisciplinare esperto e dalla presa in carico riabilitativa precoce. L'analisi comparativa dei modelli organizzativi in merito a tali aspetti ha evidenziato una eterogeneità sostanziale tra le Regioni. In alcuni casi si tratta di dichiarazioni d'intenti contenute nei Piani sanitari regionali costituite dalla generica definizione degli obiettivi relativi alle malattie cerebrovascolari, o attraverso cui si prevede la messa in atto di azioni specifiche favorevoli la realizzazione di una rete volta a garantire trattamenti appropriati. In altre Regioni il tema dell'ictus è oggetto di delibere o documenti in atto o in corso di deliberazione che prevedono un'assistenza organizzata in una rete funzionale di strutture

dedicate e geograficamente definite. Si enfatizza in generale l'importanza dell'approccio multidisciplinare anche se talvolta è rappresentato da modalità organizzative per le quali non è stata dimostrata efficacia, quali ad esempio il *team* itinerante.

Sulle modalità di assistenza e la definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie si evidenzia l'importanza di realizzare o potenziare le reti integrate di servizi sia per il miglioramento dell'assistenza in fase acuta sia per garantire una adeguata assistenza in fase post-acuta.

2.3.1. Aree di degenza dedicate

In alcuni casi l'orientamento delle delibere regionali è quello di promuovere l'attivazione di strutture dedicate ovvero *stroke units* come ad esempio in Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta.

In Valle d'Aosta la *Stroke unit* è collocata all'interno della UO di neurologia e neurofisiologia.

Il Lazio ha definito i servizi ospedalieri dedicati alla gestione clinico-assistenziale dei pazienti con ictus quali Unità di trattamento neurovascolare. Si tratta di reparti di terapia semi-intensiva distinti in due livelli (UTN I e UTN II) come quello attualmente presente presso il DEA del Policlinico Umberto I - Università La Sapienza di Roma. Nell'ambito di tale realtà organizzativa sono definite le priorità per l'accesso rapido e preferenziale alle UTN II secondo protocolli prestabiliti e strumentazioni diagnostico-terapeutiche esterne.

In Emilia-Romagna è stato avviato un percorso per la definizione delle modalità clinico-organizzative dei servizi dedicati ai pazienti con ictus. Si è costituito un gruppo di lavoro *ad hoc* che ha elaborato un documento di indirizzo sul percorso assistenziale del paziente con ictus. Tale documento, che attualmente è oggetto di una specifica deliberazione regionale, riflette integralmente tutti i punti indicati come prioritari dal documento nazionale relativi alla fase ospedaliera.

La Toscana prevede l'avvio di un'azione programmata per l'organizzazione di una rete di strutture preposte alla terapia delle malattie cerebrovascolari, attraverso la realizzazione di apposite unità di trattamento integrate e coordinate nell'ambito del sistema emergenza-urgenza.

La Liguria ha fornito indicazioni alle USL per l'attivazione - all'interno dei reparti di neurologia, presso i posti letto già esistenti - di poli di assistenza alle malattie cerebrovascolari acute, collegati e coordinati dalla Clinica neurologica dell'Università di Genova.

Il Veneto fa riferimento alla necessità di attivare nuove forme organizzative - moduli mono o multidisciplinari - per l'assistenza intensiva in fase acuta senza tuttavia specificare ulteriori caratteristiche organizzative.

La Lombardia ha deliberato l'approvazione del Piano cardiocerebrovascolare regionale che prevede l'attivazione della Rete delle Unità di cura cerebrovascolare (UCV - *stroke units*). Le UCV sono aree di degenza specializzate per la cura dell'ictus, collocate nell'ambito di reparti di neurologia o in strutture di degenza a caratterizzazione neurologica.

Il Piemonte ha ritenuto opportuno costituire una rete che prevede una adeguata diffusione sul territorio di Centri di assistenza (Centri ictus), i quali - pur non identificandosi con le cosiddette *stroke units* in quanto strutture completamente dedicate - si caratterizzano per la presenza di alcuni elementi distintivi, ossia letti dedicati, presenza di un *team* multidisciplinare e presa in carico riabilitativa precoce.

Il Friuli Venezia Giulia articola l'offerta ospedaliera secondo il Piano regionale della riabilitazione in due livelli: ospedali di rete, in cui devono essere soddisfatti specifici requisiti strutturali e organizzativi (*équipe* dedicata all'ictus, riabilitazione precoce), e Aziende ospedaliere, dotate di *stroke units* e di metodiche diagnostiche e terapeutiche avanzate, che devono fungere da riferimento per le rispettive Aree vaste.

In Abruzzo è attualmente operante una UTN che garantisce un approccio multidisciplinare integrato. L'UTN è di tipo comprensivo e combina l'assistenza in acuto con una precoce presa in carico riabilitativa per una durata media di ricovero di circa 7-10 giorni. Presso l'Ospedale di Lanciano è attiva una *stroke unit* semi-intensiva nell'Unità operativa di neurologia. Inoltre è stato stimato con una recente delibera del 2006 il finanziamento necessario all'attivazione di ulteriori 4 UTN e sono stati individuati i rispettivi Presidi ospedalieri delle ASL interessate.

Riguardo alla definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie (*stroke units*), alcune Regioni prevedono localizzazioni geografiche definite per le aree dedicate ai pazienti con ictus (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Piemonte, Lazio). Altre modalità organizzative collocano la *stroke unit* nell'area medica con valenza interdipartimentale (Basilicata) oppure prevedono che tali aree dedicate siano individuate nei reparti di neurologia o in strutture di degenza a caratterizzazione neurologica (Lombardia, Marche, Toscana, Abruzzo e Calabria). In Emilia-Romagna vengono definiti i requisiti essenziali e/o addizionali delle aree di degenza dedicate che dovrebbero essere implementate in tutti gli stabilimenti ospedalieri di ogni Azienda sanitaria in modo da poter attivare Reti *stroke* provinciali.

2.3.2. Team multidisciplinare

A prescindere dal modello organizzativo scelto dalle singole realtà regionali, viene enfatizzata l'importanza dell'approccio multidisciplinare al paziente con ictus attraverso l'attivazione di un *team* multidisciplinare e multiprofessionale con personale appositamente preparato e aggiornato che garantisca continuità dell'assistenza durante tutto il percorso, dalla fase acuta ospedaliera alla fase post-acuta. Relativamente alla composizione del team in alcune Regioni si ritiene che esso debba essere costituito da medici, infermieri, tecnici della riabilitazione e logopedisti. In alcuni casi è prevista anche l'attivazione di un *team* itinerante presso alcuni ospedali sedi di Pronto soccorso, oppure - qualora non siano presenti le figure previste - si prevede di attivare una *équipe* multidisciplinare nell'ambito di Unità operative di medicina generale (Basilicata).

Per denominare il gruppo multidisciplinare viene utilizzata anche la definizione *team* neuro vascolare (TNV), e si sottolinea l'importanza della sua utilità negli ospedali sede di Pronto soccorso. Si prevede la presenza di un TNV per ogni ASL (Lazio).

Il *team* multidisciplinare, oltre alle attività assistenziali, ha il compito di promuovere protocolli diagnostico-terapeutici per la patologia cerebrovascolare da validare in sede regionale, offrire la propria consulenza agli altri presidi di ASL, gestire un ambulatorio dedicato alle cerebrovasculopatie per consentire il *follow up* dei pazienti precedentemente ricoverati nei letti dedicati. Deve inoltre sovrintendere la raccolta dati, al fine di rilevare indicatori da elaborare a livello regionale e finalizzati alla verifica dell'attività (Piemonte).

Il modello organizzativo a cui tendere in ambito ospedaliero deve prevedere un approccio clinico multidisciplinare da parte degli specialisti coinvolti nell'assistenza al paziente (*team* multidisciplinare e multiprofessionale ospedaliero), con incontri periodici (almeno settimanali) per la discussione dei casi clinici (Emilia-Romagna).

2.3.3. Presa in carico riabilitativa precoce

La presa in carico riabilitativa precoce del paziente con ictus è un aspetto rilevante del percorso assistenziale che permette una diminuzione dell'incidenza di invalidità e di *deficit* residui per questo tipo di patologie. Devono essere quindi garantite precocità e continuità nell'intervento riabilitativo in attuazione di un progetto individuale da formularsi sotto la responsabilità dello specialista fisiatra, che è una delle figure di supporto indispensabili del *team* multidisciplinare (Basilicata e Piemonte).

Il paziente ricoverato nella *stroke unit* inizia la fisioterapia e/o logopedia entro 48 ore dall'ammissione in reparto (Valle d'Aosta e Abruzzo).

La riabilitazione, nei pazienti in cui vi sia un'indicazione, va iniziata già durante la degenza nella UCV, per poi estrinsecarsi nei reparti di riabilitazione post-evento acuto. È opportuno che ogni UCV stabilisca relazioni operative con unità di riabilitazione dotate di una *équipe* specializzata per il trattamento di tali pazienti; parte delle attività di riabilitazione possono essere svolte in ambito extra-ospedaliero (Lombardia)

L'ospedale che accoglie pazienti con ictus in fase acuta deve garantire precocità e intensività della riabilitazione (tempestiva valutazione e presa in carico riabilitativa; possibilità di erogare un programma riabilitativo di sufficiente durata, ogni giorno per 6 giorni alla settimana) (Friuli Venezia Giulia).

L'UTN garantisce l'attuazione di provvedimenti terapeutici farmacologici e/o riabilitativi più adeguati per la gestione della fase acuta e post-acuta (Lazio).

Il modello organizzativo a cui tendere in ambito ospedaliero è strutturato in un'area di degenza dedicata e geograficamente definita durante la fase acuta, con una precoce presa in carico riabilitativa e garanzia di continuità assistenziale nella fase prettamente riabilitativa e post-ospedaliera. La presa in carico riabilitativa precoce non può essere ricondotta a una semplice consulenza a chiamata, ma presuppone la partecipazione del fisiatra e dei professionisti della riabilitazione all'interno del *team* multidisciplinare e multiprofessionale della *stroke care*. (Emilia-Romagna).

2.3.4. Trombolisi

La trombolisi viene praticata mediante somministrazione del farmaco Actilyse per via sistemica in fase acuta. Il suo utilizzo è regolato in Italia dal Decreto del Ministero della salute 24 luglio 2003 (GU n. 190 del 18 agosto 2003) avente per oggetto "Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Actilyse". Tale Decreto estende le indicazioni terapeutiche relativamente al trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto, entro 3 ore dall'insorgenza dei sintomi e dopo avere escluso la presenza di emorragia intracranica, secondo il "Protocollo SITS-MOST: Progetto di monitoraggio post-marketing per la nuova indicazione", Allegato 1 parte integrante del Decreto medesimo.

Gli effetti della terapia trombolitica sono ad oggi oggetto di studi che hanno lo scopo di valutare l'efficacia/sicurezza del trattamento trombolitico entro le 3 ore (SITS-MOST) o entro le 6 ore (IST3).

Studio SITS-MOST

Lo Studio SITS-MOST (*Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke Monitoring Study*) è uno studio multicentrico osservazionale prospettico con gruppo di controllo storico, rappresentato dai pazienti trattati con rt-PA (*recombinant tissue plasminogen activator*) entro tre ore negli studi randomizzati controllati. Lo studio ha l'obiettivo di valutare la sicurezza dell'alteplase nello *stroke* ischemico acuto. Pazienti con *stroke* ischemico acuto lieve o moderato ammessi in *stroke unit* entro 3 ore dall'esordio dei sintomi sono trattati con alteplase somministrato per via intravenosa (0,9 mg/Kg in 60 minuti fino a una dose massima di 90 mg). L'incidenza di emorragie intracraniche sintomatiche a 36 ore e la mortalità a 3 mesi rappresentano gli obiettivi primari per la valutazione di sicurezza del trattamento. Il DM citato, ponendo l'accento proprio sulla sicurezza del trattamento, ha pubblicato in dettaglio le caratteristiche organizzative che i centri clinici devono possedere per poter essere autorizzati ad effettuare la trombolisi. In Italia, la partecipazione allo Studio è autorizzata infatti dalle Regioni e Province autonome sulla base della aderenza alle caratteristiche clinico-organizzative dei centri citate nell'Allegato 1 dello stesso DM.

Nel marzo 2006 il Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP/85101/2006), su richiesta del Marketing Authorisation Holder (MAH), ha autorizzato la conclusione formale dello studio SITS-MOST e ha ritenuto di continuare lo stesso studio come Registro dei pazienti con ictus ischemico acuto trattati con il farmaco Actilyse (SITS-ISTR - *Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke International Stroke Thrombolysis Register*). I risultati dello studio SITS-MOST sono stati pubblicati in concomitanza con la stesura finale del presente documento (*Lancet*, 369: 275-282, 2007).

Gli autori dello studio SITS-MOST concludono che il trattamento con alteplase per via intravenosa è sicuro ed efficace se utilizzato entro le 3 ore dall'esordio dei sintomi dell'ictus ischemico acuto e pertanto tale trattamento dovrebbe essere esteso a tutti i pazienti con ictus ischemico altamente selezionati e trattati presso centri *stroke care*.

Registro internazionale SITS-ISTR

Visto il rapporto di valutazione "7th Joint Assessment Report on Trial Progress ECASS-III & SITS-MOST Study - 16/6/2006, Committee for medical products for human use (CHMP)" sui risultati dello studio SITS-MOST in merito all'utilizzo di rt-PA (alteplase) in paziente con ictus ischemico; visto il verbale della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA del 7 novembre 2007 che recepisce la valutazione del CHMP e valuta positivamente l'implementazione dell'utilizzo delle specialità medicinali a base di alteplase nel rispetto del decreto del Ministero della salute del 24 luglio 2003, Gazzetta Ufficiale n. 190 del 18 agosto 2003 in Italia; visto l'avvio del Registro internazionale SITS-ISTR; considerato che, al fine di assicurare il mantenimento dei livelli di sicurezza ed efficacia conseguiti nel SITS-MOST e di favorire il riconoscimento, l'implementazione e la collaborazione di nuovi centri clinici per la trombolisi, garantendone la formazione e l'uniformità operativa, con determinazione del 16 novembre 2007 "Determina per l'implementazione del SITS-ISTR: proseguimento dello studio post-marketing surveillance SITS-MOST" (GU n. 278 del 29 novembre 2007) l'Agenzia italiana del farmaco ha ritenuto necessario:

- proseguire la registrazione dei pazienti trattati nel Registro internazionale SITS-ISTR (<http://www.acutestroke.org>);
- confermare il processo di accreditamento dei centri clinici per la trombolisi con le stesse modalità fin qui seguite.

Il Registro SITS-ISTR mantiene la stessa piattaforma informatica e la stessa struttura organizzativa del SITS-MOST e prevede un coordinatore nazionale per l'Italia (dott. Danilo Toni, Università La Sapienza di Roma) affiancato da coordinatori regionali così da rendere più razionale la distribuzione territoriale dei centri per la trombolisi. Questo sistema garantisce una verifica periodica della persistenza delle caratteristiche descritte dal Decreto ministeriale del 24 luglio 2003, facilita le comunicazioni riguardo la sicurezza e l'efficacia del trattamento e le eventuali misure da adottare in caso di tassi di mortalità inattesi e permette gli aggiornamenti sul rischio/beneficio del farmaco.

Il protocollo di monitoraggio e le caratteristiche dei centri per la partecipazione allo studio costituiscono rispettivamente gli articoli 1 e 2 della citata determinazione AIFA del novembre 2007. In Allegato 2 sono elencati i centri italiani autorizzati per lo Studio SITS-MOST.

IST-3 The Third International Stroke Trial (Trombolysis)

Una revisione sistematica degli studi che valutano la terapia trombolitica nell'ictus ischemico acuto suggerisce che la trombolisi è molto promettente per i pazienti che possono essere trattati entro le 6 ore, ma il bilancio tra rischio e beneficio non è ancora certo. Pertanto si è reso necessario effettuare un nuovo studio randomizzato controllato a livello internazionale, al fine di valutare l'efficacia del trattamento trombolitico endovenoso con rt-PA entro 6 ore dall'insorgenza dei sintomi. In particolare lo Studio IST-3 vuole valutare con esattezza il bilancio rischio-beneficio della terapia endovenosa

con rt-PA e quale categoria di pazienti trae più beneficio dal trattamento (in relazione all'età, alla gravità dell'ictus, alla presenza di lesioni precoci alla TC e all'ampiezza della finestra terapeutica). In Allegato 2 sono elencati i centri italiani che partecipano allo Studio IST-3.

