

SNO

CIENZE
EUROLOGICHE
SPEDALIERE

Società dei Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri

www.snoitalia.it

LE RETI PER L'ICTUS NELLE DIVERSE REALTA' REGIONALI

Giuseppe NERI

Presidente S N O



AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO

SAN FILIPPO NERI

OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE



Il **Governo Clinico** è una **strategia** mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del **miglioramento continuo della qualità** dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di **elevati standard assistenziali**, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'**eccellenza professionale**

Department of Health
NHS White Paper
A First Class Service, UK, 1998

© GIMBE

Per molti decenni intorno al Neurologo è stata confezionata una immagine il cui connotato distintivo era dato da :

- ELEVATA ERUDIZIONE SCIENTIFICA
- RAFFINATE ED APPROFONDITE COMPETENZE CLINICHE
- ELEGANTE E COMPLETO BAGAGLIO DI SEMEIOLOGIA CLINICA

a queste caratteristiche risultava INDISSOLUBILMENTE legata, *non senza la attiva collaborazione dei Neurologi stessi, l' immagine di disporre di* MOLTO LIMITATE RISORSE TERAPEUTICHE DAVVERO INCISIVE.

La conclusione spesso tratta dai Colleghi di altre discipline, dalle Direzioni Sanitarie e Generali, dagli Assessorati alla Sanità è :

" IL NEUROLOGO E' UN SOFISTICATO POSSESSORE DI ELABORATI SISTEMI DI CATEGORIZZAZIONE NOSOGRAFICA…
ma " NON CURA EFFICACEMENTE E NON GUARISCE.. "
SE NON UNA ESIGUA MINORANZA DEI PAZIENTI CHE TRATTA…. "

Una ulteriore involuzione del modello NEURO – DEGENERATIVO
è legata alla progressiva tendenza alla
FRAMMENTAZIONE e PARCELLIZZAZIONE
dei campi di ricerca e di interesse clinico,

con la nascita di NUCLEI DI COMPETENZA
di consistenza subatomica
che afferiscono a

PORZIONI di FRAMMENTI
di MICRO - SUB – SPECIALITA'
della NEUROLOGIA CLINICA

QUALE FUTURO PER LE UOC DI NEUROLOGIA ?

- **CRISI economico-finanziaria post 2008**
- **TAGLI, RITAGLI e FRATTAGLIE ….**

last but not least : Decreto " Spending Review " 7 Agosto 2012

…" il raggiungimento della soglia di 3,7 posti letto / 1000 ab. avverrà esclusivamente attraverso la *SOPPRESSIONE* di UOC "

COME SE NE ESCE ?

A) The BRITISH OPTION : " The Happy Few … Consultants "

B) Le "Coup de Coeur " à la Française : Modello S F N V

L'IMPERATIVO DARWINIANO

per i Neurologi Italiani :

EVOLVERE OD ESTINGUERSI

- EFFICACIA
- EFFICIENZA
- QUALITA'
- APPROPRIATEZZA

Nella pratica clinica in Neurologia

(Workshop S NO , Barcellona Aprile 1998)

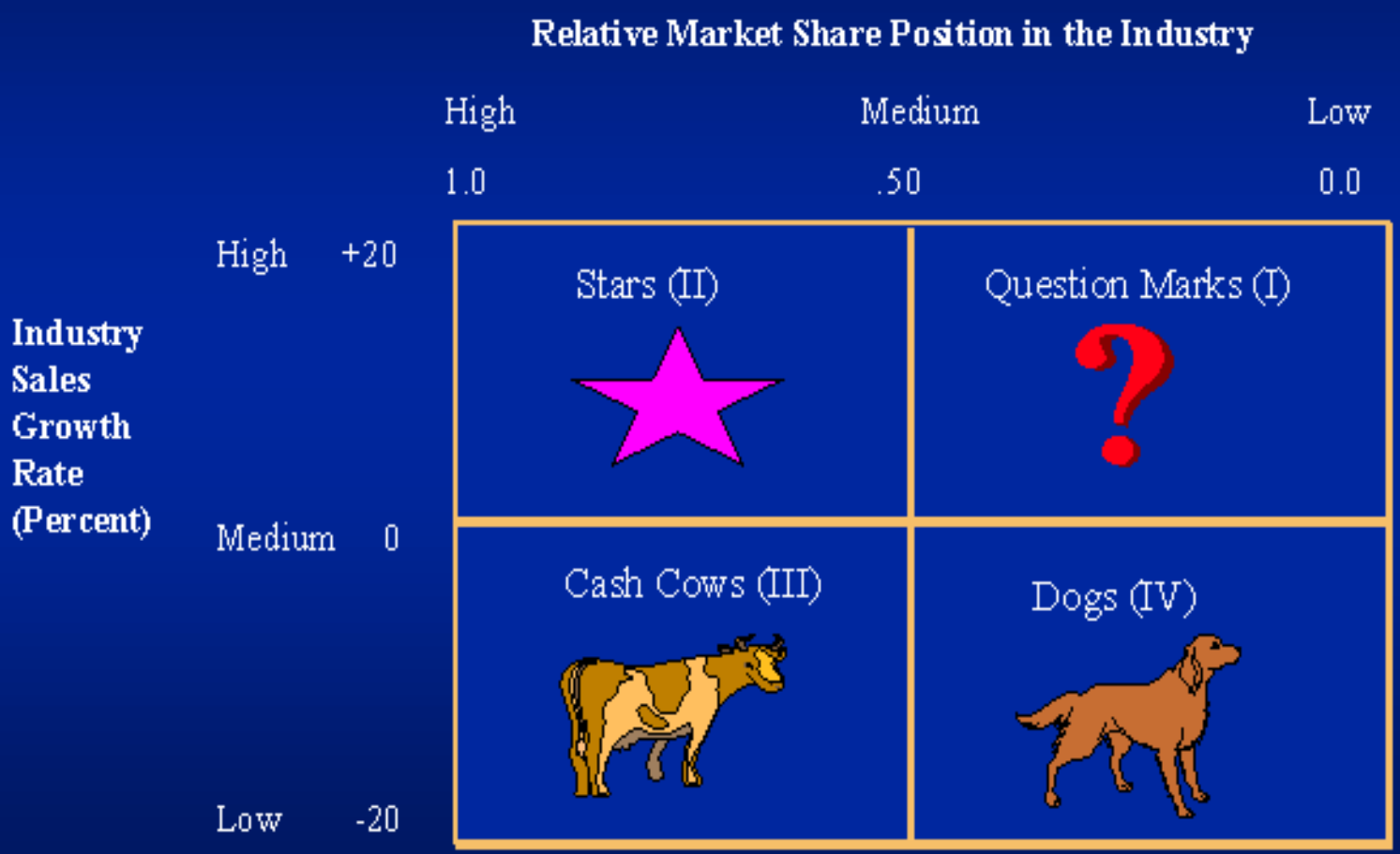
Colloque des Unités NeuroVasculaires
Nice, 28 - 29 Mars 2003
Quality Hallmarks : towards Evidence-Based Stroke Care



G. NERI, E. MOSCHINI, F. COSTANTINI, L. SOMMELLA, F. PIEROTTI
Neurology Department - Stroke Unit
Strategic Management and Quality Assurance Unit
Azienda Ospedale Santa Maria, T E R N I , I

Boston Consulting Group Matrix

Slide 2 of 4



© 1998 South-Western Publishing

COMPETITIVITÀ
ATTRATTIVITÀ
Med.generale
Materno infantile
Broncopneumnologia
Ch. generale
Oncologia tumori solidi
Ch. specialistica
Ematologia
Cardiovascolare
Neuroradiologia
CMIS
NERI.JPG

Cornice normativa :

- **Complessa**
- **Articolata**

negli ultimi cinque anni
ancora più
pesantente condizionata da
esigenze di bilancio

MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera *c)* del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sull'intero territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'articolo 4-*bis*, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), con il quale si dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 ab) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab.), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1000 abitanti) di ricoveri appropriati facendo riferimento alle Regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina ed i relativi bacini di utenza. Per i Servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza come di seguito indicati.