2.3.5. Riabilitazione post-acuzie

Quando la situazione clinica risulti stabilizzata, di norma mai oltre i 4-6 giorni, il paziente viene trasferito nei letti ordinari della neurologia e per gli ultra 76enni nei letti di geriatria per proseguire il trattamento farmacologico/riabilitativo. I pazienti di pertinenza neurologica per i quali non si preveda una dimissione diretta dalla neurologia ma che necessitino di un trattamento riabilitativo in regime di degenza vengono, previ accordi con il responsabile dell'Unità operativa, trasferiti nei letti di rieducazione neuromotoria dell'UO di geriatria. Tra gli obiettivi principali ci sono il potenziamento e la specializzazione della rete riabilitativa e dell'assistenza domiciliare prevedendo collegamenti funzionali programmati con l'assistenza territoriale (Valle d'Aosta).

Nei pazienti in cui vi sia un'indicazione, la riabilitazione va iniziata precocemente, già durante la degenza nella UCV, ma deve poi estrinsecarsi nei reparti di riabilitazione post-evento acuto. È opportuno che ogni UCV stabilisca relazioni operative con unità di riabilitazione dotate di una *équipe* specializzata per il trattamento di tali pazienti; parte delle attività di riabilitazione possono essere svolte in ambito extra-ospedaliero. Si stima che circa il 50% dei pazienti colpiti da ictus necessiti di interventi riabilitativi per un trattamento che in fase post-acuta può variare tra 4 e 8 settimane, ma che poi prevede nella maggior parte dei casi un'integrazione con interventi domiciliari o in strutture di lunga degenza riabilitativa (Lombardia).

Superata la fase acuta, della durata stimabile di 7-10 giorni, sulla base della prevedibile evoluzione clinica va attuato uno dei seguenti percorsi: trattamento intraospedaliero: prosecuzione della riabilitazione, di livello ancora intensivo per un periodo di 30-45 giorni, all'interno dei dipartimenti medici degli altri ospedali della rete regionale o nei reparti di medicina fisica e riabilitazione; l'Istituto di medicina fisica e riabilitazione Gervasutta di Udine - oltre a fornire questo livello di cure per i pazienti dell'area udinese - funge da centro di riferimento per le necessità riabilitative di particolare impegno e complessità dell'Area vasta udinese. La riabilitazione intensiva deve prevedere un'accurata valutazione della menomazione/disabilità del paziente e la stesura di un dettagliato progetto riabilitativo, che richiede necessariamente metodologie e strumenti di valutazione multidimensionali e l'indicazione del percorso. I *team* riabilitativi, non dotati di tutte le risorse per la valutazione clinica del paziente, dovrebbero avere, nei casi da loro ritenuti critici, accesso alle strutture specializzate in grado di effettuare queste prestazioni valutative e riabilitative con le modalità di presa in carico più opportuna (Friuli Venezia Giulia).

Nella fase post-acuta le attività assistenziali sono finalizzate a prevenire le ricadute e a favorire il recupero delle abilità compromesse dall'ictus attraverso lo sfruttamento delle potenzialità del paziente al fine di restituirgli quanto più possibile la autonomia riducendone il grado di dipendenza. La fase post-acuta ospedaliera prevede la valutazione fisiatrica con prima diagnosi riabilitativa e conseguente progetto individualizzato.

È da prevedersi un carico di lavoro riabilitativo complessivo di 1-1,5 *ora/die* secondo le possibilità del paziente. Individuazione alle dimissioni dei bisogni medici, riabilitativi e assistenziali del paziente attraverso una valutazione svolta dal neurologo o internista e dallo specialista fisiatra in collaborazione con il MMG. Il percorso può comprendere: una degenza riabilitativa intensiva con trattamento riabilitativo intensivo di almeno 3 *ore/die* presso strutture riabilitative a caratterizzazione ospedaliera; DH riabilitativo in alternativa alla degenza intensiva nel caso di pazienti stabili dal punto di vista internistico, trasportabili, che possono trarre vantaggio da un trattamento riabilitativo intensivo (Piemonte).

Nella fase post-acuta le attività assistenziali sono finalizzate a favorire il recupero delle abilità compromesse dall'ictus attraverso lo sfruttamento delle potenzialità del paziente al fine di restituirgli quanto più possibile la sua autonomia, riducendone il grado di dipendenza e prevenendo le ricadute. Al riguardo si rimette a quanto contemplato nelle linee guida regionali per le attività di riabilitazione (Basilicata).

Il paziente stabilizzato e che non necessita di monitoraggio potrà essere trasferito in un reparto di degenza ordinaria (Abruzzo).

Il passaggio dalla fase acuta a quella riabilitativa post-acuta o alla tipologia di *setting* riabilitativo più appropriato nella fase post-ospedaliera è stabilito essenzialmente dal grado di disabilità, di comorbilità del paziente e dalla relativa potenzialità a trarre giovamento dal livello assistenziale riabilitativo più appropriato (intensivo/estensivo) (Emilia-Romagna).

2.4. Fase post-ospedaliera

Alcune Regioni hanno concentrato l'interesse prevalentemente sulla fase riabilitativa del percorso assistenziale, come ad esempio l'Umbria. Nel suo ultimo PSR, la Regione ha individuato la necessità di sviluppare la funzione riabilitativa chiedendo alle ASL di programmare un appropriato sviluppo della riabilitazione territoriale e di quella in regime di degenza. Ha inoltre approvato con deliberazione specifica un documento relativo a percorsi prescrittivi di ausili e protesi. Un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale (Azienda sanitaria locale dell'Umbria - ottobre 2003) ha peraltro collaborato alla stesura di una linea guida diagnostico-terapeutica per la riabilitazione della persona con ictus cerebrale. Lo scopo è di assistere medici, operatori degli ospedali e dei servizi territoriali nella gestione del paziente con ictus dal momento dell'evento fino al ritorno della migliore qualità di vita possibile, delineando il percorso più idoneo alle sue caratteristiche sia come persona malata sia come individuo.

In Valle d'Aosta è previsto il trasferimento dei pazienti stabilizzati dalla *stroke unit* ad altre UO o sul territorio per la riabilitazione.

In Friuli Venezia Giulia si programma la descrizione di percorsi specifici in relazione alla prevedibile evoluzione clinica, riabilitazione estensiva ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale e domiciliare, a complemento delle cure già erogate in sede ospedaliera oppure in alternativa ad esse. Nelle strutture territoriali come le RSA si trattano i casi clinicamente stabilizzati con prevalenza di comorbidità ed elevato bisogno assistenziale. Su questi temi sono redatte, con il coordinamento dell'Agenzia regionale della sanità, le linee guida regionali per la riabilitazione dei pazienti con ictus che definiscano tipologia, durata, metodi dell'intervento riabilitativo e modalità di redazione dei piani di cura. Per una minoranza di pazienti a decorso favorevole si prevede la dimissione diretta a domicilio.

In Piemonte nel caso che i bisogni complessivi del paziente possano essere gestiti a domicilio, questa possibilità deve essere favorita in modo prioritario. Le risorse riabilitative necessarie devono essere concordate, in fase di stesura del progetto individualizzato da parte dello specialista fisiatra, all'interno del gruppo multidisciplinare con il MMG, la famiglia e i servizi socio-assistenziali. Le azioni riabilitative consistono nella rieducazione funzionale neuromotoria, logopedia e nella valutazione di adattamenti ambientali e idonei ausili e ortesi con un impegno di circa 1-1,5 ora/die. Nel caso di pazienti in fase post-acuzie non in grado di trarre vantaggio da un trattamento riabilitativo intensivo e non gestibile al domicilio o di paziente in fase di stabilizzazione con necessità di trattamenti riabilitativi di mantenimento, può essere necessario un periodo di degenza presso una struttura di riabilitazione estensiva con un impegno riabilitativo di minore intensità (non inferiore a 1 ora/die).

In Toscana è prevista l'organizzazione di un'assistenza territoriale che si faccia carico del percorso riabilitativo.

In Lombardia sono previsti percorsi riabilitativi post-dimissione: individuazione di percorsi per assicurare il *follow up* dei pazienti, continuità assistenziale mediante integrazione con i MMG, servizi territoriali.

In Valle d'Aosta a livello territoriale è prevista l'apertura di una RSA a Antey Saint André, con altri letti di riabilitazione per permettere il trasferimento di eventuali pazienti stabilizzati e degenti presso il reparto di neurologia che non trovassero sbocco presso la geriatria.

Nella fase che segue la dimissione dalla UTN, la riabilitazione riveste un ruolo centrale nell'assistenza al paziente con ictus. Il percorso sarà condizionato dal grado di disabilità e comorbidità: il paziente con disabilità lieve può essere inviato direttamente alla fase della riabilitazione territoriale; quello con disabilità medio-grave alla fase di riabilitazione intensiva; il paziente con comorbidità e compromissioni cognitive alla riabilitazione estensiva o sul territorio con un programma di assistenza domiciliare integrata (Abruzzo).

Nell'organizzare l'assistenza al paziente con ictus nella fase post-ospedaliera occorre prestare particolare attenzione all'eterogeneità dei bisogni e alla conseguente necessità di offrire percorsi di assistenza diversificati e personalizzati. Sarà pertanto opportuno

creare percorsi assistenziali garantendo integrazione e coordinamento tra ospedale e territorio e tra servizi sociali e servizi sanitari: sono previsti percorsi che implicano l'attivazione di modalità di dimissione precoce e/o protetta che si possono sviluppare, in relazione al piano assistenziale personalizzato, nei diversi *setting* assistenziali (domiciliare, riabilitativa territoriale, residenziale) (Emilia-Romagna).

3. L'organizzazione dell'assistenza all'ictus per Regione

Sono qui presentate le sintesi dei modelli organizzativi regionali sui percorsi assistenziali dei pazienti con ictus e le *check list* compilate dalle Regioni partecipanti al progetto.

3.1. Valle D'Aosta

Bollettino ufficiale Regione autonoma n. 46/2001: Applicazione completa delle azioni di cui alla Deliberazione del Commissario dell'Azienda USL del 17 gennaio 2000 relativa alla Carta dei servizi del Pronto soccorso

L'assistenza per acuti mira al raggiungimento di obiettivi legati alle aree tematiche dell'appropriatezza e delle malattie cerebrovascolari. Per queste ultime, l'obiettivo principale è finalizzato alla riduzione dell'incidenza della mortalità e delle disabilità attraverso le seguenti azioni:

- promozione di una campagna regionale di educazione sanitaria;
- creazione di un registro regionale permanente;
- definizione di linee guida nell'individuazione, prevenzione e cura dei fattori di rischio;
- affinamento dei processi di diagnosi precoce e cura delle condizioni patologiche determinanti l'incidente vascolare acuto;
- creazione di uno *stroke team* anche interdisciplinare per il miglioramento della qualità dell'assistenza all'evento acuto in termini di tempestività ed efficacia;
- potenziamento e specializzazione della rete riabilitativa e dell'assistenza domiciliare, prevedendo collegamenti funzionali programmati con l'assistenza territoriale.

Informativa dell'Assessore 2004: Individuazione di centro idoneo all'utilizzo del farmaco Actilyse

Si individua quale centro idoneo autorizzato all'utilizzo del farmaco Actilyse per il trattamento dell'ictus cerebrale l'UO neurologia e neurofisiopatologia presso l'Ospedale regionale di Aosta.

Deliberazione Direttore generale n. 157/2005: Istituzione stroke unit nell'ambito dell'UO neurologia e neurofisiopatologia e approvazione del relativo regolamento

L'UO di neurologia della Valle d'Aosta opera da anni nel campo delle malattie cerebrovascolari acute e ha al suo interno una *stroke unit* dotata di 4 letti.

In Regione è inoltre attivo dal gennaio 2004 il Registro *stroke*.

CHECK LIST VALLE D'AOSTAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

VALLE D'AOSTA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)			
Coinvolgimento dei cittadini			
Fattori di rischio	X		(3)
Fumo			
Obesità			
Diabete	X		(3)
Ipertensione	X		(3)
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce	X		(3)
Trasporto in ospedale del paziente			
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus			
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus			
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie			
Localizzazione geografica area dedicata	X		(1)
Unicità area dedicata	X		(1)
Multidisciplinarietà / multiprofessionalità	X		(1)
Figure professionali (specificare)			neurologo, infermieri, terapisti riabil., logopedista

Presa in carico riabilitativa precoce	X	(1)
< 24 ore		
> 24 ore	X	(1) (<48 h)
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	X	(2)
SITS-MOST		(2)
IST-3		(2)
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie	X	(1)
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X	(1)
Strumento valutazione formale	X	(1)
Riabilitazione estensiva		
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		
Destinazione		
Domicilio		
Lungodegenza	X	(1)
RSA o similari	X	(1)
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio		
Riabilitazione ambulatoriale		
ADI		

- (1) Deliberazione del Direttore generale n. 157/2005: *Stroke unit* - Unità di trattamento dell'ictus cerebrale. Istituzione e approvazione del relativo regolamento.
- (2) Informativa dell'Assessore 2004: Individuazione di centro idoneo all'utilizzo del farmaco Actilyse.
- (3) Bollettino ufficiale della Regione Valle d'Aosta n. 46/2001: Applicazione completa delle azioni di cui alla Deliberazione del Commissario dell'Azienda USL del 17 gennaio 2000 relativa alla Carta dei servizi del *Pronto soccorso*.

3.2. Piemonte

DGR n. 30/2004: Individuazione dei centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto

Si è ritenuto di individuare le strutture di seguito indicate quali centri idonei all'impiego del farmaco Actilyse nel trattamento dell'ictus ischemico acuto secondo il protocollo osservazionale SITS-MOST:

Ospedale Mauriziano di Torino

- Quadrante 1-sub 4: Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino
- Quadrante 1-sub 1: Ospedale San Giovanni Bosco di Torino; Ospedale di Chivasso; Ospedale di Ivrea
- Quadrante 1-sub 2: Azienda ospedaliera San Luigi di Orbassano; Ospedale Maria Vittoria di Torino; Ospedale di Rivoli
- Quadrante 1-sub 3: Ospedale Santa Croce di Moncalieri; Ospedale di Pinerolo
- Quadrante 2: Azienda ospedaliera di Novara; Ospedale di Domodossola
- Quadrante 3: Azienda ospedaliera di Cuneo; Ospedale di Savigliano; Ospedale di Alba
- Quadrante 4: Azienda ospedaliera di Alessandria; Ospedale di Asti; Ospedale di Tortona; Ospedale di Novi Ligure

Si è ritenuto di individuare la Struttura complessa a direzione universitaria (SCDU) di neuroradiologia dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino quale Centro regionale per la trombolisi intra-arteriosa nei pazienti con occlusione dell'arteria basilare e nei pazienti in cui non possa essere eseguita la trombolisi endovenosa.

DGR n. 26/2001: Sviluppo della rete di assistenza regionale per l'ictus cerebrale

Il PSR 1997-1999 individua tra gli obiettivi operativi all'interno dell'Azione programmata "Lotta alle malattie cerebrovascolari" l'organizzazione di servizi assistenziali per l'ictus cerebrale attraverso la definizione della rete delle *stroke units*.

Considerata l'alta incidenza della patologia cerebrovascolare nella popolazione a diversi livelli di complessità, si ritiene opportuno costituire una rete che preveda una adeguata diffusione sul territorio di centri di assistenza che, pur non identificandosi con la *stroke unit* in quanto struttura completamente dedicata, si caratterizzano per la presenza degli altri elementi distintivi di tale modello:

- letti dedicati, alcuni dei quali monitorizzati;
- presenza di un *team* multidisciplinare;
- inizio precoce del trattamento riabilitativo.

Per i pazienti che necessitano di prestazioni più complesse dovrà essere garantito un rapido trasferimento presso Centri di riferimento di II livello e successivo rientro presso gli ospedali di invio. L'individuazione di un percorso specifico per tale patologia persegue inoltre l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, soprattutto in termini di riduzione della durata dei ricoveri per malattie cerebrovascolari.

Considerato che l'ictus cerebrale è una malattia ad alta incidenza (in Piemonte circa 8.500 casi all'anno) e con diffusa distribuzione sul territorio, si propone di istituire un Centro ictus in tutte le Aziende sanitarie locali piemontesi (escluse la n. 1 di Torino e la n. 15 di Cuneo), presso l'Azienda ospedaliera San Luigi di Orbassano e presso il Presidio Mauriziano di Torino. Le ASL elencate devono attivare, nei Presidi in cui sono stati individuati i letti dedicati, un *team* multidisciplinare secondo modalità dipartimentali che raccordino funzionalmente le professionalità interessate. Il coordinamento del *team* deve essere assegnato al responsabile del reparto ove sono situati i letti dedicati. Il *team* deve inoltre sovrintendere alla raccolta dati per la rilevazione di indicatori che verranno elaborati a livello regionale e finalizzati alla verifica dell'attività.

Le strutture di II livello garantiscono essenzialmente l'assistenza in fase acuta per le patologie di maggiore complessità per pazienti trasferiti molto spesso dai centri di I livello.

Si propone di individuare quali sedi di attività di II livello per quadrante: Molinette e CTO per il quadrante di Torino e le rispettive Aziende ospedaliere per i quadranti di Novara, Cuneo e Alessandria.

È opportuno che il collegamento tra centri periferici, Centri ictus e centri di riferimento di II livello possa avvenire in rete telematica per la trasmissione di immagini. Oltre a ridurre il numero dei trasporti inutili e favorire con tempestività i trasporti necessari, l'utilizzo di tale rete contribuisce a ottimizzare l'attività di consulenza.

*Determinazione n. 303/2002: Teleconsulto medico Piemonte ospedali in rete (TEMPORE)
- Progetto Telestroke*

Il Progetto Telestroke intende utilizzare la telemedicina sotto forma di teleconsulto specialistico nell'ambito dello *stroke*. Il percorso diagnostico-assistenziale per i pazienti colpiti da malattie cerebrovascolari prevede una risposta pronta e coordinata di centri di assistenza a diversi livelli di specializzazione. Il collegamento è previsto tra ospedali periferici e ospedali con *stroke team* o centri di secondo livello secondo le modalità indicate negli schemi allegati.

Dagli ospedali periferici potranno essere inviati dati, osservazioni, analisi, immagini diagnostiche riferite ai pazienti con cerebrovasculopatia acuta, che verranno visionate dagli esperti i quali forniranno le indicazioni per il migliore tipo di trattamento.

DGR n. 44/2006: Indicazioni in merito al percorso pre-ospedaliero e intra-ospedaliero per i pazienti con ictus cerebrale

Il documento di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni individua tre fasi - pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera - prevedendo aree di degenza dedicate e geograficamente definite per l'assistenza ai pazienti nella fase acuta.

Il documento si arricchisce inoltre delle implicazioni derivanti dalla recente possibilità di effettuare il trattamento trombolitico e, in linea con quanto indicato da evidenze scientifiche accreditate, l'ictus è considerato un'emergenza medica giustificata dalla

necessità di mettere in atto il più precocemente possibile tutte le procedure necessarie per una corretta definizione diagnostica e prognostica, per la prevenzione delle complicanze che, specie nelle forme più gravi, intervengono fin dalle primissime fasi, e per poter effettuare nei casi appropriati gli interventi di terapia trombolitica.

L'efficacia e l'efficienza di questi interventi decrescono proporzionalmente al tempo trascorso dall'inizio dell'evento e dipendono strettamente dalla rapidità della diagnosi e dall'avvio del trattamento, che deve essere iniziato non più tardi delle prime tre ore.

Pertanto, sulla base di quanto in premessa considerato, il Coordinamento regionale delle Centrali 118 insieme a una rappresentanza di responsabili di centri ictus e società scientifiche di settore, hanno elaborato il documento sul percorso clinico pre-ospedaliero nello *stroke* ischemico, in particolare per i pazienti da sottoporre a trombolisi, al fine di garantire precocità di intervento e condizioni di uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale.

Per non vanificare la riduzione dei tempi pre-ospedalieri è necessario che anche i percorsi intra-ospedalieri siano improntati a criteri di tempestività ed efficacia. Pertanto, una rappresentanza dei responsabili dei Centri ictus e delle Società scientifiche, sulla base dei contenuti della Linea guida della Conferenza Stato-Regioni, ha definito il documento sulle indicazioni per il trattamento del paziente con ictus cerebrale all'arrivo al Dipartimento emergenza accettazione (DEA).

Al fine di stabilire indicatori di struttura, processo e risultato della attività dei centri ictus, gli strumenti informativi sulle schede di dimissione ospedaliera saranno integrati dai dati raccolti presso gli ospedali della Rete utilizzando la rete Telestroke.

CHECK LIST PIEMONTEANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

PIEMONTE	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)		X	(4) (1) T e O
Coinvolgimento dei cittadini	X		(4)
Fattori di rischio			
Fumo			
Obesità			
Diabete			
Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce		X	(4) (1)
Trasporto in ospedale del paziente		X	(4) (1)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus		X	(4)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso		X	(4) (1)
Indagini e consulenze mirate all'ictus		X	(4) (1)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie			
Localizzazione geografica area dedicata		X	(4)
Unicità area dedicata		X	(4)
Multidisciplinarietà / multiprofessionalità		X	(4)
Figure professionali (specificare)			neurologo, intern., fisiatra, cardiologo, diabetologo, infermieri, terapista riab., logopedista, terapista occ.

Presa in carico riabilitativa precoce	X	(4)
< 24 ore		Non specif.
> 24 ore		Non specif.
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)		
SITS-MOST	X	(2) 19 centri per terapia endov.
IST-3		
Altri RCT in corso (specificare)	X	(2) 1 centro per terapia intra- arter.
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X	(4)
Strumento valutazione formale	X	(4)
Riabilitazione estensiva	X	(4)
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione	X	(4)
Destinazione		
Domicilio	X	(4)
Lungodegenza	X	(4)
RSA o similari	X	(4)
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio	X	(4)
Riabilitazione ambulatoriale	X	(4)
ADI	X	(4)

- (1) DGR n. 44/2006: Indicazioni in merito al percorso pre-ospedaliero e intra-ospedaliero per i pazienti con ictus cerebrale.
- (2) DGR n. 30/2004: Individuazione centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto.
- (3) Determinazione n. 303/2002: Teleconsulto medico Piemonte ospedali in rete (TEMPORE) - Progetto Telectroke.
- (4) DGR n. 26/2001: Sviluppo della rete di assistenza regionale per l'ictus cerebrale.
- (5) PSR 1997-1999: Lotta alle malattie cerebrovascolari.

3.3. Lombardia

DGR n. 20772/2005: Approvazione del Piano cardiocerebrovascolare della Lombardia e definizione delle risorse da destinare all'attuazione del Piano stesso

La Lombardia ha posto il contrasto alle patologie cardiocerebrovascolari fra le linee di intervento prioritario previste nel Piano socio-sanitario regionale 2002-2004, identificando per la prima volta un Piano cardiocerebrovascolare regionale che diventi uno strumento disponibile a tutti per attuare le attività necessarie a contrastare queste patologie.

La Regione ha il preciso ruolo di destinare le risorse corrispondenti affinché le stesse siano trasformate in servizi e innovazione tecnologica utili alla prevenzione, alla cura e all'assistenza del malato cardiocerebrovascolare.

Alla Commissione regionale per la patologia cardiocerebrovascolare sono assegnati i compiti di fornire indicazioni sulle modalità attuative del piano di interventi in campo cerebrovascolare per assicurare i livelli essenziali di assistenza con particolare riguardo all'organizzazione e al funzionamento dei vari costituenti della rete integrata dei servizi per la gestione degli interventi prefigurati dal presente Piano, all'integrazione fra strutture ospedaliere e territorio, alla verifica e diffusione dei protocolli diagnostico-terapeutici e all'attivazione dei programmi di *screening* opportunistico basata sulla somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare.

La Commissione regionale avrà come compiti quelli di collaborare all'identificazione delle strutture di riferimento, di promuovere il coordinamento e l'integrazione di tutti gli attori inseriti nella rete, di stimolare l'adozione delle linee guida nazionali e internazionali e l'adattamento di esse alla realtà organizzativa locale, di collaborare alla valutazione dei percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di *follow up*, di assicurare il monitoraggio e la verifica dell'efficienza dell'organizzazione, dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni e del raggiungimento degli obiettivi programmati.

All'Osservatorio epidemiologico regionale per le malattie cardiovascolari la Regione affida il ruolo di centro di coordinamento per i vari progetti di ricerca sulle principali patologie cardiocerebrovascolari (infarto, ictus, scompenso cardiaco, arresto cardiaco, cardiopatie ereditarie), atti ad acquisire informazioni epidemiologiche rapide e dinamiche in modo da individuare le aree di maggiore opportunità di intervento e monitorare gli effetti di eventuali correzioni nelle procedure diagnostiche e terapeutiche.

L'attività dell'Osservatorio è tra l'altro finalizzata alla progettazione e alla successiva realizzazione di un flusso informativo che consenta di creare una mappa del rischio cardiocerebrovascolare regionale e il suo costante aggiornamento. Tale mappa servirà come base per valutare l'efficacia degli interventi sanitari e l'allocazione delle risorse destinate a far fronte a questa sfera di patologie.

Il Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 prevede che le Unità di cura cerebrovascolare (UVC), collocate per livello di assistenza tra quelle sub-intensive, giochino un ruolo chiave nel trattamento dell'ictus cerebrale. È auspicabile la realizzazione

di una rete di servizi per l'ictus in Lombardia che raccolga tutte le strutture sanitarie coinvolte, sul modello della *stroke unit network*. Questa rete è parte integrante della rete cardiocerebrovascolare regionale.

Le azioni previste:

- istituzione su base territoriale dell'Area di coordinamento emergenza-urgenza (ACEU) su indicazione del Comitato regionale emergenza urgenza (CREU) di un gruppo di lavoro per le emergenze cerebrovascolari, che coinvolga il 118 e le UCV presenti sul territorio per stilare protocolli organizzativi e terapeutici comuni (creazione rete di servizi integrati);
- individuazione, in base all'analisi delle necessità del territorio, delle strutture in cui attivare UCV;
- creazione di collegamenti tra strutture della stessa Azienda/Ente o di Azienda/Enti diversi qualora il percorso diagnostico-terapeutico non fosse altrimenti completabile in un'unica sede;
- definizione del percorso terapeutico incentrato sul trattamento della fase acuta e sull'intervento riabilitativo;
- possibilità di connessione telematica con centri di livello organizzativo più elevato per la trasmissione di dati e/o referti e immagini per realizzare forme di teleconsulto;
- identificazione di indicatori di qualità e di *outcome* e loro monitoraggio nel tempo.

CHECK LIST LOMBARDIAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

LOMBARDIA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)		X	O e T
Coinvolgimento dei cittadini		X	(1)
Fattori di rischio			
Fumo		X	(1)
Obesità		X	(1)
Diabete		X	(1)
Ipertensione		X	(1)
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce		X	(1)
Trasporto in ospedale del paziente			(1)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus		X	(1)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus			
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie			(1)
Localizzazione geografica area dedicata		X	(1)
Unicità area dedicata			
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità		X	(1)
Figure professionali (specificare)		X	neurologo, cardiologo, chirurgo vasc., terapista riab., rianimatore, infermieri

Presa in carico riabilitativa precoce	X	(1)
< 24 ore		
> 24 ore		
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)		
SITS-MOST	X	(1)
IST-3		(1)
Altri RCT in corso (specificare)	ECAS-3 X	(1)
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X	(1)
Strumento valutazione formale	X	(1)
Riabilitazione estensiva		
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione	X	(1)
Destinazione		
Domicilio		
Lungodegenza		
RSA o similari		
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio		
Riabilitazione ambulatoriale		
ADI		

(1) DGR n. 20772/2005: Approvazione del Piano cardiocerebrovascolare: interventi di prevenzione, diagnosi e cura.

3.4. Friuli Venezia Giulia

DGR n. 1177/2006: Piano regionale della prevenzione (seconda parte)

Sistema di sorveglianza. A partire dal Sistema informativo sanitario regionale (SISR) e dal Registro regionale delle malattie cardiovascolari si intendono migliorare gli indicatori epidemiologici esistenti e introdurne altri, di esito e di processo: Registro degli eventi cerebrovascolari acuti; indicatori sull'uso di strumenti di stratificazione del rischio nei pazienti con cerebrovasculopatia; indicatori di appropriatezza e persistenza terapeutica nei pazienti con cerebrovasculopatia.

DGR n. 606/2005: Piano della riabilitazione

Obiettivi specifici:

assicurare a tutti i pazienti colpiti da ictus la presa in carico e l'attivazione precoce della riabilitazione in fase acuta e il trattamento riabilitativo in fase post-acuta ospedaliera ed extra-ospedaliera.

Sono descritti i requisiti che l'ospedale che accoglie i pazienti con ictus deve possedere.

La struttura dell'offerta ospedaliera regionale deve prevedere che negli ospedali deve essere comunque garantita la gestione dei pazienti con ictus, con modalità che prevedano il soddisfacimento dei requisiti sopra elencati, anche mediante modifiche organizzativo-strutturali dei reparti (stroke unit).

Nelle Aziende ospedaliere di Trieste, Udine e Pordenone le dimensioni della casistica e la funzione di riferimento per i casi complessi rendono opportuna l'istituzione di strutture autonome dedicate (*stroke units*), anche con caratteristiche di monitoraggio sub-intensiva e possibilità di rapido accesso a metodiche diagnostiche e terapeutiche invasive.

DGR n. 2862/2005: Piano regionale della prevenzione (prima parte)

La Regione sarà coinvolta nella strategia individuale e nella strategia di popolazione. La prima si basa sulla valutazione del rischio cardiovascolare globale da parte del medico di medicina generale con strumento computerizzato o cartaceo. La strategia di popolazione, affrontando in particolare gli stili di vita insalubri (fumo, alimentazione scorretta, eccesso di alcool, inattività fisica), richiede la partecipazione attiva della comunità ed è affidata ai Comuni, ai Distretti e ai Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie.

Programma di prevenzione

Obiettivo generale del programma è la realizzazione di politiche che portino alla riduzione della mortalità e della disabilità conseguenti a eventi cardiovascolari acuti.

Si individuano come obiettivi del programma:

- l'identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili;
- l'attuazione di un piano di formazione del personale sanitario;
- l'indicazione alle strutture ospedaliere delle modalità di dimissione del paziente con accidente cerebrovascolare o rivascolarizzazione carotidea.

DGR n. 3222/2005: Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008

Sono attribuite alle UO di neurologia delle Aziende ospedaliere di Trieste, Udine e Pordenone funzioni di riferimento come *stroke unit* per le rispettive Aree vaste, con il compito di definire le modalità di accesso e dimissione per i pazienti con *stroke*.

Circolare regionale del 22/3/2004 della Direzione centrale Salute e protezione sociale: Individuazione dei centri autorizzati all'impiego di Actilyse per il trattamento dell'ictus cerebri secondo il protocollo SITS-MOST

Vengono individuati i seguenti centri:

- SOC neurologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria S. Maria della Misericordia di Udine (responsabile prof. Gianluigi Gigli);
- *Stroke unit* - Clinica neurologica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Trieste (responsabile dott. Fabio Chiodo Grandi).

DGR n. 4462/2001: Intervento sulla sanità regionale

Documento per l'attivazione della *stroke unit* nell'Azienda ospedaliera di Trieste e nell'Azienda ospedaliera di Udine. Approvazione da parte delle 2 Aziende di un protocollo con tutte le Aziende per i servizi sanitari finalizzato al miglioramento dell'assistenza ai pazienti con *stroke* per garantire il rapido accesso alla *stroke unit* ai pazienti che necessitano di procedure di elevata complessità e favorire la presa in carico dei pazienti nelle aree di emergenza e nei dipartimenti medici garantendo l'attivazione della riabilitazione. Nel protocollo devono essere previsti tempi e modi per la verifica dei risultati e l'aggiornamento periodico delle procedure.

DGR n. 734/2001: Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 (concetti ribaditi nella DGR n. 2504/2002: Approvazione della proposta di piano regionale dell'emergenza sanitaria)

È prevista la funzione di *triage* per la valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Al livello regionale è affidato il compito di coordinamento generale del sistema regionale dell'emergenza, attraverso l'adozione di apposite linee guida a carattere organizzativo e gestionale, in particolare attinenti alla definizione di modalità operative omogenee (ad esempio, per il trasferimento dei pazienti da ospedali di rete ad ospedali a maggiore complessità funzionale), e di indirizzi per la formazione del personale di soccorso.

DGR n. 1487/2000: Linee guida per la gestione delle RSA

Le funzioni generali riguardano la riabilitazione fisica o psicofisica e sono rivolte a raggruppamenti omogenei con prevalenti problemi fisici, psichici, sociali o globali, in seguito a ictus cerebrale, lesioni neurologiche traumatiche o neurochirurgiche, ecc.