Disciplina	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1

Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2	0,8	0,3
Oculistica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		

da 300.00 a 150.000 abitanti

21 sistemi sanitari regionali distinti



Copertura della domanda di cura

REGIONE	CENTRI	POPOLAZIONE	1/200.000
VALLE D' AOSTA	1	120 mila	166%
UMBRIA	5	825 mila	120%
LIGURIA	9	1,5 milioni	120%
VENETO	23	4,5 milioni	102%
PIEMONTE	21	4,4 milioni	95%
TOSCANA	16	4 milioni	80%
ABRUZZO	5	1,3 milioni	76.9%
LOMBARDIA	34	9,9 milioni	68.6%
MOLISE	1	320 mila	62.5%
EMILIA ROMAGNA	14	4,5 milioni	62%
MARCHE	4	1,4 milioni	57%
FRIULI VG	3	1,2 milioni	50%
ALTO ADIGE	1	500 mila	40%
PUGLIA	8	4 milioni	40%
SARDEGNA	3	1,6 milioni	37.5%
TRENTINO	1	540 mila	37%
BASILICATA	1	600 mila	33%
CALABRIA	3	2 milioni	30%
SICILIA	6	5 milioni	24%
LAZIO	6	5,4 milioni	22%
CAMPANIA	3	5,7 milioni	10.5%
Totale	168	60.205.000	55.8%

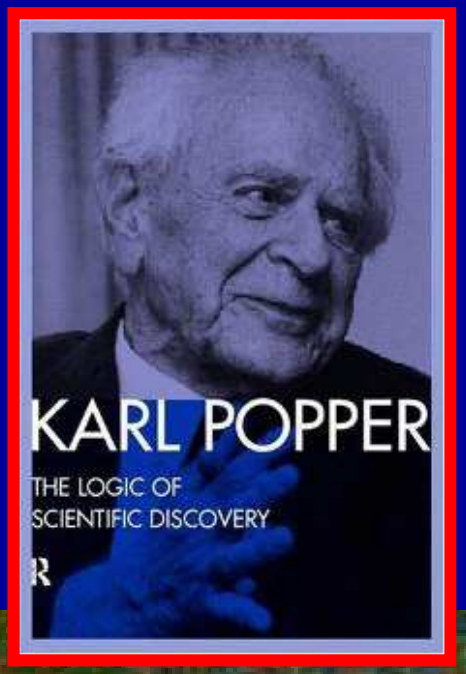
Cortesia del Prof. D. TONI

% pz. trattati/trattabili rispetto alla copertura

REGIONE	CENTRI	POPOLAZIONE	1/200.000	% pz.trattati 01/10/2012 - 30/09/2013	
ALTO ADIGE	1	500 mila	40%	81/83	(97.5%)
LIGURIA	9	1,5 milioni	120%	205/249	(82.3%)
VENETO	23	4,5 milioni	102%	520/747	(69.6%)
EMILIA ROMAGNA	14	4,5 milioni	62%	456/747	(61%)
UMBRIA	5	825 mila	120%	67/137	(48.9%)
LOMBARDIA	34	9,9 milioni	68.6%	517/1644	(34.5%)
CALABRIA	3	2 milioni	30%	113/332	(34%)
PIEMONTE	21	4,4 milioni	95%	239/730	(32.7%)
ABRUZZO	5	1,3 milioni	76.9%	67/215	(31%)
VALLE D' AOSTA	1	120 mila	166%	6/20	(30%)
TOSCANA	16	4 milioni	80%	174/664	(26.2%)
SARDEGNA	3	1,6 milioni	37.5%	57/265	(21.5%)
LAZIO	6	5,4 milioni	22%	182/897	(20.2%)
SICILIA	6	5 milioni	24%	64/830	(19.2%)
MARCHE	4	1,4 milioni	57%	36/232	(15.4%)
TRENTINO	1	540 mila	37%	13/90	(14%)
PUGLIA	8	4 milioni	40%	88/664	(13.2%)
FRIULI VG	3	1,2 milioni	50%	21/199	(10.5%)
BASILICATA	1	600 mila	33.3%	7/99	(7%)
CAMPANIA	3	5 milioni	10.5%	34/830	(4%)
MOLISE	1	320 mila	62.5%	0/53	
Totale	168	60.205.000	55.8%	2947/10000	(29.4%)

Those among us
who are unwilling
to expose their ideas
to the hazard of refutation
do not take part
in the scientific game.
Karl POPPER

Logik der Forschung : 1935 Verlag von Julius Springer, Vienna, Austria . The logic of scientific discovery 1959, London , Hutchinson & Co.



ORGANIZZAZIONE PER R E T I ASSISTENZIALI
LA RETE PER l'ICTUS e LE MALATTIE CEREBROVASCOLARI

STROKE NETWORK

NHS
Gloucestershire

Networks?

SRN
South West Stroke Research Network
Part of the Stroke Research Network

An extended group of people with similar interests or concerns who interact and remain in informal contact for mutual assistance or support.