CHECK LIST FRIULI VENEZIA GIULIAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

FRIULI VENEZIA GIULIA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)	X		O e T
Coinvolgimento dei cittadini	X		(1) (2)
Fattori di rischio	X		(1) (2) (10)
Fumo	X		(1) (2)
Obesità	X		(1) (2)
Diabete	X		(1) (2)
Ipertensione	X		(1) (2)
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce	X	X	(6) (7)
Trasporto in ospedale del paziente	X		(6) (7)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X	X	(4) (8)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso	X		(3) (8)
Indagini e consulenze mirate all'ictus	X		(3)(8)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie	X		(3) (8)
Localizzazione geografica area dedicata	X		(3) (8)
Unicità area dedicata	X		(3) (8)
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X		(3) (8)
Figure professionali (specificare)	X		Non specif.
Presenza in carico riabilitativa precoce	X		(3)
< 24 ore	X		Non specif.
> 24 ore	X		Non specif.

Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	X		
SITS-MOST	X	X	(5)
IST-3			
Altri RCT in corso (specificare)			
Riabilitazione post-acuzie	X		(3)
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X		(3)
Strumento valutazione formale	X		(3)
Riabilitazione estensiva	X		(3)
4. FASE POST-OSPEDALIERA			
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione	X		(3) (9)
Destinazione	X		(3) (9)
Domicilio	X		(3) (9)
Lungodegenza	X		(3) (9)
RSA o similari	X		(3) (9)
Continuità assistenziale	X		(3) (9)
Riabilitazione a domicilio	X		(3) (9)
Riabilitazione ambulatoriale	X		(3) (9)
ADI	X		(3) (9)

- (1) DGR n. 1177 dd. 1/6/2006.
- (2) DGR n. 2862 dd. 7/11/2005: Piano regionale della prevenzione.
- (3) DGR n. 606 dd. 24/3/2005: Piano della riabilitazione.
- (4) DGR n. 3222 dd. 12/12/2005: Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008.
- (5) Circolare regionale 22/3/2004 Direzione centrale Salute e protezione sociale: Receipti i requisiti del DM 24/7/2003.
- (6) Delibera 2504/2002: Approvazione della proposta di piano regionale dell'emergenza sanitaria.
- (7) DGR n. 734/2001: Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002.
- (8) DGR n. 4462 del 20/12/2001: Miglioramento della rete ospedaliera regionale.
- (9) DGR n. 1487/2000: Linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali.
- (10) Progetti esecutivi elaborati dalla Direzione centrale Sanità secondo le indicazioni del CCM.

3.5. Veneto

DGR n. 740/1999: Nuova proposta di revisione delle dotazioni ospedaliere del Veneto

Questa proposta di revisione della rete ospedaliera deriva da un approccio metodologico in parte innovativo, che determina una programmazione per indirizzi, seppure analiticamente definiti, che consente al Direttore generale - nell'ambito dell'autonomia organizzativa - di attivare aree omogenee e dipartimenti per introdurre una maggiore flessibilità, più adatta al rapido sviluppo della scienza medica.

Nel tenere conto di quanto previsto dall'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private, emanato dallo Stato con DPR 14 gennaio 1997 ai sensi dell'art. 8, comma 4, del Decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, la proposta di programmazione regionale fa riferimento, per la classificazione degli ospedali - in relazione alla destinazione funzionale dei medesimi - alle seguenti tipologie:

- ospedale per acuti
- ospedale a indirizzo medico-riabilitativo

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera, particolare importanza deve essere rivolta alla cura dei pazienti con incidenti cerebrovascolari acuti, anche con l'attivazione di nuove forme organizzative quali moduli mono o multidisciplinari per un'assistenza nella fase acuta, con dotazione di posti letto pari al massimo di 3/100.000 abitanti da localizzare in un'unica sede.

CHECK LIST VENETOANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

VENETO	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri) Coinvolgimento dei cittadini Fattori di rischio Fumo Obesità Diabete Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce Trasporto in ospedale del paziente Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus			
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso Indagini e consulenze mirate all'ictus Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie Localizzazione geografica area dedicata	X		(1)
Unicità area dedicata	X		(1)
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità			
Figure professionali (specificare)			
Presenza in carico riabilitativa precoce			
< 24 ore			
> 24 ore			

Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	
SITS-MOST	(2)
IST-3	(2)
Altri RCT in corso (specificare)	
Riabilitazione post-acuzie	
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	
Strumento valutazione formale	
Riabilitazione estensiva	
4. FASE POST-OSPEDALIERA	
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione	
Destinazione	
Domicilio	
Lungodegenza	
RSA o similari	
Continuità assistenziale	
Riabilitazione a domicilio	
Riabilitazione ambulatoriale	
ADI	

(1) DGR n. 740/1999: Nuova proposta di revisione delle dotazioni ospedaliere del Veneto.

(2) Centri SITS-MOST e/o Centri IST-3 (*Allegato 2*).

3.6. Liguria

DGR n. 7092/1988: Fondi di sviluppo 1986. "Programma per disabili ed anziani"

Indicazioni alle USL per l'attuazione all'interno dei reparti di neurologia, presso i posti letto esistenti, dei "poli di assistenza alle malattie cerebrovascolari acute" (ictus) collegati e coordinati sul piano scientifico dalla Clinica neurologica dell'Università di Genova.

CHECK LIST LIGURIA

ANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

LIGURIA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)			
Coinvolgimento dei cittadini			
Fattori di rischio			
Fumo			
Obesità			
Diabete			
Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce			
Trasporto in ospedale del paziente			
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus			
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus			
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie	X		(1)
Localizzazione geografica area dedicata			
Unicità area dedicata			

<p>Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità</p> <p>Figure professionali (specificare)</p> <p>Presa in carico riabilitativa precoce</p> <p>< 24 ore</p> <p>> 24 ore</p> <p>Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)</p> <p>SITS-MOST (2)</p> <p>IST-3</p> <p>Altri RCT in corso (specificare)</p> <p>Riabilitazione post-acuzie</p> <p>Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili</p> <p>Strumento valutazione formale</p> <p>Riabilitazione estensiva</p>
4. FASE POST-OSPEDALIERA
<p>Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione</p> <p>Destinazione</p> <p>Domicilio</p> <p>Lungodegenza</p> <p>RSA o similari</p> <p>Continuità assistenziale</p> <p>Riabilitazione a domicilio</p> <p>Riabilitazione ambulatoriale</p> <p>ADI</p>

(1) DGR 7092/1988: Fondi di sviluppo 1986. "Programma per disabili ed anziani" - Impegno della somma di Lire 4.100.000.000.

(2) Centri SITS-MOST e/o Centri IST-3 (*Allegato 2*).

3.7. Emilia-Romagna

DGR n. 1720 del 16/11//2007: Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma Stroke care

Con questa Delibera vengono presentate in modo sintetico le prove di efficacia a sostegno di un modello di *stroke care*, identificando alcuni elementi (assistenziali e organizzativi) necessari per implementarlo in un contesto locale, e lasciando poi alle singole realtà aziendali il compito di definire precisamente i modelli organizzativi più appropriati al proprio contesto. Le linee di indirizzo tracciano gli aspetti organizzativi salienti del percorso assistenziale integrato del paziente con ictus sia nella fase acuta che nella fase degli esiti, declinato nella fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera. In appendice alla deliberazione sono riportati specifici approfondimenti relativi alla epidemiologia dell'ictus; alle prove di efficacia relative alla *stroke care* e agli aspetti specifici di tale modello; ai trattamenti farmacologici in fase acuta; alle principali linee guida diagnostico-terapeutiche per la gestione del paziente con ictus; ai principali processi assistenziali e alla presa in carico in assistenza domiciliare integrata.

Gli aspetti organizzativi salienti del modello *stroke care* dell'Emilia-Romagna prevedono:

- per la fase pre-ospedaliera:
 - definizione dei protocolli di centralizzazione diretta e implementazione di scale validate per il riconoscimento precoce dei pazienti con ictus e il tempestivo trasferimento del paziente presso gli stabilimenti della rete *stroke care* con la gestione secondo protocolli definiti, in caso di paziente con *stroke* candidato alla trombolisi;
- per la fase ospedaliera:
 - definizione, per ogni stabilimento ospedaliero della rete *stroke care* provinciale, di un'area di degenza dedicata per la gestione della fase acuta del paziente con ictus, con posti letto dedicati e risorse adeguate di personale formato *ad hoc*;
 - definizione di un *team* aziendale multidisciplinare e multiprofessionale che si riunisca in modo periodico (almeno settimanalmente) per la discussione dei casi clinici;
 - garanzia sia della presa in carico riabilitativa entro 48 ore dall'ingresso in ospedale sia della continuità assistenziale attraverso l'elaborazione di piani di dimissione individuali da parte del *team* aziendale multidisciplinare, previa valutazione del fabbisogno assistenziale nella fase post-ospedaliera (a cura del *case manager* ospedaliero in stretta collaborazione con i *case manager* individuati dai servizi distrettuali).
- per la fase post-ospedaliera:
 - definizione di percorsi dedicati con il coinvolgimento dei servizi distrettuali e dei servizi sociali dei Comuni. In particolare vengono delineati i percorsi relativi a dimissione protetta e cure domiciliari; riabilitazione post-ospedaliera; residenzialità a lungo termine.

DGR n. 1051 del 24/7/2006: Linee di programmazione e obiettivi alle Aziende sanitarie per l'anno 2006 - Programma Stroke care - La gestione integrata del paziente con ictus

Con la presente Delibera - a seguito dell'invio alle Aziende sanitarie regionali del "Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus nella fase acuta. Richiesta dichiarazione di intenti in vista dell'applicazione dei contenuti del documento" - sono stati individuati gli obiettivi 2006 per le Direzioni aziendali:

- adozione del "Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus nella fase acuta e nella fase post-ospedaliera - Programma *Stroke care*";
- definizione di un gruppo di lavoro aziendale, attribuzione di obiettivi per le Direzioni dipartimentali e di Distretto;
- definizione della rete di emergenza-urgenza provinciale di riferimento per il paziente con ictus cerebrale; definizione dei protocolli di centralizzazione diretta e implementazione di scale validate per il riconoscimento precoce dei pazienti con ictus;
- definizione in ambito provinciale degli stabilimenti in possesso dei requisiti essenziali e di quelli in possesso dei requisiti addizionali. In particolare, per entrambe le tipologie di stabilimenti ospedalieri: definizione di un'area di degenza dedicata per la gestione della fase acuta del paziente con ictus, con posti letto dedicati e risorse adeguate di personale specificamente formato; definizione di un *team* aziendale multidisciplinare e multiprofessionale che si riunisca in modo periodico (almeno settimanalmente) per la discussione dei casi clinici; garanzia sia della presa in carico riabilitativa entro 48 ore dall'ingresso in ospedale sia della continuità assistenziale attraverso l'elaborazione di piani di dimissione individuali da parte del *team* aziendale multidisciplinare, previa valutazione del fabbisogno assistenziale nella fase post-ospedaliera (a cura del *case manager* ospedaliero in stretta collaborazione con i *case manager* individuati dai servizi distrettuali);
- definizione di percorsi dedicati nella fase post-ospedaliera (fase degli esiti) con il coinvolgimento dei servizi distrettuali e dei servizi sociali dei Comuni;
- implementazione del *set* di indicatori previsto dal documento di indirizzo per attivare *audit* aziendali e monitorare l'adesione alle indicazioni regionali.

Lettera della Direzione generale Sanità e politiche sociali (protocollo n. ASS/DIR/05/15009 del 12 aprile 2005) avente per oggetto: Trasmissione "Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus nella fase acuta. Richiesta dichiarazione di intenti in vista dell'applicazione dei contenuti del documento". Il documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente con ictus nella fase acuta, recepisce i contenuti del Documento della Conferenza Stato-Regioni del 3 febbraio 2005 concernente "Linee d'indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale" e declina il percorso assistenziale del paziente nella fase acuta. Attualmente il documento è stato completato anche per quanto riguarda l'assistenza nella fase post-acuta e rappresenta l'oggetto della deliberazione regionale n. 1720/2007.

Individuazione dei centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto

La Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna ha specificatamente autorizzato, sulla base della documentazione sanitaria attestante l'aderenza ai requisiti richiesti dall'Allegato 1 del DM 24 luglio 2003, 12 centri nel periodo 2004-2007. In particolare sono state autorizzate all'utilizzo del farmaco in oggetto 10 Unità operative di neurologia delle seguenti Aziende sanitarie:

- Azienda ospedaliera di Reggio Emilia (nota prot. n. 17421 del 5/5/2004)
- Clinica neurologica della Azienda ospedaliero-universitaria di Modena (nota prot. n. 37599 del 26/10/2004) poi trasferita presso il Nuovo ospedale Sant'Agostino Estense della Azienda USL di Modena (nota prot. n. 32036 del 2/10/2006)
- Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara (nota prot. n. 12538 del 24/3/2005)
- Azienda USL di Piacenza (nota prot. n. 26239 del 28/7/2006)
- Azienda USL di Ravenna (nota prot. n. 26239 del 28/7/2006)
- Azienda USL di Cesena (nota prot. n. 92598 del 2/4/2007)
- Azienda USL di Bologna (nota prot. n. 132918 del 17/5/2007)
- Azienda USL di Forlì (nota prot. n. 148655 del 4/6/2007)
- Azienda USL di Parma (nota prot. n. 191474 del 19/7/2007)
- Azienda USL di Modena - Ospedale di Carpi (nota prot. n. 251805 dell'8/10/2007)
- Azienda ospedaliero-universitaria di Parma (nota prot. n. 138307 del 4/6/2008)

Sono state inoltre autorizzate 2 Unità operative di medicina d'urgenza e Pronto soccorso:

- Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna (nota prot. n. 129810 del 15/5/2007)
- Azienda USL di Rimini (nota prot. n. 191452 del 19/7/2007);

DGR n. 2068/2004: Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni

Le indicazioni specifiche riportate in tale delibera riguardano l'organizzazione e la qualificazione degli interventi territoriali sanitari e socio-assistenziali a favore di persone in situazione di disabilità gravissime (gravissime cerebrolesioni acquisite; gravissime mielolesioni; gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata, ad esempio sclerosi laterale amiotrofica, corea, ecc.), con particolare riferimento ai bisogni delle persone con disabilità acquisite in età adulta e con gravissimi problemi di non autosufficienza nella fase di lungo assistenza. Per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone in situazione di *handicap* gravissimo occorre adeguare la rete dei servizi socio-sanitari e lo standard di offerta, in particolare dei servizi di assistenza al domicilio e residenziali. Considerando tuttavia l'attuale articolazione della rete dei servizi socio-sanitari, nonché la necessità di promuovere un modello integrato e di favorire la permanenza della persona nel proprio normale contesto di vita, l'obiettivo prioritario da perseguire consiste nello sviluppo, qualificazione e specializzazione della rete socio-sanitaria esistente.

DGR n. 1349/2003: Piano sanitario regionale 1999-2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza-urgenza sanitaria territoriale e Centrali operative 118 secondo il modello hub & spoke

Con tale delibera vengono approvate le linee guida per l'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria territoriale e Centrali operative 118 secondo il modello *hub & spoke*, in attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001;

Il gruppo di lavoro, formalizzato con atto del Direttore generale Sanità e politiche sociali n. 6185 del 22 giugno 2001, è stato istituito con il compito di definire: modello organizzativo; livelli prestazionali, di funzionalità e sicurezza; sistema delle relazioni interne ed esterne con particolare riferimento alle attività di coordinamento e di governo clinico-organizzativo; dotazioni standard di risorse umane e tecnologiche, nell'ambito dei principi e delle indicazioni contenuti nel Piano sanitario regionale, per garantire la piena rispondenza alle caratteristiche generali del Sistema sanitario regionale e al modello organizzativo *hub & spoke* cui il sistema di emergenza territoriale deve fare riferimento.

DGR n. 1267/2002: Piano sanitario regionale 1999-2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub & spoke

La DGR n. 1267/2002, in attuazione del PSR 1999-2001, ha approvato le linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello *hub & spoke*: si citano in questo contesto quelle di interesse specifico per l'assistenza al paziente con ictus, e cioè le neuroscienze e la riabilitazione.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 identifica una serie di interventi che riguardano in più aspetti l'assistenza alle patologie neurologiche. Tra gli obiettivi principali ci sono la riduzione della mortalità, il miglioramento della qualità della vita del paziente e la previsione di un piano di adeguamento della sanità italiana agli standard europei. L'organizzazione dell'assistenza neurologica in Emilia-Romagna prevede l'articolazione secondo il modello *hub & spoke* per le malattie rare o per le patologie a bassa prevalenza, mentre è prevista una organizzazione secondo i criteri dell'autosufficienza provinciale per le malattie neurologiche ad elevata prevalenza.

In tema di riabilitazione il PSN chiede di garantire l'integrazione in un adeguato percorso di prevenzione-cura-riabilitazione, assicurando sia l'efficacia delle prestazioni rese che la corretta articolazione della loro intensità secondo la natura dei bisogni.

L'organizzazione dell'assistenza riabilitativa in Emilia-Romagna prevede l'articolazione in tre diversi livelli in relazione alla complessità e intensità definite dal progetto riabilitativo individuale:

- attività di riabilitazione estensiva o di I livello, caratterizzata da interventi di moderato ma protratto impegno terapeutico a fronte di un maggiore intervento assistenziale, quali quelle dirette alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati, quelle dirette a soggetti con disabilità a lento recupero e/o che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive. Gli interventi di riabilitazione estensiva sono rivolti anche al trattamento di disabilità motorie transitorie e/o minimali che richiedono un semplice

e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso le prestazioni previste dal DM 22/7/1996 Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe, e successive modificazioni e integrazioni. Questo livello di assistenza non fa riferimento al modello *hub & spoke*, ma rientra nelle attività sanitarie erogate a livello distrettuale o nell'ambito dell'autosufficienza aziendale; l'assistenza viene tuttavia erogata secondo linee guida unificate, definite a livello regionale e coerenti con l'insieme delle attività *hub & spoke*; qualora necessario viene utilizzata la competenza dei professionisti attivi all'interno del sistema *hub & spoke*;

- attività di riabilitazione intensiva di II livello, di tipo *spoke*, dirette al recupero di disabilità importanti e modificabili, che richiedono un elevato impegno terapeutico distribuito nell'arco dell'intera giornata e riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica da parte di personale tecnico sanitario della riabilitazione per almeno cinque giorni alla settimana, con un trattamento individuale di almeno due ore giornaliere adeguatamente distribuite nell'arco della giornata;
- attività di riabilitazione intensiva di III livello, o di alta specialità, o di tipo *hub*, che richiedono, oltre all'impegno terapeutico proprio del II livello, particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale adeguatamente e/o specificatamente formato, nonché attività connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di un'adeguata esperienza, l'utilizzo di attrezzature particolarmente complesse o di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

Nella stessa deliberazione vengono definiti in ambito regionale i posti letto di riabilitazione per i diversi livelli di attività riabilitativa:

- posti letto di riabilitazione estensiva o di I livello: indicativamente 0,13 posti letto per mille abitanti, da ricomprendere nello 0,7-1 posti letto per mille abitanti destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (codice 60) di cui alla Delibera di Giunta n. 1455/1997;
- posti letto di riabilitazione intensiva di II livello (codice 56): indicativamente 0,10 posti letto per mille abitanti, da ricomprendere nel numero dei 4 posti letto per mille abitanti per acuti individuati dalla Delibera di Giunta n. 1455/1997.
- posti letto di alta specialità:
 - Unità spinale unipolare (codice 28), 20 posti letto
 - Unità gravi cerebrolesioni (codice 75), 25 posti letto
 - Unità per le gravi disabilità in età evolutiva, 10 posti letto

DGR n. 124/1999: Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari

In merito all'attuazione di provvedimenti regionali relativi all'assistenza a domicilio di alcune tipologie di pazienti tra cui quelli con patologie cerebrovascolari, la presente deliberazione si pone come obiettivo la riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari attraverso l'integrazione di competenze professionali diverse, al fine di realizzare progetti unitari volti a soddisfare i bisogni di salute di tutti i soggetti di qualsiasi età che

necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare. Il superamento delle diverse modalità di assistenza presenti sul territorio viene realizzato con un modello unico di assistenza domiciliare integrata, basato su livelli di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

CHECK LIST EMILIA-ROMAGNAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

EMILIA-ROMAGNA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)	X		(1)
Coinvolgimento dei cittadini			
Fattori di rischio	X		(1)
Fumo	X		(1)
Obesità	X		(1)
Diabete	X		(1)
Ipertensione	X		(1)
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce	X		(1)
Trasporto in ospedale del paziente	X		(1)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(1)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso	X		(1)
Indagini e consulenze mirate all'ictus	X		(1)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie	X		(1)
Localizzazione geografica area dedicata	X		(1)
Unicità area dedicata			
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X		(1)
Figure professionali (specificare)			medici, infermieri, fisioterapisti, OTA, OSS

Presa in carico riabilitativa precoce		
< 24 ore		
> 24 ore	<48 ore	<48 ore (1)
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	X	(4)
SITS-MOST	X	(4)
IST-3		(4)
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X	(1) (7)
Strumento valutazione formale	X	(1) (7)
Riabilitazione estensiva		
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione	X	(1) (7)
Destinazione		
Domicilio	X	(1)
Lungodegenza	X	(1)
RSA o similari	X	(1)
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio	X	(1) (8)
Riabilitazione ambulatoriale	X	(1) (7)
ADI	X	(1) (8)

- (1) DGR n. 1720 del 16/11/2007: Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma *Stroke care*.
- (2) DGR n. 1051/2006: Linee di programmazione e obiettivi alle Aziende sanitarie per l'anno 2006 - Programma *Stroke care* - La gestione integrata del paziente con ictus.
- (3) Lettera della Direzione generale Sanità e politiche sociali (protocollo n. ASS/DIR/05/15009 del 12/4/2005).
- (4) Individuazione dei centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto.
- (5) DGR n. 2068/2004: Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni.
- (6) DGR n. 1349/2003: Piano sanitario regionale 1999-2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza urgenza sanitaria territoriale e Centrali operative 118 secondo il modello *hub & spoke*.
- (7) DGR n. 1267/2002: Piano sanitario regionale 1999-2001 - Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello *hub & spoke*.
- (8) DGR n. 124/1999: Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari.

3.8. Toscana

Piano sanitario regionale 2002-2004

La programmazione regionale deve tendere ad aumentare la qualità, l'efficacia, l'efficienza del sistema anche ai fini della valorizzazione delle strutture e della soddisfazione degli operatori e degli utenti. A livello degli ospedali, la definizione dei percorsi contribuirà a dettagliare appropriatamente l'impiego delle diverse modalità organizzative per le singole patologie in rapporto al *casemix* di gravità e la variabile complessità assistenziale nelle varie fasi evolutive all'interno di ciascuna di esse. Si dovrà tenere conto di linee guida ormai largamente accreditate, che indicano per la fase acuta di alcune patologie neurologiche (come l'ictus cerebrale) una maggiore efficacia di modelli organizzativi dedicati con attività assistenziale di tipo semi-intensivo, per la fase subacuta e cronica, il migliore ricorso a strutture a tipo *day hospital* o ambulatoriali.

La Giunta regionale adotta apposita azione programmata per l'organizzazione di una rete di strutture preposte alla terapia delle malattie cerebrovascolari, attraverso la realizzazione di unità di trattamento *ad hoc*, integrate e coordinate nell'ambito del sistema emergenza-urgenza, sulla base dei seguenti indirizzi:

- organizzazione di percorsi assistenziali per pazienti con ictus cerebrale acuto, con articolazioni differenziate in relazione alla gravità dell'evento e al livello di residui invalidanti;
- rete di servizi ospedalieri integrata nel sistema regionale di emergenza-urgenza;
- unità di trattamento ospedaliero nella fase acuta così articolate, ad esempio:
 - trattamento sub-intensivo di tipo neurologico in struttura dedicata - *stroke unit* - con moduli variabili da 4 a 16 posti letto assistiti da *team* multidisciplinare di infermieri, tecnici della riabilitazione, medici competenti prevalentemente dedicati alle malattie cerebrovascolari;
 - negli ospedali privi di un'area dedicata all'ictus, viene costituito un *team* itinerante, composto da un medico e da personale infermieristico esperto, rintracciabile 24 ore su 24 telefonicamente.

Piano sanitario regionale 2005-2007

Si confermano le azioni programmate previste nel precedente Piano sanitario relative alle patologie neurologiche. Un'attenzione particolare dovrà essere rivolta alla prevenzione e cura dell'ictus, anche attraverso azioni che favoriscano la realizzazione nella rete ospedaliera di Area vasta di percorsi assistenziali che garantiscano un trattamento appropriato nella fase acuta e post-acuta. In questo contesto è necessario diffondere le attività formative rivolte al personale di primo soccorso tese allo sviluppo di competenze nell'individuazione tempestiva della patologia.

Consiglio sanitario regionale: Diagnosi e cura dell'ictus. Linea guida

Si tratta di linee guida elaborate da un *team* di esperti nel campo delle malattie cerebrovascolari sulla base delle più recenti evidenze cliniche riportate nella letteratura scientifica. Scopo del documento è accompagnare i professionisti nel loro autonomo percorso di responsabilizzazione sul miglioramento continuo della qualità dei servizi e sulla salvaguardia di elevati standard di assistenza, e rispondere alle esigenze di appropriatezza delle decisioni cliniche.

CHECK LIST TOSCANAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

TOSCANA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)	X		O e T (1) (2)
Coinvolgimento dei cittadini	X		(1) (2)
Fattori di rischio	X		(1) (2)
Fumo			
Obesità			
Diabete			
Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce			
Trasporto in ospedale del paziente			
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(1)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus			
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie			
Localizzazione geografica area dedicata			
Unicità area dedicata	X		(1)
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X		(1)
Figure professionali (specificare)			medici, infermieri, tecnici riabilit.
Presa in carico riabilitativa precoce	X		(1)
< 24 ore			
> 24 ore			

Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	X	(3)
SITS-MOST		(3)
IST-3		
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili		
Strumento valutazione formale		
Riabilitazione estensiva		
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		
Destinazione		
Domicilio		
Lungodegenza		
RSA o similari		
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio		
Riabilitazione ambulatoriale		
ADI		

- (1) PSR 2005-2007.
- (2) PSR 2002-2004.
- (3) DGR n. 62/2004: Individuazione centri autorizzati per il trattamento dell'ictus ischemico con Actilyse.
- (4) Consiglio sanitario regionale: Diagnosi e cura dell'ictus. Linea guida.

3.9. Lazio

Determina del DS n. D503/2005 e n. D1969/2006

Autorizzazione dei centri abilitati all'utilizzo del farmaco Actilyse nell'ambito del protocollo di monitoraggio SITS-MOST, di cui alla DGR del 27/2/2004 n.144. Secondo tali determinazioni sono state abilitate le seguenti strutture:

- Unità di trattamento neurovascolare (UTN) dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma;
- Policlinico S. Andrea
- Ospedale Santo Spirito;
- Ospedale S. Giovanni Calibita del Fatebenefratelli;
- *Stroke unit* - DEA dell'Azienda ospedaliera S. Camillo Forlanini,
- *Stroke unit* dell'Azienda ospedaliera S. Filippo Neri;
- *Stroke Unit* del Policlinico Gemelli.

Delibera regionale dei piani di prevenzione attiva recidive cerebro e cardiovascolare (Integrazioni alla DGR n. 729 del 4/8/2005) in cui sono previsti i seguenti obiettivi:

- potenziamento del registro di Pronto soccorso degli ictus acuti;
- implementazione di un modello assistenziale che preveda la presa in carico dei pazienti con ictus dimessi da reparto sia dalla rete ospedaliera che territoriale al fine di ridurre la recidiva di un nuovo evento di ictus.

Piano sanitario regionale 2002-2004 (DGR n. 144/2002)

Il Piano sanitario regionale è stato il primo riferimento normativo per la pianificazione di interventi atti al controllo delle patologie cerebrovascolari nella regione. Tali interventi riguardano la prevenzione primaria e secondaria, l'organizzazione di una rete di servizi dedicati alla cura dell'ictus dalla fase acuta alla fase post-acuta, la formazione degli operatori sanitari e l'informazione dei cittadini, pazienti e *caregiver*.

DGR n. 424/2004

Oggetto: Schema di deliberazione concernente: Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e sociosanitarie. Il documento riporta i requisiti minimi delle UTN.

DGR n. 553/1999

Ha previsto nell'organizzazione del sistema emergenza la presenza di strutture dedicate al trattamento dei pazienti con ictus cerebrale in fase acuta, definendole Unità di trattamento neurovascolare (UTN) e con il PSR 2002-2004 (DGR n. 114/2002)

ha individuato una serie di interventi atti al miglioramento della gestione del paziente con patologia cerebrovascolare. Sul piano delle aree intensive e sub-intensive, la DGR n. 553 individua all'interno delle aree ospedaliere di terapia intensiva:

- le UTN per le attività di I livello in strutture dotate di DEA di I livello;
- le UTN di II livello in strutture dotate di DEA di II livello.

In Lazio ad oggi la disponibilità di risorse strutturali e organizzative idonee al moderno trattamento del paziente con ictus acuto è rappresentata da un'unica UTN di II livello presente presso il DEA del Policlinico Umberto I Università La Sapienza di Roma. Si ritiene pertanto necessario attivare altre UTN e nuovi *team* neuro vascolari (TNV). Per quanto riguarda i TNV, se ne prevede l'attivazione in strutture ospedaliere con Pronto soccorso, almeno 1 per ogni ASL. Per tutte le strutture da includere nella rete sono stati definiti i posti letto necessari allo svolgimento delle attività: 6 posti letto per UTN di I livello e 12 posti letto per le UTN di II livello.

Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai fini del conseguimento degli obiettivi previsti dal Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio

Nel documento, in corso di deliberazione regionale, è presente un capitolo dal titolo "Progetto di organizzazione di una rete di strutture dedicate alla diagnosi e al trattamento dell'ictus cerebrale acuto nella Regione Lazio".

Per rispondere al bisogno di assistenza al paziente con ictus cerebrale acuto è necessario prevedere l'istituzione di strutture ospedaliere dedicate alla gestione di questi pazienti con diversi livelli di cura. Tali strutture devono essere organizzate in una rete funzionale, quindi devono integrarsi tra loro, con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza. È opportuno realizzare un progetto regionale. L'Agenzia di sanità pubblica avrà in particolare il compito di coordinare e gestire le attività per la pianificazione e la realizzazione della rete delle strutture dedicate alla cura dell'ictus in Lazio. Nel documento è definito il fabbisogno di strutture sul territorio in termini di posto letto e distribuzione geografica. Il progetto è parte integrante di un documento più ampio sulla riorganizzazione della rete ospedaliera in fase di realizzazione.

Progetto IMPLICA

Studio randomizzato controllato a grappolo per la sperimentazione di un percorso clinico assistenziale per l'ictus nell'emergenza (PCAE). Obiettivo dello studio è verificare l'efficacia del PCAE a livello territoriale e ospedaliero relativamente all'appropriatezza diagnostica ed efficacia organizzativa anche in termini di miglioramento della *performance* dei singoli operatori, in attuazione di quanto previsto dal PSR 2002-2004. Il numero di protocollo è *International Standard Randomized Controlled Trial Number* ISRCTN41456865.

CHECK LIST LAZIOANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

LAZIO	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)	X (T,O)		(5) (7)
Coinvolgimento dei cittadini	X		(5) (7)
Fattori di rischio	X		(5) (7)
Fumo			
Obesità			
Diabete			
Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce		X	(4) (5)
Trasporto in ospedale del paziente		X	(4) (5) (6)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(2)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus	X		(5)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie	X		(5) (1)
Localizzazione geografica area dedicata	X		(2)
Unicità area dedicata	X		(1) (2)
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X		(1) (2)
Figure professionali (specificare)			medici, fisioterapisti, infern. esperti
Presa in carico riabilitativa precoce	X		(2)
< 24 ore	X		
> 24 ore			

Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)		
SITS-MOST	X	(3)
IST-3		
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X	(2) (5)
Strumento valutazione formale	X	(2) (5)
Riabilitazione estensiva	X	(2) (5)
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		
Destinazione	X	(2)
Domicilio		
Lungodegenza		
RSA o similari		
Continuità assistenziale	X	(2)
Riabilitazione a domicilio		
Riabilitazione ambulatoriale		
ADI		

- (1) DGR n. 424/2006: Oggetto: Schema di deliberazione concernente: Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e sociosanitarie.
- (2) Documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai fini del conseguimento degli obiettivi previsti dal Patto di risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio.
- (3) Determina DS n. D503/2005 e n. D1969/2006: Autorizzazione dei centri abilitati all'utilizzo del farmaco Actilyse nell'ambito del protocollo di monitoraggio SITS-MOST, di cui alla DGR del 27/2/2004 n. 144.
- (4) Progetto IMPLICA: Studio randomizzato controllato a grappolo per la sperimentazione di un percorso clinico assistenziale per l'ictus nell'emergenza (Decisione ASP n. 124/2004 e International Standard Randomized Controlled Trial Number ISRCTN41456865).
- (5) DGR n. 144/2002: Piano sanitario regionale - triennio 2002-2004.
- (6) Protocollo sul trasferimento interospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso (DGR N.1729/02).
- (7) DGR dei piani di prevenzione attiva recidive cerebro e cardiovascolare (Integrazioni alla DGR n. 729 del 4/8/2005).