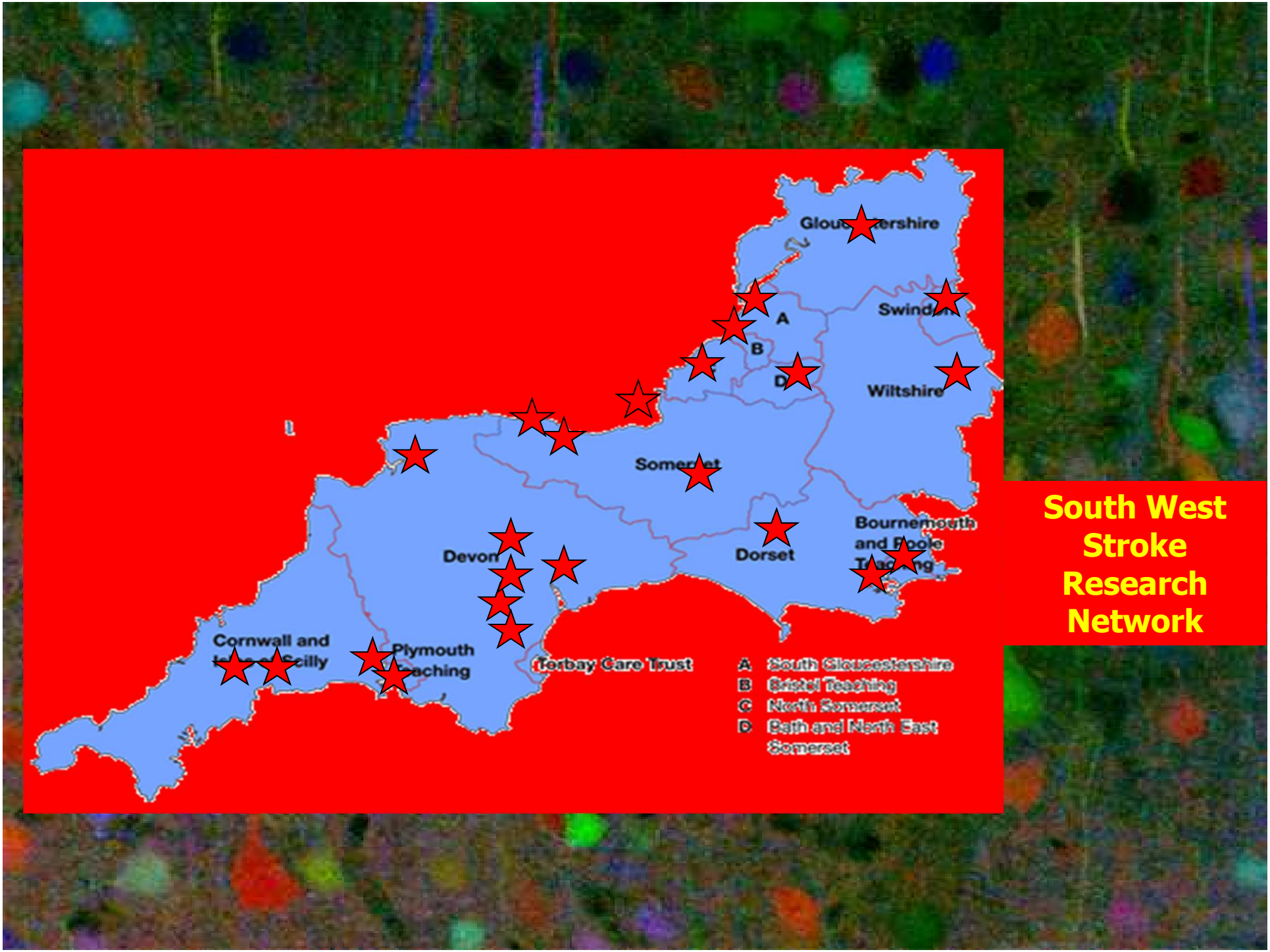
A system of people or things: a large and widely distributed group of people or things such as stores, colleges, or churches that communicate with one another and work together as a unit or system

The treatment, care and rehabilitation of cardiac and stroke patients involves a diverse range of organisations. The role of the Network is to bring these organisations together, with patients and carers to improve services.

AGWS C&S Network Website 2011

The Clinical Research Network. Supporting research to make patients, and the NHS, better

NIHR 2011


A
B
D
Wiltshire
Somerset
Dorset
Devon
Cornwall and
Plymouth
Torbay Care Trust
A South Gloucestershire
B Bristol Teaching
C North Somerset
D Bath and North East Somerset
South West Stroke Research Network

Stroke –Standards

- Ensure those who have had a stroke have prompt access to integrated stroke care services
- ….Are treated appropriately by a specialist stroke service and subsequently participate with their carers in multidisciplinary programme of secondary prevention and rehabilitation

Proposal

All patients' discharge from the Stroke Unit should be considered for referral to Intermediate Care for a six-week period of rehabilitation in the home.

On discharge from Intermediate Care all patients unless otherwise excluded to attend Hatherley Road Day Centre for rehabilitation focussing on social reintegration

Available Options : n° 1

- **Do nothing**
  - **Cheapest / easiest option**
    - **No improvement in service/ inconsistency in service provision remains.**

Option 2

- Start from scratch
- build a new community team.
  - Dedicated community stroke team.
    - Very expensive/ inefficient use of resources.

Option 3

- **<u>Build on existing services</u>**

Cost effective

- service with competing caseloads

NHS South West

Stroke continues to be a regional priority with good progress in part of the care pathway particularly discharge and community care

Networks and the SHA are working together to try and improve performance related to Stroke vital signs particularly **the sign that 80% of patients admitted with a stroke spend 90% of their hospital stay in designated stroke facilities –** set out in the Operating Framework for the NHS 2011-12

Ongoing improvement in reporting systems / datasets remains the other key area of work

Individual Networks also have regional priorities……


e..
venendo a contesti geo-politici più
vicini alla situazione italiana..

PLAN DIRECTOR DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (PDEVC)

Miquel Gallofré
Director

PRESENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ICTUS

Madrid 17 de marzo del 2009

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

LOS AUDITS DEL ICTUS



Profesionales expertos en ictus seleccionaron los indicadores (43) más relevantes en base a la evidencia científica y/o importancia clínica

GENERALITAT de CATALUNYA



PLAN TERRITORIAL

- **Un responsable del ictus**
- **en cada hospital (48)**

- **Un Comité Operativo**
- **en cada ámbito territorial (10)**

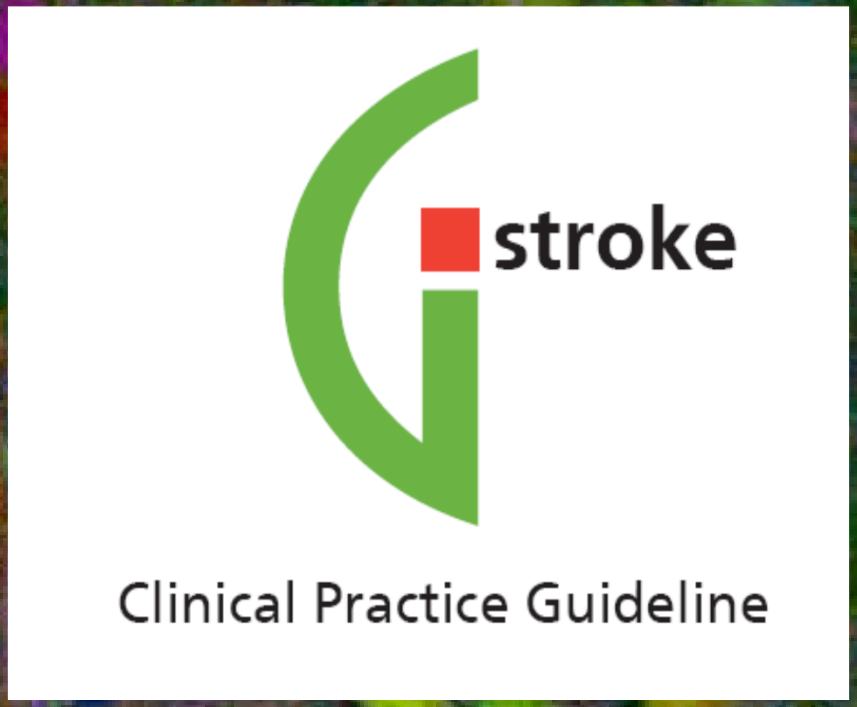
10 COMITÉS OPERATIVOS DE ICTUS

- Responsables del ictus de cada hospital
- Técnicos de salud territoriales
- PDEVC
- Atención primaria
- Urgencias / SEM
- RHB
- Otros profesionales

LA PRIMERA FASE DEL PLAN: 2004-2005

- Análisis de la situación
- Las Guías del Ictus
- El Primer Audit del Ictus

GUIA CLINICA DEL ICTUS (actualización 2007)



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Malaltia Vascular Cerebral
Pla Director