3.10. Umbria

PSR 2003-2005: 8.2.5. Lotta alle cardio e cerebrovasculopatie

Sono da condividersi le garanzie per il paziente con ictus, riassunte nello schema seguente:

- ricovero più precoce possibile (entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi) in una struttura ospedaliera dedicata (*Stroke unit*), o, in mancanza di posti letto, in area di degenza medica che utilizzi gli stessi criteri diagnostico-terapeutici e assistenziali, con il supporto del personale della *Stroke unit*;
- inizio precoce del trattamento riabilitativo (entro le prime 24 ore dal ricovero);
- assistenza da parte di personale sanitario dedicato, motivato e preparato in modo pressoché esclusivo alla gestione del paziente con ictus cerebrale;
- approccio interdisciplinare coordinato dal neurologo o dal medico esperto in cerebrovasculopatie;
- assicurazione di una continuità terapeutica, che coinvolga tutte le fasi di malattia, dalla prevenzione primaria, alla fase di ricovero e a quella di *follow up*, da realizzarsi in un percorso integrato che coinvolga i centri di riabilitazione collocati sul territorio e i medici di medicina generale.

Occorre in sostanza modellare un nuovo tipo di assistenza all'ictus, che non rappresenta soltanto un elementare diritto del cittadino malato, ma anche un sistema di contenimento della spesa sanitaria impropria e di aumento del rapporto costo/beneficio delle prestazioni, quando basate su solide evidenze: riduzione della mortalità, della istituzionalizzazione e della disabilità residua. Tali parametri andranno ovviamente monitorati periodicamente per verificare l'efficacia pratica.

DGR n. 3/2003: Linee d'indirizzo regionali sui percorsi di ausili e protesi

Con riferimento al DM n. 332/1999 recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN, si sottolinea l'importanza di delineare dei percorsi prescrittivi omogenei fra le diverse Aziende sanitarie locali umbre per rendere più efficace e semplice l'accesso dell'utente alla prestazione protesica e per promuovere una cultura dell'ausilio che sia sinonimo di strumento riabilitativo finalizzato al raggiungimento della massima autonomia possibile e al miglioramento della qualità della vita. L'organizzazione di centri e di ausili tecnologici a valenza aziendale o regionale è un passo decisivo per migliorare e qualificare le risposte sanitarie e sociali ai bisogni e alle problematiche delle persone con disabilità.

USL 2 Azienda sanitaria locale dell'Umbria: Linea guida diagnostico-terapeutica "La riabilitazione della persona con ictus cerebrale" - ottobre 2003

La decisione di sviluppare linee guida specifiche per questa Azienda è nata dalla valutazione dei limiti presenti nelle linee guida pre-esistenti (italiane e straniere) che non sono immediatamente applicabili al contesto locale dove la realtà riabilitativa è caratterizzata da una rete di servizi territoriali ben consolidata e un centro di riabilitazione intensiva. La necessità di sviluppare linee guida locali per la riabilitazione dell'ictus è nata però anche dall'esigenza di strutturare la rete dei servizi per il trattamento dell'ictus secondo criteri basati sulle prove di efficacia. Lo scopo è di assistere medici, operatori degli ospedali e dei servizi territoriali nella gestione del paziente con ictus dal momento dell'evento sino al ritorno della migliore qualità di vita possibile, delineando il percorso più idoneo alle sue caratteristiche sia come persona malata sia come individuo attraverso:

- prevenzione e gestione delle complicanze correlate all'ictus;
- organizzazione in maniera multidisciplinare dell'intervento, ponendo il paziente al centro del proprio lavoro;
- individuazione di appropriate strategie riabilitative per coloro che presentano una disabilità residua dopo l'ictus;
- definizione di un progetto riabilitativo che preveda il coordinamento e l'integrazione delle diverse figure professionali che prendono in carico il paziente nelle varie fasi temporali del programma di riabilitazione.

USL 2 Azienda sanitaria locale dell'Umbria: Linea guida diagnostico-terapeutica "Ictus cerebrale". Prima revisione - anno 2003

La linea guida sulla diagnosi e il trattamento dell'ictus cerebrale ha l'obiettivo di orientare il comportamento dei professionisti dell'Azienda verso percorsi diagnostico-terapeutici appropriati, con l'obiettivo di promuovere la medicina basata sull'evidenza. Questa linea guida si inserisce a pieno titolo nel complesso e molto attuale processo conosciuto come governo clinico, con il quale si perseguono tutti gli aspetti multidimensionali della qualità con particolare riferimento all'appropriatezza delle procedure cliniche basate sulle prove di efficacia ed evidenza scientifica nell'ottica più generale del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e dello stato di salute della popolazione. Come nel caso della prima edizione, la linea guida deriva da un'analisi attenta delle linee guida italiane SPREAD (*stroke prevention and educational awareness diffusion*), la cui revisione è stata effettuata nel 2003, ma anche da altri documenti reperibili nella letteratura indicizzata su Medline.

DGR n. 1147/2004: Linee d'indirizzo per la riabilitazione estensiva

Gli ospedali di territorio rappresentano nelle strategie delle ASL sedi elettive di svolgimento delle funzioni riabilitative. Tra di essi e gli ospedali dell'emergenza è da prevedere una stretta integrazione con i poli di riabilitazione territoriale che possono intervenire per fornire l'intervento riabilitativo fin dalla fase acuta.

Progetto regionale: Informatizzazione e codifica delle prestazioni di assistenza riabilitativa adulto-geriatrica

L'archiviazione in un *database* permette una ricerca delle informazioni mirata secondo criteri variabili di aggregazione ragionata dei dati che possono rispondere a varie finalità, da quella statistico-burocratica di quantificazione del lavoro svolto a quelle più stimolanti di studio della casistica ai fini di mantenere un'attitudine critica e di ricerca. Consente di verificare la tipologia dell'utenza in tempi veloci e permette di valutare:

- tipo di offerta riabilitativa;
- orientamento della domanda basato su criteri di evidenza;
- efficacia dell'intervento riabilitativo;
- ottimizzazione delle risorse disponibili;
- appropriatezza del percorso assistenziale;
- sostenibilità della domanda da parte dei servizi in rapporto a criteri di priorità.

Permette inoltre di effettuare un'analisi critica dell'organizzazione al fine di riprogrammare le attività in relazione ad eventuali settori di intervento scoperti o mal funzionanti, o di potenziarle laddove le modalità di intervento si siano dimostrate efficaci. Con la presente proposta, il gruppo di lavoro regionale della riabilitazione intende dotarsi di uno strumento che permetta di:

- uniformare le procedure di rilevazione delle prestazioni;
- fornire un flusso di dati aggregabili e confrontabili;
- monitorare l'attività svolta all'interno dei vari servizi;
- rilevare le tipologie di disabilità e l'impiego delle risorse;
- creare un registro delle attività riabilitative.

CHECK LIST UMBRIAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

UMBRIA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri) Coinvolgimento dei cittadini Fattori di rischio Fumo Obesità Diabete Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce Trasporto in ospedale del paziente Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(1)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso Indagini e consulenze mirate all'ictus Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie Localizzazione geografica area dedicata Unicità area dedicata Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità Figure professionali (specificare)	X		(1) <i>Team della riabilitazione</i> medici, terapisti riabil., infermieri

Presa in carico riabilitativa precoce		
< 24 ore	X	(1)
> 24 ore		
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)		
SITS-MOST		(7)
IST-3		(7)
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	X	(2)
Strumento valutazione formale		
Riabilitazione estensiva	X	(2)
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		
Destinazione		
Domicilio	X	(2)
Lungodegenza		
RSA o similari	X	(2)
Continuità assistenziale	X	(2)
Riabilitazione a domicilio	X	(2)
Riabilitazione ambulatoriale	X	(2)
ADI	X	(6)

(1) Piano sanitario regionale 2003-2005.

(2) DGR n. 1147/2004: Linee d'indirizzo per la riabilitazione estensiva.

(3) DGR n. 333/2003: Linee d'indirizzo regionali sui percorsi prescrittivi di ausili e protesi.

(4) Progetto regionale: Informatizzazione e codifica delle prestazioni di assistenza riabilitativa adulto-geriatrica.

(5) USL2 ASL Umbria: Linea guida diagnostico-terapeutica: La riabilitazione della persone con ictus cerebrale: prove di efficacia e percorsi.

(6) USL2 ASL Umbria: Linea guida diagnostico-terapeutica: Ictus cerebrale (prima revisione, anno 2003).

(7) Centri SITS-MOST e/o Centri IST-3 (*Allegato 2*).

3.11. Marche

Decreto del dirigente del Servizio di assistenza ospedaliera n. 80/2005

Individua l'Unità operativa di neurologia - Servizio *Stroke unit* presso la Zona territoriale n. 12 di San Benedetto del Tronto quale centro autorizzato al trattamento dell'ictus ischemico acuto con la specialità medicinale Actilyse.

Decreto del dirigente del Servizio di assistenza ospedaliera n. 2/2005

Individuazione dei centri in possesso dei requisiti previsti dal Decreto 24 luglio 2003 al fine di ottenere l'autorizzazione all'impiego del medicinale Actilyse.

- Clinica neurologica dell'Università Politecnica delle Marche presso l'Azienda ospedaliera Ospedali riuniti di Ancona;
- Unità operativa di neurologia - Servizio *Stroke unit* presso la Zona territoriale n. 5, Jesi;
- Unità operativa di neurologia presso l'Ospedale INRCA di Ancona

PSR 2003-2006: Una alleanza per la salute

Nel documento è previsto un impegno della Regione a

promuovere entro il 2004 la messa a regime dei profili assistenziali per patologie/condizioni rilevanti (IMA, protesi d'anca, ictus, percorso nascita, nefropatie croniche, gravi insufficienze respiratorie), mediante la condivisione e l'adozione degli stessi su tutto il territorio regionale.

Il PSR 2003-2006 prevede inoltre lo sviluppo della rete ospedaliera come sistema integrato attraverso

il cosiddetto modello hub & spoke (mozzo e raggi), che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento e più sedi periferiche per lo svolgimento di attività della stessa disciplina o della stessa area dipartimentale che in base alla loro complessità vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di équipe integrate e chiari percorsi assistenziali. È questo il modello delle reti cliniche che va sviluppato in tutti i settori a partire da quelli di alta complessità (emergenza, oncematologia, patologia cardiovascolare, patologia neurovascolare, ecc.). È importante che le reti vengano sviluppate in ciascun settore con il coinvolgimento di tutte le discipline interessate.

CHECK LIST MARCHEANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

MARCHE	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri) Coinvolgimento dei cittadini Fattori di rischio Fumo Obesità Diabete Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce Trasporto in ospedale del paziente Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(2)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso Indagini e consulenze mirate all'ictus Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie Localizzazione geografica area dedicata Unicità area dedicata Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità Figure professionali (specificare) Presenza in carico riabilitativa precoce < 24 ore > 24 ore			

Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	X	(1)
SITS-MOST	X	(1)
IST-3		
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili		
Strumento valutazione formale		
Riabilitazione estensiva		
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		
Destinazione		
Domicilio		
Lungodegenza		
RSA o similari		
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio		
Riabilitazione ambulatoriale		
ADI		

(1) Decreti dirigente Servizio di assistenza ospedaliera n. 2/2005 e n. 80/2005: DM 24/3/2003 - Modificazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale Actilyse - Individuazione centri autorizzati per il trattamento dell'ictus ischemico nello studio SITS-MOST.

(2) PSR 2003-2006.

3.12. Abruzzo

Nota dell'Assessore alla sanità n. 431/2006 ai Direttori generali ASL Regione Abruzzo

In merito al Progetto di un percorso diagnostico-assistenziale e di una rete regionale per il trattamento del paziente con ictus elaborato dalla Commissione tecnica, si chiede ai Direttori generali delle ASL di valutare per quanto di competenza la fattibilità del progetto stesso. Il progetto in questione prevede la sua realizzazione attraverso 3 fasi principali: progettazione; attuazione; verifica e valutazione.

- La prima fase è relativa alla individuazione dei criteri per identificare e localizzare le UTN sul territorio regionale, i Presidi ospedalieri dove istituirle, e i modelli organizzativi per l'assistenza dedicata all'ictus. Considerata la realtà sanitaria abruzzese, si ritiene che le UTN di I livello con tipologia di tipo comprensivo rappresentino la soluzione più adatta anche a garanzia della continuità e integrazione assistenziale.

Attualmente in tutta la regione è operativa una sola UTN con 4 posti letto annessa alla Clinica neurologica dell'Università dell'Aquila (Ospedale S. Salvatore).

- La seconda fase è dedicata sostanzialmente alla individuazione dei locali, delle attrezzature necessarie, del personale compresa la sua formazione specifica e continua, in particolare il personale medico e infermieristico della UTN, il radiologo, il fisioterapista, il logopedista.

Sono inoltre previste riunioni con il personale del 118 e campagne d'informazione ed educazione per la prevenzione primaria dell'ictus.

- La terza fase del progetto consiste nella verifica periodica da parte della Commissione dello stato di attuazione del progetto obiettivo.

Deliberazione del Direttore generale - Azienda USL Lanciano N. 308/2006

Delibera di attivazione presso il Presidio ospedaliero di Lanciano di una *stroke unit* semi-intensiva dedicata alla cura dei pazienti colpiti da ictus e organizzata in senso multidisciplinare con medici, infermieri e fisioterapisti esperti, da ubicarsi presso l'Unità operativa di neurologia. La delibera dispone inoltre che l'organizzazione e l'attività della *stroke unit* venga disciplinata dalle linee guida operative allegate alla delibera stessa.

Nota del Direttore generale ASL Teramo all'Assessore regionale alla sanità - Allegato: Studio di fattibilità per Unità di terapia neurovascolare - 2006

Oggetto: Progetto di un percorso diagnostico-assistenziale e di una rete regionale per il trattamento del paziente con ictus. Si conferma la piena disponibilità dell'Azienda a partecipare al progetto regionale. In allegato lo studio di fattibilità elaborato dal Direttore della UO di neurologia.

DGR n. 1535/2006. Oggetto: Progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge n. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: Centri di eccellenza - Determinazioni

La Commissione tecnico-scientifica con funzione di programmazione organizzativa nell'ambito degli interventi concernenti l'ictus, istituita presso la Direzione Sanità della Regione Abruzzo (DG9/14 del 13/10/2005) ha stimato in Euro 20.000,00 per posto letto all'anno per tre anni il finanziamento a carico della Regione per l'attivazione delle UTN in 5 presidi ospedalieri (totale Euro 640.000,00).

Sono stati identificati i seguenti 5 presidi dove si ritiene che sussistano le condizioni per attivare in tempi brevi ulteriori Unità di terapia neurovascolare attraverso la trasformazione di posti letto di degenza ordinari in posti letto di assistenza sub-intensiva dedicata (complessivamente 32 posti letto):

- ASL di Chieti, PO SS. Annunziata, Chieti: 6 posti letto
- ASL di Lanciano-Vasto, PO Renzetti, Lanciano: 6 posti letto
- ASL di L'Aquila, PO San Salvatore, L'Aquila: 6 posti letto
- ASL di Pescara, PO S. Spirito, Pescara: 8 posti letto
- ASL di Teramo, PO Mazzini, Teramo: 6 posti letto

Determinazione n. 64/2006. Oggetto: Progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge n. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: Centri di eccellenza - Impegno, liquidazione e pagamento

Risposte a Nota 431/2006 dei Direttori generali (ASL Chieti, AUSL L'Aquila, AUSL Pescara, ASL Teramo): Dichiarazione d'intenti aziendale relativa all'attivazione dell'Unità di trattamento neurovascolare e adesione alla rete regionale per il trattamento del paziente con ictus

In riferimento al documento "Progetto di un percorso diagnostico-assistenziale e di una rete regionale per il trattamento del paziente con ictus", le Direzioni aziendali delle ASL/AUSL di L'Aquila, Pescara, Chieti e Teramo hanno provveduto a inserire il trattamento multidisciplinare integrato delle malattie cerebrovascolari tra gli obiettivi strategici dell'Azienda. Si intende attivare l'Unità di trattamento neurovascolare e aderire alla rete regionale per il trattamento dell'ictus.

Determinazione della Direzione generale Sanità n. 14/2005: Costituzione Commissione tecnico-scientifica

La determina istituisce la Commissione tecnico-scientifica regionale con funzioni di programmazione organizzativa nell'ambito degli interventi concernenti l'ictus, e con funzioni di supporto al gruppo di lavoro *Stroke unit* e gravi traumi cranico-encefalici del Ministero della salute.

Determinazione della Direzione generale Sanità n. 96/2003: Autorizzazione centro per l'utilizzo della specialità medicinale Actilyse

Autorizzazione della Clinica neurologica universitaria della AUSL di L'Aquila all'utilizzo della specialità medicinale Actilyse a base di alteplase per il trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto, secondo il protocollo SIST-MOST di cui al DM 24 luglio 2003.

CHECK LIST ABRUZZOANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

ABRUZZO	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)	X		(1) (6) T e O
Coinvolgimento dei cittadini	X		(1)
Fattori di rischio	X		(1)
Fumo	X		(6)
Obesità	X		(6)
Diabete	X		(6)
Ipertensione	X		(6)
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce	X		(1) (6)
Trasporto in ospedale del paziente	X		(1) (6)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(1) (6)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso	X		(1) (6)
Indagini e consulenze mirate all'ictus	X		(1) (6)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie			
Localizzazione geografica area dedicata	X		(1) (2) (3) (6)
Unicità area dedicata	X		
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X		(1) (6)
Figure professionali (specificare)	X		(1) medici, infermieri, terapisti riabil., OTA, OSS, logopedista

Presa in carico riabilitativa precoce	X	(1)
< 24 ore		
> 24 ore	X	(1) (6) <48 ore
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)	X	(8)
SITS-MOST	X	(8)
IST-3		
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie	X	(1) (6)
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili		(1)
Strumento valutazione formale		
Riabilitazione estensiva	X	(1)
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione	X	(1)
Destinazione		
Domicilio		
Lungodegenza		
RSA o similari		
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio		
Riabilitazione ambulatoriale		
ADI		

- (1) Nota dell'Assessore alla sanità n. 431/2006 ai Direttori generali ASL: Progetto di un percorso diagnostico-assistenziale e di una rete regionale per il trattamento del paziente con ictus.
- (2) Deliberazione del Direttore generale - Azienda USL Lanciano n. 308/2006: Attivazione *Stroke unit*.
- (3) Nota del Direttore generale ASL Teramo all'Assessore regionale alla sanità - Allegato: Studio di fattibilità per Unità di terapia neurovascolare - 2006.
- (4) DGR n. 1535/2006. Oggetto: Progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge n. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: Centri di eccellenza - Determinazioni.
- (5) Determinazione n. 64/2006. Oggetto: Progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge n. 662/1996 - Finanziamento 2004 - Priorità 4: Centri di eccellenza - Impegno, liquidazione e pagamento.
- (6) Risposte a Nota n. 431/2006 dei Direttori generali (ASL Chieti, AUSL L'Aquila, AUSL Pescara, ASL Teramo): Dichiarazioni di intenti aziendali relative all'attivazione di Unità di trattamento neurovascolari e adesione alla rete regionale per il trattamento del paziente con ictus.
- (7) Determinazione della Direzione generale Sanità n. 14/2005: Costituzione Commissione tecnico-scientifica.
- (8) Determinazione della Direzione generale Sanità n. 96/2003: Autorizzazione della Clinica neurologica Universitaria della AUSL dell'Aquila ad utilizzare la specialità medicinale Actilyse secondo il protocollo SIST-MOST.

3.13. Basilicata

DGR n. 1670/2004: Direttiva vincolante per l'assistenza all'ictus cerebrale

Con tale delibera:

- si approva la direttiva vincolante per l'assistenza all'ictus cerebrale al fine di realizzare un modello organizzativo basato sull'attivazione di unità specifiche - *stroke units*;
- si dà mandato ai Direttori generali delle Aziende USL e dell'Azienda ospedaliera San Carlo di adottare appositi atti per la relativa attuazione.

Proposta di modello organizzativo nella Regione Basilicata: il Piano regionale socio-sanitario deve prevedere il ricovero dei pazienti con ictus cerebrale in *stroke unit*. In Basilicata sarebbe opportuno realizzare almeno due *stroke units*:

- *DEA di II livello (Ospedale di Potenza):*
stroke unit con 8 posti letto da considerare non aggiuntivi e da collocare nell'area medica con valenza interdipartimentale. Deve garantire: monitoraggio (ECG, PA, O₂); attrezzature per mobilizzazione e riabilitazione; medici e infermieri dedicati; supporto fisiatrico; gruppo multidisciplinare
- *DEA di I livello (Ospedale di Matera):*
stroke unit: 6 posti letto e stesse caratteristiche descritte sopra, in cui, allo stato, rimane praticabile però solo la terapia trombolitica sistemica. Qualora fosse garantita la presenza di neurochirurgia, neuroradiologia, cardiocirurgia-chirurgia vascolare e rianimazione sarà possibile effettuare anche la terapia trombolitica intra-arteriosa locoregionale e l'endoarteriectomia d'urgenza.

Negli ospedali sedi di Pronto soccorso (Policoro, Melfi, Lagonegro, Villa d'Agri, Pescopagano) si dovrebbero attivare gli *stroke team*.

TELESTROKE

Collegamento telematico permanente tra le varie Unità ictus della Regione, in maniera coordinata con il 118.

CHECK LIST BASILICATAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

BASILICATA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)	X		(1) O e T
Coinvolgimento dei cittadini			
Fattori di rischio			
Fumo			
Obesità			
Diabete			
Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce	X		(1)
Trasporto in ospedale del paziente	X		(1)
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus	X		(1)
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus	X		(1)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie	X		(1)
Localizzazione geografica area dedicata	X		(1)
Unicità area dedicata			
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X		(1)
Figure professionali (specificare)	X		neurologo, geriatra, internista, cardiologo, infer. dedicati, terapisti riabil.

<p>Presa in carico riabilitativa precoce</p> <p>< 24 ore</p> <p>> 24 ore</p> <p>Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)</p> <p>SITS-MOST</p> <p>IST-3</p> <p>Altri RCT in corso (specificare)</p> <p>Riabilitazione post-acuzie</p> <p>Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili</p> <p>Strumento valutazione formale</p> <p>Riabilitazione estensiva</p>	<p>X</p>	<p>(1)</p>
<p>4. FASE POST-OSPEDALIERA</p>		
<p>Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione</p> <p>Destinazione</p> <p>Domicilio</p> <p>Lungodegenza</p> <p>RSA o similari</p> <p>Continuità assistenziale</p> <p>Riabilitazione a domicilio</p> <p>Riabilitazione ambulatoriale</p> <p>ADI</p>		

(1) DGR n. 1670/2004: Direttiva vincolante per l'assistenza all'ictus cerebrale.

3.14. Calabria

Piano regionale per la salute

Per quanto riguarda l'ictus devono essere realizzate le condizioni per realizzare il ricovero precoce dei pazienti con sospetto ictus attivando per la degenza e il trattamento dei pazienti delle unità specializzate e dedicate (*stroke unit*) presso le Unità operative di neurologia, che nei PO dotati di UO di neurochirurgia saranno integrate da strutture di neuroranimazione anch'esse dedicate. Tutto ciò con la finalità di facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate come la rivascolarizzazione farmacologica o chirurgica delle forme ischemiche ovvero gli opportuni interventi neurochirurgici nelle forme emorragiche. È altresì necessario stimolare il precoce inizio di una adeguata prevenzione secondaria.

Profilo di cura interdisciplinare per l'assistenza ai soggetti con ictus cerebrale

La scelta da parte della Regione Calabria e della ASL 8 di intraprendere la strada dei profili di cura iniziando dall'ictus è dettata sia dall'impatto clinico e sociale della malattia, sia dalla necessità, ribadita ormai non solo dagli operatori ma anche dai pazienti e dalle loro famiglie che si aggregano in realtà associative di rilevanza nazionale, di migliorare l'assistenza a questi pazienti sui quali spesso gravano pesanti postumi alla fine del loro ricovero in ospedale. La disponibilità degli operatori sanitari coinvolti nella creazione del profilo e quella della Direzione dell'Azienda sanitaria che ha sollecitato, stimolato e aiutato il gruppo, ha poi ulteriormente contribuito alla realizzazione del profilo.

La stesura di un progetto finalizzato all'assistenza integrata dei pazienti con ictus in un percorso che va dalla prevenzione alla gestione dell'emergenza, al trattamento ospedaliero, alla riabilitazione, fino alla gestione del post-acuto, la prevenzione secondaria, il reinserimento domiciliare e sociale, presuppone appunto il coinvolgimento nella costruzione, realizzazione e verifica del sistema di tutti gli operatori sanitari interessati nei vari ambiti, dal Dipartimento di prevenzione a quello di emergenza, ai reparti ospedalieri, ai Distretti con i servizi di RSA, ADI e ai medici di medicina generale.

Il profilo di cura rappresenta il risultato del lavoro di un gruppo eterogeneo di professionalità.

Il programma è stato interamente sviluppato dagli operatori della ASL 8, con l'obiettivo di coinvolgere in modo diretto gli attori del sistema in vista dell'applicazione del modello.

La multidisciplinarietà del gruppo e la complessità del profilo di cura - che prevede la gestione del paziente in tutto il suo *iter* clinico, in una patologia che presenta comunque diverse sfaccettature e diverse implicazioni - ha portato a suddividere il gruppo di lavoro in 4 distinti sottogruppi (prevenzione, fase pre-ospedaliera, ricovero, dimissione).

Il gruppo di lavoro rivede periodicamente il percorso per valutare le modifiche e gli aggiustamenti che dovessero essere necessari.

Dopo l'approvazione da parte dei gruppi di lavoro, il progetto è passato all'approvazione degli operatori sanitari di tutte le UO coinvolte (compresi i MMG).

La durata di questa fase di applicazione è prevista di 2 anni.

CHECK LIST CALABRIAANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

CALABRIA	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)			
Coinvolgimento dei cittadini			
Fattori di rischio			
Fumo	X		(1) (2)
Obesità	X		(1) (2)
Diabete	X		(1) (2)
Ipertensione	X		(1) (2)
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce	X		(2)
Trasporto in ospedale del paziente			
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus			
3. FASE OSPEDALIERA			
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso			
Indagini e consulenze mirate all'ictus	X		(2)
Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie			
Localizzazione geografica area dedicata	X		(2)
Unicità area dedicata	X		(1)

Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	X	(2)
Figure professionali (specificare)	X	neurologo, fisiatra, geriatra, cardiologo, diabetologo, neuropsicol., caposala, terapista riab., logopedista, assist. sociale
Presa in carico riabilitativa precoce		
< 24 ore		
> 24 ore		
Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)		
SITS-MOST		
IST-3		
Altri RCT in corso (specificare)		
Riabilitazione post-acuzie		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili		
Strumento valutazione formale		
Riabilitazione estensiva		
4. FASE POST-OSPEDALIERA		
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		
Destinazione		
Domicilio	X	(2)
Lungodegenza	X	(2)
RSA o similari	X	(2)
Continuità assistenziale		
Riabilitazione a domicilio	X	(2)
Riabilitazione ambulatoriale	X	(2)
ADI	X	(2)

(1) Piano regionale per la salute.

(2) Profilo di cura interdisciplinare per l'assistenza ai soggetti con ictus cerebrale.

4. Considerazioni finali

L'obiettivo primario della presente indagine è l'analisi comparativa dell'organizzazione dell'assistenza per i pazienti con ictus nelle 14 Regioni che hanno offerto spontaneamente la disponibilità a partecipare al progetto, attraverso un esame delle normative prodotte localmente (a livello aziendale o regionale), confrontando allo stesso tempo il livello di coerenza tra i contenuti degli atti normativi con quelli del documento di riferimento della Conferenza Stato-Regioni sul percorso assistenziale per i pazienti con ictus. Si è cercato inoltre di valutare il livello attuativo locale delle delibere prodotte attraverso la compilazione delle *check list* da parte dei rispettivi referenti regionali, chiedendo espressamente di esprimere le loro conoscenze sul livello di attuazione del provvedimento normativo regionale e/o aziendale.

La difficoltà principale incontrata durante l'indagine ha riguardato proprio quest'ultimo aspetto, in quanto non è stato sempre possibile capire il livello di attuazione del provvedimento normativo. Una verifica dell'effettiva attuazione dei contenuti delle delibere regionali d'altra parte esulava dagli scopi del presente studio, e ci si è quindi limitati a raccogliere i documenti prodotti così come venivano segnalati dai referenti regionali.

Del resto, altri strumenti in letteratura consentono di verificare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti con ictus, ad esempio il National Sentinel Stroke Audit che viene effettuato nel Regno Unito (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/>).

Un altro aspetto problematico ha riguardato la notevole disomogeneità dei contenuti dei documenti pervenuti. In alcuni casi infatti si tratta di indicazioni assistenziali generali non specifiche per le patologie cerebrovascolari (ad esempio Piani sanitari regionali nei quali vengono affrontate le problematiche relative alla gestione delle malattie croniche tra cui figurano anche aspetti riguardanti l'assistenza ai pazienti con ictus). In altri casi invece, atti deliberativi articolati affrontano in modo specifico alcuni aspetti del percorso assistenziale del paziente con ictus. In questo senso, un esempio ricorrente in diverse realtà regionali è rappresentato dalle delibere attestanti il recepimento della normativa sulla terapia trombolitica nell'ictus acuto.

L'analisi descrittiva del materiale raccolto ha permesso di rilevare una marcata eterogeneità nella tipologia di documenti, associata a una notevole varietà di modelli organizzativi assistenziali nelle diverse regioni.

I documenti individuati dai referenti regionali sono infatti costituiti da delibere (regionali o aziendali), determine, Piani sanitari regionali, progetti (regionali o aziendali), lettere informative, circolari, e in qualche caso linee guida per la pratica clinica che - pur potendo rappresentare un valido strumento di governo clinico - non sono abitualmente dotate di valore normativo.

Un aspetto preminente della eterogeneità dell'assistenza ai pazienti con ictus riguarda il modello organizzativo di *stroke unit*, concetto a cui non sempre viene attribuita la medesima valenza. In alcune realtà infatti il modello adottato localmente non possiede le caratteristiche organizzative e logistiche che hanno dimostrato una maggiore efficacia sul piano prognostico. Ad esempio, in qualche Regione è previsto che nelle realtà dove non sia realizzabile un'area dedicata ai pazienti con ictus venga costituito un *team* itinerante, modello organizzativo che non ha dimostrato efficacia su indicatori di esito clinicamente rilevanti nei pazienti con ictus.

Anche nelle realtà dove è prevista la costituzione di un *team* multidisciplinare operante all'interno di aree dedicate, spesso non è chiaro un aspetto sostanziale relativo al concetto di multidisciplinarietà, che, parlando di *stroke care*, consiste in un approccio integrato al paziente con ictus da parte di un *team* dedicato con personale specificamente formato alle problematiche dei pazienti con patologia cerebrovascolare acuta; è un approccio ben diverso dalla possibilità di consulenze specialistiche a richiesta secondo un modello organizzativo già ampiamente diffuso nelle realtà ospedaliere italiane.

Un altro aspetto interessante riguarda l'attenzione dedicata dalle Regioni alle diverse fasi assistenziali del percorso integrato *stroke care*, che si concentra soprattutto nelle fasi precoci dell'assistenza - pre-ospedaliera e ospedaliera - mentre le fasi in cui si dovrebbe realizzare un'efficiente integrazione ospedale-territorio (cioè la fase di dimissione e post-dimissione) appaiono proporzionalmente meno ricche di provvedimenti normativi, anche nelle Regioni che dedicano maggiore attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con ictus.