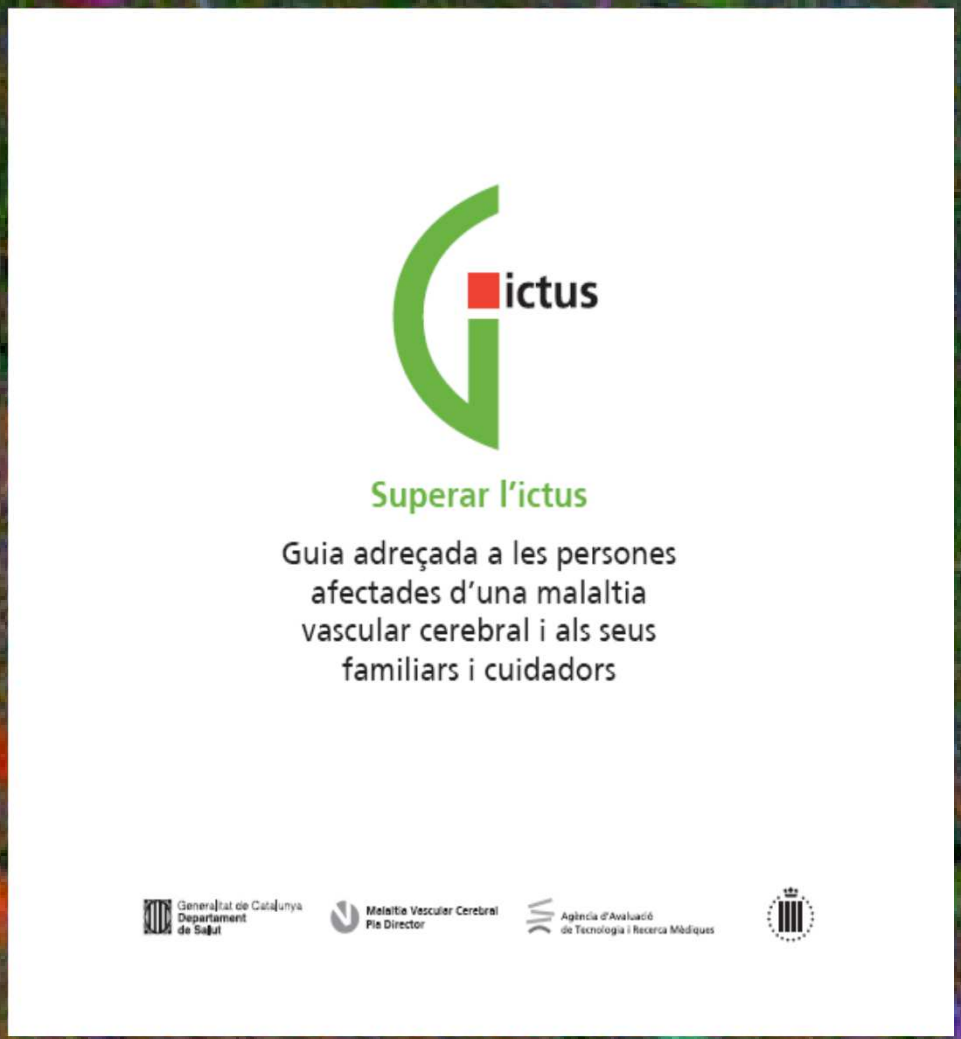
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

L'Acadèmia

- **NATIONAL CLINICAL GUIDELINES FOR STROKE (UK)**
- **MANAGEMENT OF PATIENTS WITH STROKE (SCOTLAND)**
- **CARE AFTER STROKE (NZ)**
- **EUSI / ASA RECOMMENDATIONS**

GUÍA PARA PACIENTES Y CUIDADORES

(4ª edición 2008)



Superar l'ictus

superar l'ictus

Connecta amb nosaltres

93 428 76 08

www.fundacioictus.com

superarictus@fundacioictus.com

LOS PERFILES ASISTENCIALES

1. Calidad de la **historia clínica** (12)
2. Estándares de **atención básica** (4)
3. Evaluación **neurológica** (12)
4. Medidas iniciales del **tratamiento RHB** (6)
5. Prevención/manejo **complicaciones** (4)
6. Medidas **preventivas** iniciales del ictus (5)

CARACTERÍSTICAS
1ER AUDIT 2005

- 1800 historias clínicas consecutivas
- 18% de los ingresos anuales por ictus
- Antes de implementar la Guía Clínica
- Audit Interno + 10 % externo

(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori



ictus

Primer Audit Clínic de l'Ictus

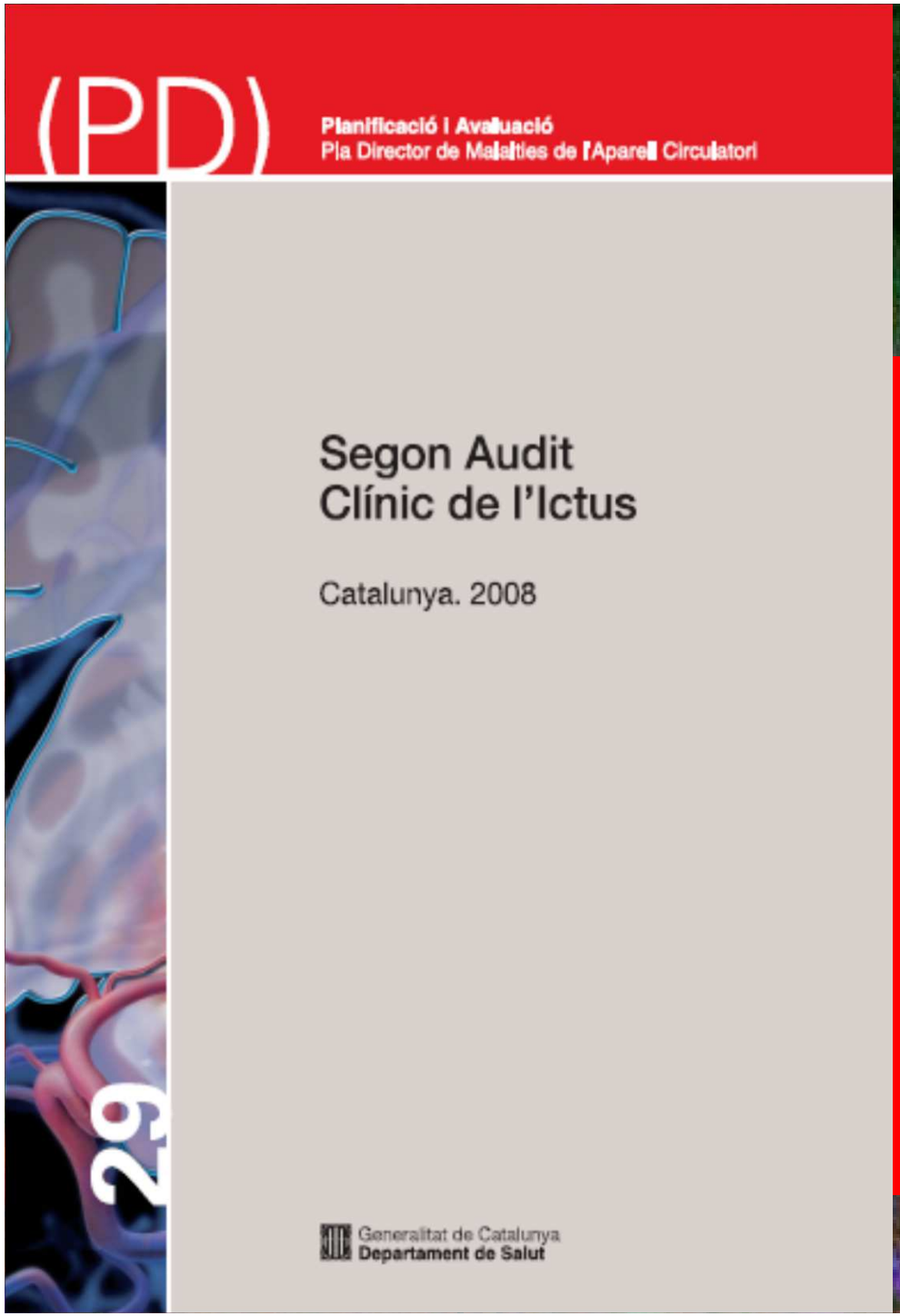
Catalunya. 2006

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

RESULTADOS TOP 13

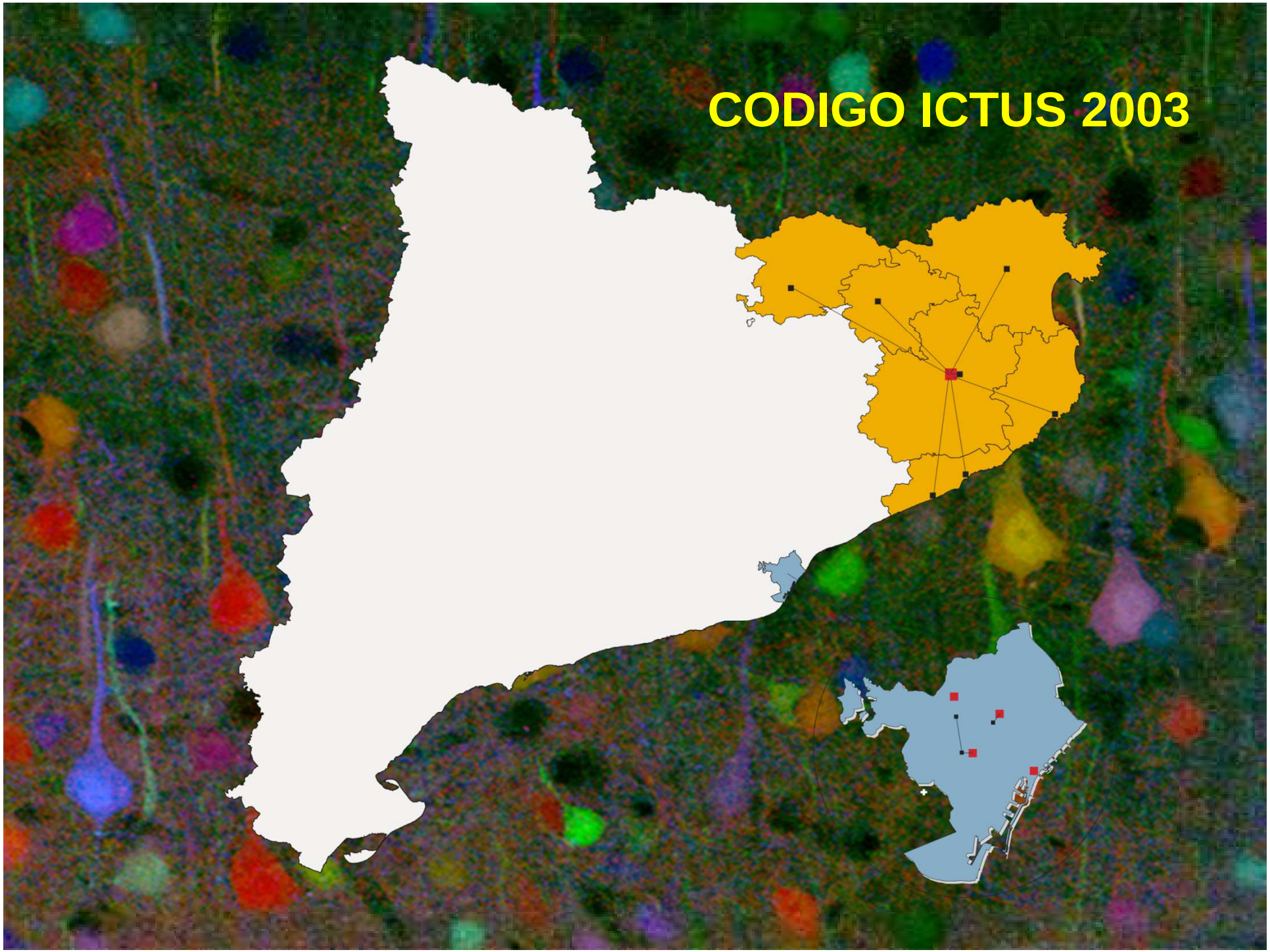
1ER AUDIT 2005

	Global Catalunya	
	Casos válidos	% de cumplimiento (IC 95%)
Glucemia basal	1.453	93,2 (91,9-94,3)
TA basal	1.753	99,5 (99,0-99,8)
TC craneal < 24 hores	1.733	92,4 (91,0-93,6)
Test de deglución	1.522	30,0 (27,8-32,5)
Movilización precoz	1.487	52,3 (49,9-55,0)
Prescripción d'AAS < 48 hores	1.433	76,4 (74,2-78,7)
Tratamiento de la hipertermia	362	79,3 (74,7-83,3)
Prevención de la TVP	1.453	83,0 (80,3-84,3)
Evaluación necesidades de RHB	1.326	40,0 (37,4-42,7)
Manejo de la hipertensión	1.029	75,2 (72,6-77,9)
Dislipemia y manejo	1.192	59,6 (56,7-62,4)
Anticoagulación si ACxFA	385	50,6 (45,4-55,6)
Antitrombóticos al alta	1.516	93,1 (91,7-94,4)



- A partir del 1er audit se trabajó intensamente con los comités operativos de todo el territorio

- Se ha realizado el Segundo Audit del Ictus con la misma metodología que el primero, dos años más tarde