Questa discrepanza, in parte spiegabile per l'esordio acuto dell'ictus e per l'importanza che la tempestività nel riconoscimento dei sintomi e del trasporto in ospedale riveste sulla prognosi, deriva anche dall'organizzazione dell'assistenza territoriale nelle regioni italiane, sicuramente meno sviluppata e articolata dell'assistenza ospedaliera, soprattutto quando si fa riferimento all'assistenza socio-sanitaria. Del resto anche lo stesso documento della Conferenza Stato-Regioni sul percorso assistenziale del paziente con ictus è prettamente orientato a declinare i modelli organizzativi dell'assistenza soprattutto in fase acuta.

Appare evidente pertanto che in tutte le realtà regionali che hanno emanato provvedimenti specifici sull'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con ictus, si faccia riferimento a efficienti sistemi di soccorso e di trasporto, unitamente a vie preferenziali all'interno dell'ospedale che consentano di mettere in opera l'*iter* diagnostico e terapeutico in fase acuta. Non bisogna tuttavia rischiare di identificare l'assistenza all'ictus con la gestione dell'acuzie; la letteratura disponibile mostra infatti che anche dopo le prime ore della fase acuta vi sono elementi assistenziali non facenti parte del settore emergenza-urgenza che rivestono un ruolo essenziale nel condizionare la prognosi del malato, per quanto concerne sia la sopravvivenza, sia la disabilità residua. È quindi indispensabile immaginare il percorso assistenziale del paziente con ictus come un *continuum* che va dalle primissime fasi fino al reinserimento sociale e familiare.

Analoghe considerazioni possono essere fatte relativamente alla specificità di percorsi assistenziali. In alcune Regioni non esistono infatti percorsi specificamente dedicati all'assistenza dei pazienti con ictus, in quanto le indicazioni organizzative per l'assistenza a questi malati compaiono all'interno di documenti riguardanti le malattie croniche.

Implicazioni per orientamenti futuri

Il quadro offerto da questa rilevazione descrittiva sulle 14 Regioni italiane che hanno collaborato all'indagine offre lo spunto per alcune riflessioni. Innanzitutto esiste un alto livello di attenzione, nelle Regioni aderenti, per i problemi assistenziali dei pazienti con ictus, e dalle delibere raccolte emerge una comune volontà di superare un atteggiamento passivo che negli anni passati portava a considerare l'ictus una patologia con scarsa specificità assistenziale e per la quale la prognosi era poco o per nulla modificabile dagli interventi sanitari. I dati emersi dalla letteratura degli ultimi anni hanno mostrato in modo convincente che, indipendentemente dalla gravità clinica e dall'età del paziente, la prognosi dell'ictus è modificabile attraverso una ottimizzazione delle risorse finalizzate a un'assistenza dedicata e qualificata, nell'ambito della quale stanno comparando anche nuove e promettenti terapie farmacologiche.

A fronte di questa attenzione per il problema *stroke care*, può essere utile produrre documenti di riferimento che costituiscano la base scientifica su cui i sistemi assistenziali regionali possono costruire reti efficienti. In questo senso è quindi auspicabile che al documento della Conferenza Stato-Regioni attualmente disponibile, prevalentemente orientato alla descrizione della fase acuta dell'assistenza, facciano seguito ulteriori documenti di indirizzo sulla continuità dell'assistenza ai pazienti con ictus con particolare riferimento all'assistenza post-ospedaliera.

L'avvio di reti assistenziali efficienti non può essere scollegato da un'azione di monitoraggio e verifica che dovrebbe entrare a far parte stabilmente del percorso assistenziale stesso in un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle cure. Anche in questo senso sarebbe utile che la presenza di strumenti comuni e condivisi permettesse di superare le disomogeneità, ad esempio - come già succede in altri Paesi europei, quali il Regno Unito - promuovendo programmi di *audit* clinico e organizzativo che consentirebbero di monitorare l'effettiva attuazione dei provvedimenti regionali e il loro impatto sulla qualità dell'assistenza erogata ai pazienti con ictus.

In conclusione la promozione di un programma nazionale di *audit* clinico-organizzativo potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti con ictus in Italia.

Allegati

Allegato 1.

Check list

CHECK LIST

ANALISI DI CONTENUTI SPECIFICI
DI DELIBERE E PROVVEDIMENTI REGIONALI/ AZIENDALI

**Barrare i campi corrispondenti
oppure compilare descrittivamente dove viene richiesto "specificare"**

	Dichiaraz. di intenti	Attuaz. in corso	Riferim. normativo
1. PROGRAMMI PREVENZIONE PRIMARIA / SECONDARIA			
Coinvolgimento dei clinici (specificare se: T = territoriali; O = ospedalieri)			
Coinvolgimento dei cittadini			
Fattori di rischio			
Fumo			
Obesità			
Diabete			
Ipertensione			
2. FASE PRE-OSPEDALIERA			
Percorsi per il riconoscimento precoce			
Trasporto in ospedale del paziente			
Strutturazione degli ospedali in rete specifica per l'ictus			

(continua)

3. FASE OSPEDALIERA

Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso

Indagini e consulenze mirate all'ictus

Definizione dei requisiti delle aree di degenza in acuzie

Localizzazione geografica area dedicata

Unicità area dedicata

Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità

Figure professionali (specificare)

Presa in carico riabilitativa precoce

< 24 ore

> 24 ore

Trombolisi (delibera regionale centri autorizzati)

SITS-MOST

IST-3

Altri RCT in corso (specificare)

Riabilitazione post-acuzie

**Definizione caratteristiche dei pazienti
candidabili**

Strumento valutazione formale

Riabilitazione estensiva

4. FASE POST-OSPEDALIERA

Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione

Destinazione

Domicilio

Lungodegenza

RSA o similari

Continuità assistenziale

Riabilitazione a domicilio

Riabilitazione ambulatoriale

ADI

Allegato 2. *

Centri SITS-MOST Italia

Regione	Centri autorizzati	Centri attivi
Abruzzo	Università di L'Aquila	sì
Calabria	Presidio ospedaliero G. Iazzolino, Vibo Valentia	no
Campania	Azienda ospedaliera G. Rummo, Benevento	no
Emilia-Romagna	Policlinico di Modena	sì
Emilia-Romagna	Arcispedale Sant'Anna, Ferrara	sì
Emilia-Romagna	Arcispedale, Reggio Emilia	sì
Friuli Venezia Giulia	Ospedale S. Maria Misericordia, Udine	sì
Friuli Venezia Giulia	Ospedali Riuniti, Trieste	sì
Lazio	Azienda complesso ospedaliero San Filippo Neri, Roma	no
Lazio	Università La Sapienza, Roma	sì
Lazio	Policlinico Gemelli, Roma	sì
Lazio	Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini, Roma	sì
Lazio	Azienda ospedaliera S. Andrea, Università La Sapienza, Roma	sì
Lazio	Ospedale Santo Spirito, Roma	sì
Lazio	Ospedale generale di zona S. Giovanni Calibita - Fatebenefratelli, Roma	sì
Liguria	Centro ictus - Università Genova	sì
Liguria	Centro ictus San Martino, Genova	sì
Liguria	Ospedale, Novi Ligure	no
Liguria	Azienda ospedaliera Ospedale S. Corona, Pietra Ligure (SV)	sì
Liguria	Ospedale, Imperia	sì
Lombardia	Policlinico S. Marco, Zingonia (BG)	sì
Lombardia	Azienda ospedaliera Ospedale Civile, Vimercate (MI)	sì
Lombardia	Ospedale generale di zona Valduce, Como	sì
Lombardia	Ospedale San Raffaele Milano	sì
Lombardia	Ospedale di circolo S.L. Mandic, Merate (LC)	no
Lombardia	Ospedale San Gerardo, Monza (MI)	sì

(continua)

* I dati relativi ai centri attivi SITS-MOST e IST 3 sono stati forniti dal dott. Danilo Toni (coordinatore nazionale Studio SITS-MOST) e dal dott. Stefano Ricci (coordinatore nazionale Studio IST 3).

Regione	Centri autorizzati	Centri attivi
Lombardia	Ospedale San Carlo, Milano	sì
Lombardia	Ospedale S. Anna, Como	sì
Lombardia	Ospedali Riuniti, Bergamo	sì
Lombardia	Niguarda Ca' Granda, Milano	sì
Lombardia	IRCCS Fondazione Mondino, Pavia	sì
Lombardia	Ospedale Maggiore, Milano	no
Lombardia	Ospedale San Matteo, Pavia	sì
Lombardia	Ospedale Maggiore, Lodi	no
Lombardia	Azienda ospedaliera Salvini, Garbagnate Milanese (MI)	sì
Lombardia	Ospedale, Desio (MI)	sì
Lombardia	Presidio ospedaliero, Cremona	sì
Lombardia	Azienda ospedaliera Carlo Poma, Mantova	sì
Lombardia	Spedali Civili, Brescia	sì
Lombardia	Istituto Auxologico, Milano	sì
Marche	Ospedale Sestilli - INRCA, Ancona	no
Marche	Ospedali Riuniti, Ancona	no
Marche	Ospedale Regina Elena, Jesi (AN)	no
PA Trento e Bolzano	Ospedale Santa Chiara, Trento	sì
PA Trento e Bolzano	Ospedale Centrale di Bolzano	sì
Piemonte	Ospedale San Giovanni Bosco, Torino	sì
Piemonte	Azienda ospedaliera S. Croce e Carle, Cuneo	sì
Piemonte	Ospedali SS. Antonio e Biagio, Alessandria	sì
Piemonte	Ospedale, Rivoli (TO)	sì
Piemonte	Ospedale San Luigi, Orbassano (TO)	sì
Piemonte	Ospedale Mauriziano, Torino	sì
Piemonte	Ospedale Cardinal Massaia, Asti	no
Sardegna	Ospedale Brotzu, Cagliari	sì
Sicilia	Azienda ospedaliera Villa Sofia, Palermo	sì
Sicilia	Azienda ospedaliera Umberto I, Siracusa	sì
Sicilia	Ospedale S. Elia, Caltanissetta	sì
Sicilia	Azienda ospedaliera G. Martino, Messina	no
Toscana	Università Pisa, Dipartimento di neuroscienze	sì
Toscana	Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze	sì
Toscana	Ospedale S. Maria Nuova, Firenze	sì
Toscana	Ospedale Santa Maria alla Gruccia, Arezzo	sì
Toscana	Azienda ospedaliero-universitaria senese, Siena	no

(continua)

Regione	Centri autorizzati	Centri attivi
Toscana	Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze	sì
Toscana	Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze	sì
Toscana	Ospedale, Prato	sì
Umbria	Università degli studi di Perugia	sì
Umbria	Ospedale S. Maria, Terni	sì
Valle d'Aosta	Ospedale, Aosta	no
Veneto	Azienda ospedaliera Istituti ospitalieri, Verona	sì
Veneto	Presidio ospedaliero, Treviso	sì
Veneto	Policlinico universitario, Padova	sì
Veneto	Ospedale Civile, Vicenza	sì
Veneto	Ospedale Umberto I, Mestre (VE)	sì
Veneto	Ospedale S. Martino, Belluno	no
<i>totale Centri autorizzati</i>		<i>74</i>
<i>totale Centri attivi</i>		<i>59</i>

Centri IST-3 Italia

Centro	N. pazienti
Ospedale Niguarda, Milano	23
Ospedale Beato G. Villa, Città della Pieve (PG)	17
Ospedale regionale di Aosta	6
Ospedale Città di Castello (PG)	2
Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza	1
Azienda ospedaliera Monteluce Silvestrini, Perugia	1
Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar (VR)	1
Ospedale di Gubbio (PG)	1
Ospedale San Paolo, Milano	0
Ospedale, Foligno (PG)	0
Ospedale, Spoleto (PG)	0
Ospedale Vittoria, Ragusa	0
Ospedale di Vibo Valentia - <i>da approvare</i>	0
Ospedale Molinette, Torino - <i>da approvare</i>	0
Azienda ospedaliero-universitaria S. Orsola, Bologna - <i>da approvare</i>	0

Allegato 3.

Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali nell'assistenza al paziente con *stroke*

Tabella A.1. Programmi di prevenzione primaria e secondaria

	VdA	Piem.*	Lomb.	FVG	Veneto	Liguria	E-R	Tosc.*	Umbr.*	Lazio	Marche	Abruzzo	Basil.	Calab.
Coinvolgimento dei clinici		□ ◇	◇	□			□	□		□		□	□	
Coinvolgimento dei cittadini		□	□ ◇	□			□	□		□		□		
Fattori di rischio	□		□ ◇	□			□	□		□		□		
Fumo			□ ◇	□			□					□		□
Obesità			□ ◇	□			□					□		□
Diabete	□		□ ◇	□			□					□		□
Ipertensione	□		□ ◇	□			□					□		□

Tabella A.2. Fase pre-ospedaliera

	VdA	Piem.	Lomb.	FVG	Veneto	Liguria	E-R	Tosc.	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basil.	Calab.
Percorsi per riconoscimento precoce	□	□ ◇	□ ◇	□ ◇			□			□ ◇		□	□	□
Trasporto in ospedale del paziente		□ ◇	□	□			□			□ ◇		□	□	
Strutturazione ospedali in rete specifica per ictus		□ ◇	□ ◇	□ ◇			□	□	□	□	□	□	□	

Legenda

□ normativa regionale

◇ attuazione in corso

* linea guida sull'ictus

Tabella A.3. Fase ospedaliera

	VdA	Piem.	Lomb.	FVG	Veneto	Liguria	E-R	Tosc.	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basil.	Calab.
Percorsi per l'assistenza in Pronto soccorso		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		
Indagini e consulenze mirate all'ictus		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definizione requisiti aree di degenza in acuzie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Localizzazione geografica area dedicata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unicità area dedicata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Multidisciplinarietà/ multiprofessionalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Figure profession. *	NEU, INF, TER RIAB, LOG	NEU, INT, FIS, CAR, DIE, INF, TER RIAB, LOG, TER OCC	NEU, CAR, CH VAS, TER RIAB, RIAN, INF				MED, INF, OTA, OSS, TER RIAB	MED, INF, TER RIAB	TEAM RIAB, MED, TER RIAB, INF	MED, TER RIAB, INF		MED, INF, TER RIAB, OTA, OSS, LOGO	NEU, GER, INT, CAR, TER RIAB, INF	NEU, FIS, GER, CAR, DIA, NEU- PSI, CS, TER RIAB, LOG, ASS
Presenza in carico riabilitativa precoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<24 ore									<input type="checkbox"/>					
>24 ore	<input type="checkbox"/> <48 h						<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <48h		

(continua)

	VdA	Piem.	Lomb.	FVG	Veneto	Liguria	E-R	Tosc.	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basil.	Calab.
Trombolisi	□						□	□			□	□		
SITS-MOST	□	□ ◇	□ ◇	□ ◇	△	△	□	□	△	□ ◇	□	□		
IST 3	□		△		△		□		△					
Altri RCT in corso		□ ◇	□ ◇ ECAS 3											
Riabilitazione post-acuzie	□			□								□		
Definizione caratteristiche dei pazienti candidabili	□	□	□ ◇	□			□		□	□		□	□	
Strumento valutazione formale	□	□	□	□			□			□				
Riabilitazione estensiva		□		□					□	□		□		

Legenda

□ normativa regionale ◇ attuazione in corso △ centri SITS-MOST e/o centri IST-3 (*Allegato 2*)

* ASS assistente sociale CAR cardiologo CH VAS chirurgo vascolare CS capo sala DIE dietologo
 FIS fisiatra GER geriatra INF infermiere INT internista LOG logopedista
 MED medico NEU neurologo NEU-PSI neuropsicologo OSS operatore socio-sanitario OTA operatore tecnico dell'assistenza
 PSI psicologo RIAN rianimatore TER OCC terapeuta occupazionale TER RIAB terapeuta riabilitazione

Tabella A.4. Fase post-ospedaliera

	VdA	Piem.	Lomb.	FVG	Veneto	Liguria	E-R	Tosc.	Umbria	Lazio	Marche	Abruzzo	Basil.	Calab.
Percorsi riabilitativi definiti post-dimissione		□	□	□			□	□				□		
Destinazione				□						□				
Domicilio		□		□			□		□					□
Lungodegenza	□	□		□			□							□
RSA o similari	□	□		□			□		□					□
Continuità assistenziale				□					□	□				
Riabilitaz. a domicilio		□		□			□		□					□
Riabilitazione ambulat.		□		□			□		□					□
ADI		□		□			□		□					□

Legenda

□ normativa regionale ◇ attuazione in corso

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)

37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.

58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)

80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (*)