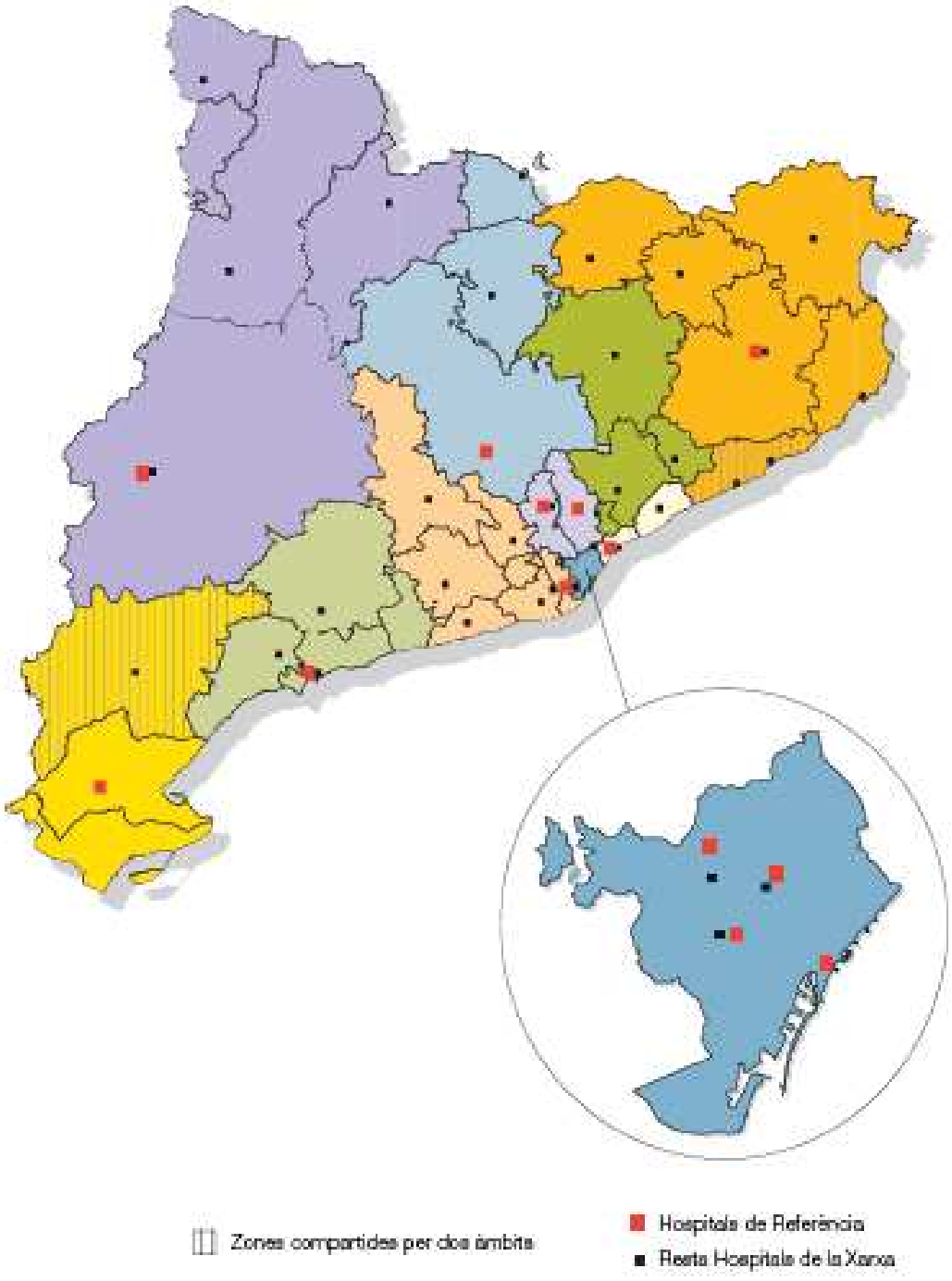

CODIGO ICTUS 2003

EL CODIGO ICTUS (CI) 2003

- **Ictus**
- **< 80 años**
- **No comorbilidad y mRS < 3 previo**
- **< 3 / 6 / 12 / 24 horas desde el inicio**

CODIGO ICTUS PDMVC

- **Ictus**
- **< 80 años**
- **No comorbilidad y mRS < 3 previo**
- **< 6 horas desde el inicio**



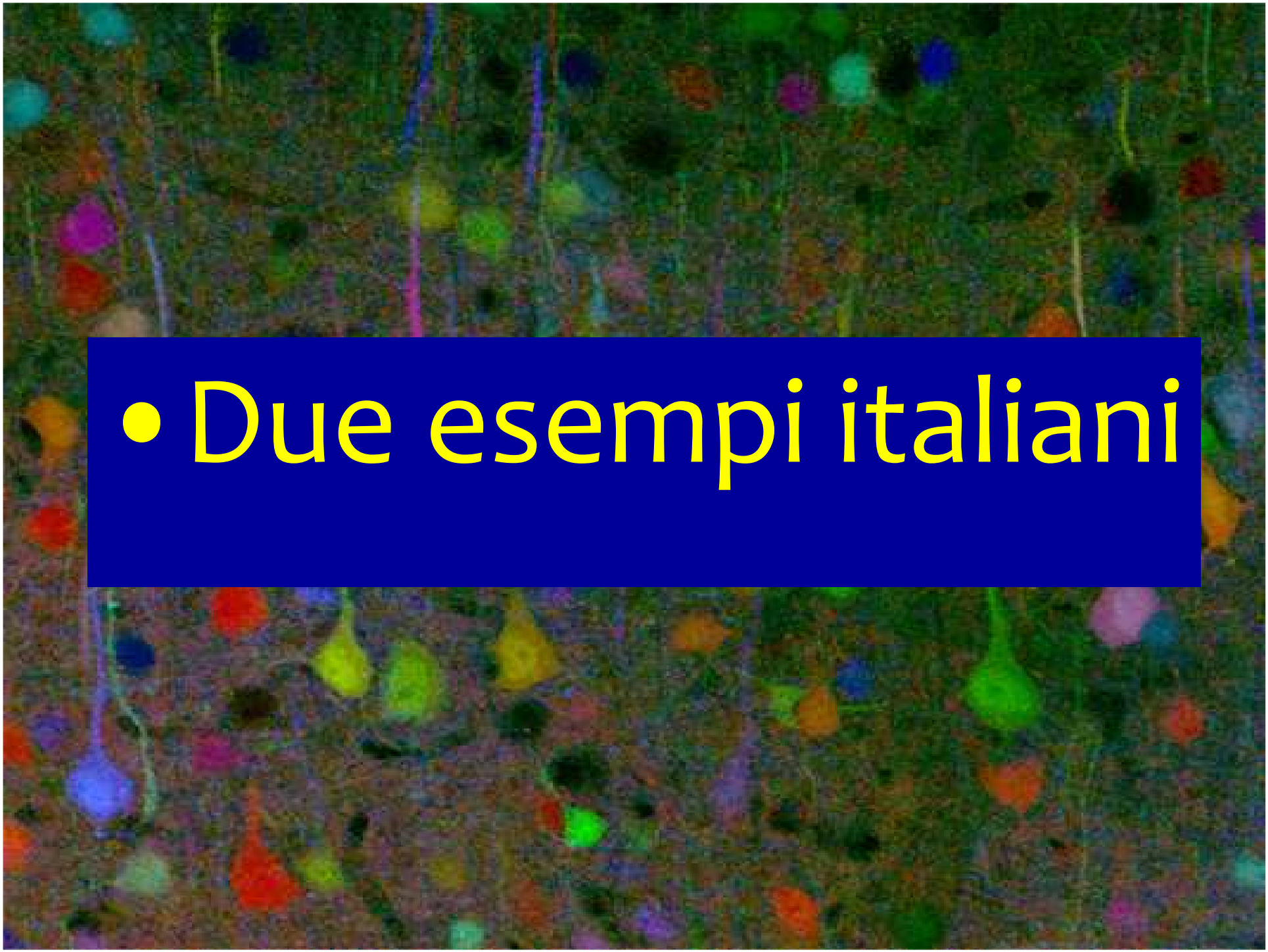
■ = **Hospitales de agudos**

■ = **Centros de referencia**

COMO AUMENTAR LA ACTIVACIÓN

- Se activan el **50%** de códigos posibles
- Oscila entre el **32% y el 73%** según las regiones

- **Incrementar la información ciudadana**
- **Dar a conocer que el ictus es prevenible y evitable**
- **Fomentar las llamadas al 061**
- **Proyecto Teleictus**


• Due esempi italiani

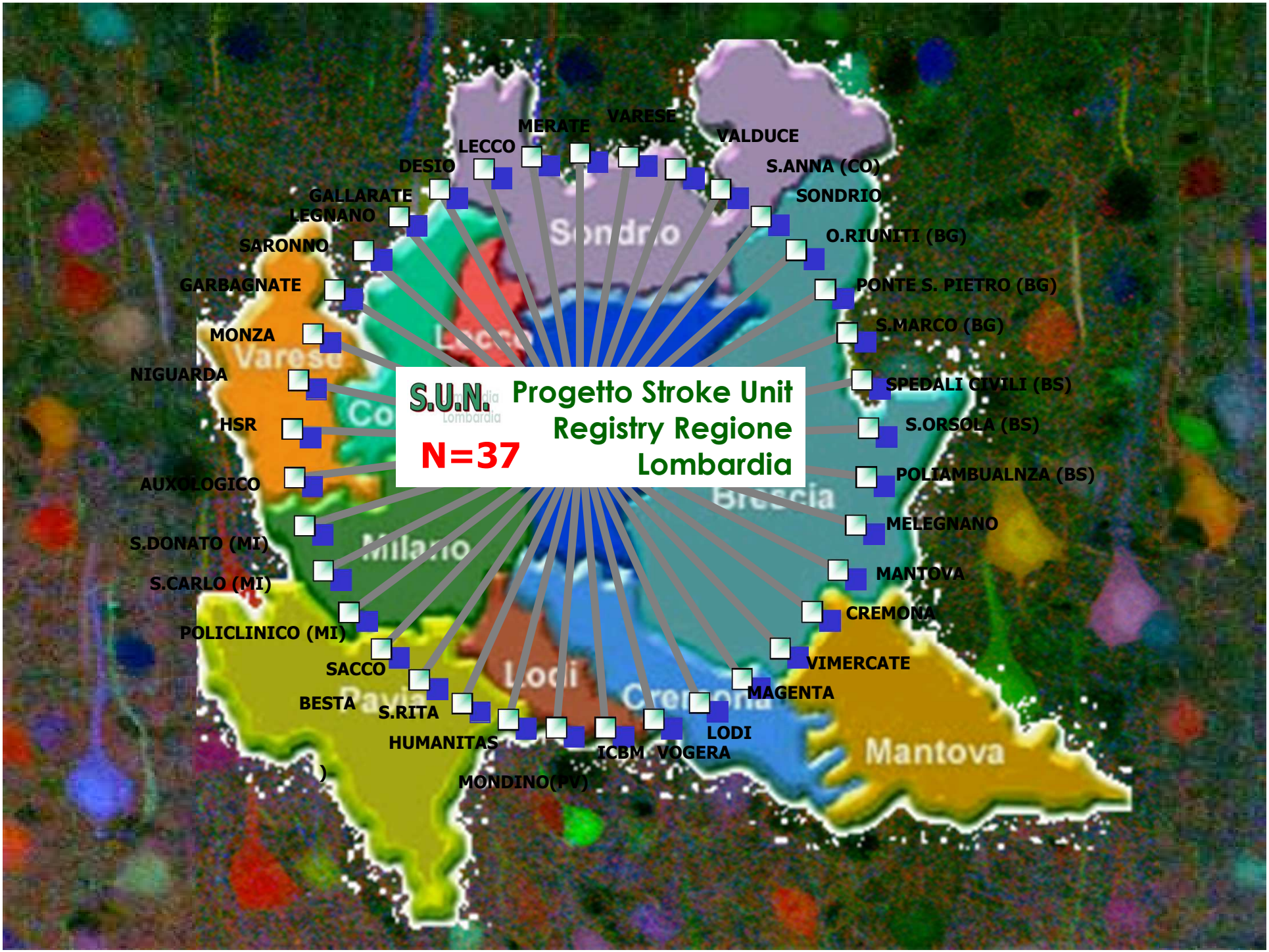
S.U.N. Lombardia

STROKE UNITS NETWORK

Obiettivi

Il Progetto S.U.N. Lombardia si propone di collegare in rete le strutture regionali di ricovero dedicate all'ictus cerebrale allo scopo di:

- migliorare i processi di cura nel campo delle malattie cerebrovascolari
- standardizzare i percorsi diagnostico-terapeutici
- favorire la creazione di un registro regionale e la realizzazione di trial clinici controllati

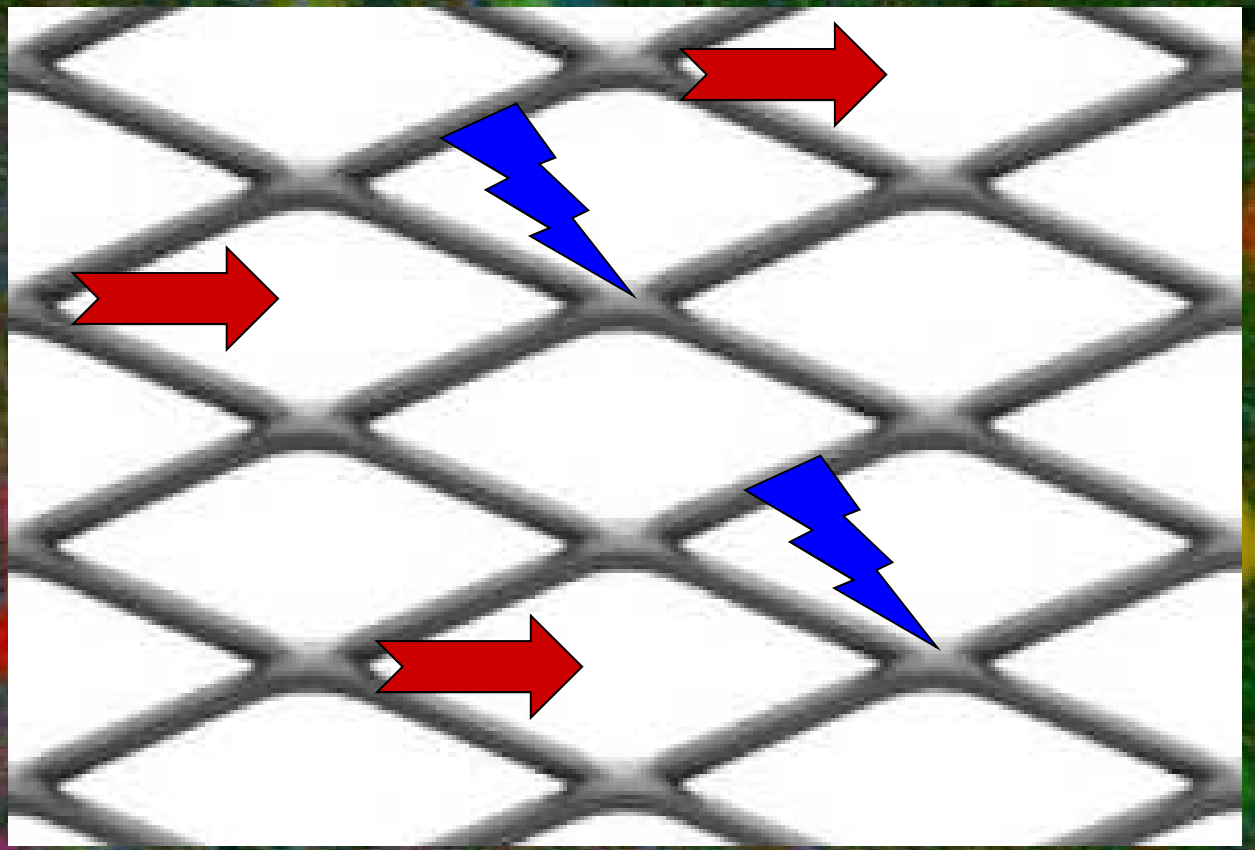

S.U.N.
Progetto Stroke Unit
Registry Regione
Lombardia
N=37
MERATE
VARESE
VALDUCE
LECCO
DESIO
S.ANNA (CO)
GALLARATE
SONDRIO
LEGNANO
O.RIUNITI (BG)
SARONNO
PONTE S. PIETRO (BG)
GARBAGNATE
S.MARCO (BG)
MONZA
NIGUARDA
SPEDALI CIVILI (BS)
HSR
S.ORSOLA (BS)
AUXOLOGICO
POLIAMBUALNZA (BS)
MELEGNANO
S.DONATO (MI)
MANTOVA
S.CARLO (MI)
CREMONA
POLICLINICO (MI)
VIMERCATE
SACCO
MAGENTA
BESTA
S.RITA
LODI
HUMANITAS
ICBM
VOGERA
MONDINO(PV)
Sondrio
Lecco
Varese
Milano
Brescia
Lodi
Pavia
Cremona
Mantova

S.U.N. Lombardia

Progetto Stroke Unit Registry Regione Lombardia

Sviluppo/implementazione MDB	Aprile-giugno 2006
Riunione Centri Aderenti	Luglio 2006
Approvazione Comitati Etici	Settembre-
Reclutamento casi	Gennaio- Dicembre 2007
Follow-up	Aprile2007- Marzo 2008
Elaborazione dati	Aprile-giugno 2008

Guardando alla rete ……..



REGIONE LAZIO

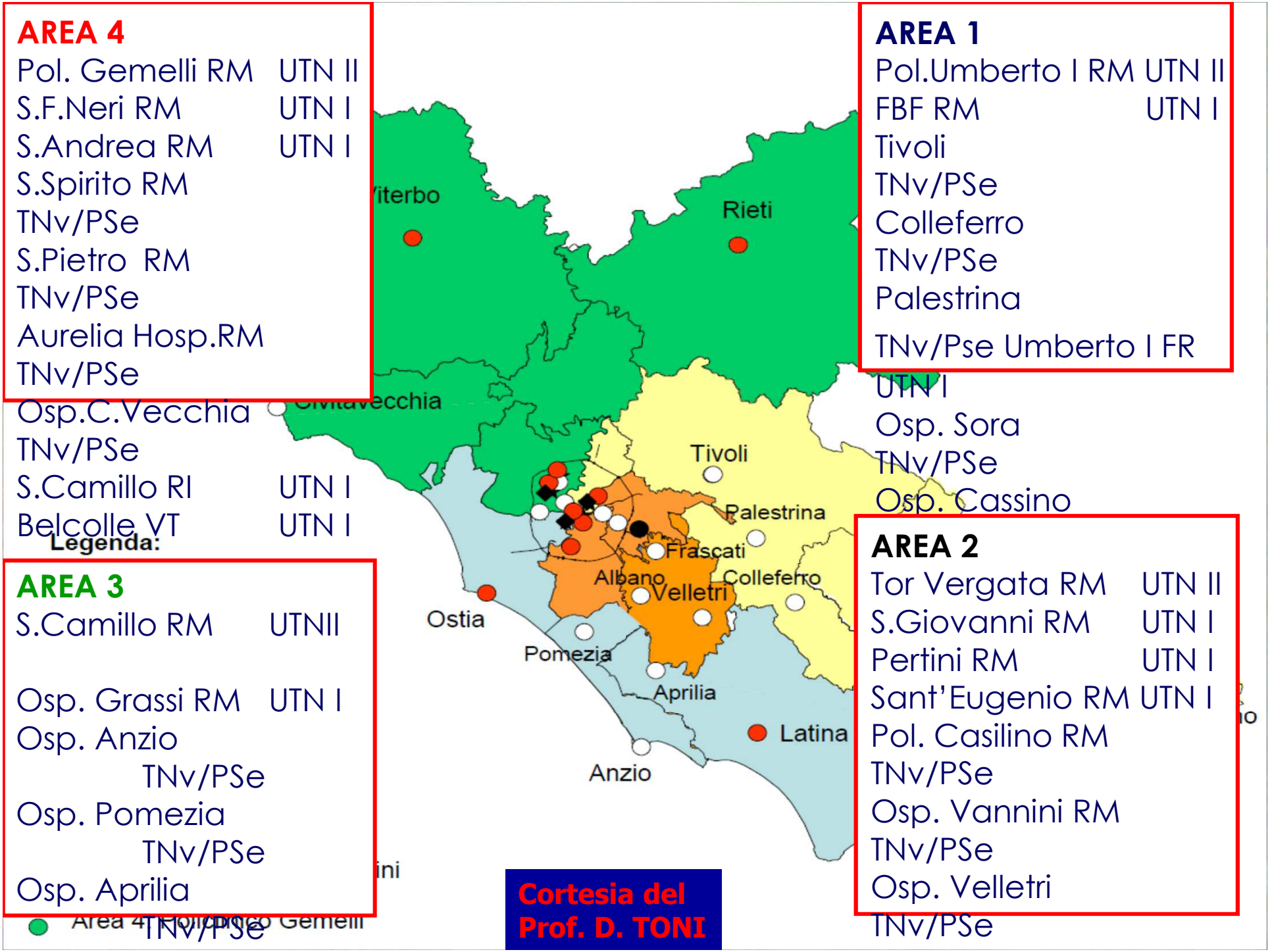
Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)

N. U0075 **del** 29 SET. 2010 **Proposta n.** 15767 **del** 28/09/2010

Oggetto:

Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto


AREA 4
Pol. Gemelli RM UTN II
S.F.Neri RM UTN I
S.Andrea RM UTN I
S.Spirito RM
TNv/PSe
S.Pietro RM
TNv/PSe
Aurelia Hosp.RM
TNv/PSe
Osp.C.Vecchia
TNv/PSe
S.Camillo RI UTN I
Belcolle VT UTN I
AREA 1
Pol.Umberto I RM UTN II
FBF RM UTN I
Tivoli
TNv/PSe
Colleferro
TNv/PSe
Palestrina
TNv/Pse Umberto I FR
UTN I
Osp. Sora
TNv/PSe
Osp. Cassino
Legenda:
AREA 3
S.Camillo RM UTNII
Osp. Grassi RM UTN I
Osp. Anzio
TNv/PSe
Osp. Pomezia
TNv/PSe
Osp. Aprilia
TNv/PSe
AREA 2
Tor Vergata RM UTN II
S.Giovanni RM UTN I
Pertini RM UTN I
Sant'Eugenio RM UTN I
Pol. Casilino RM
TNv/PSe
Osp. Vannini RM
TNv/PSe
Osp. Velletri
TNv/PSe
Viterbo
Rieti
Civitavecchia
Tivoli
Palestrina
Frascati
Albano
Velletri
Colleferro
Ostia
Pomezia
Aprilia
Latina
Anzio
Area 4 Policlinico Gemelli
Cortesia del
Prof. D. TONI

Copertura domanda di cura

REGIONE	CENTRI	POPOLAZIONE	1/200.000*
VALLE D'AOSTA	1	128.230	166%
UMBRIA	5	906.486	125%
LIGURIA	8	1.616.788	100%
PIEMONTE	19	4.457.335	86%
TOSCANA	14	3.749.813	73%
LOMBARDIA	33	9.917.714	67%
VENETO	16	4.937.854	65%
EMILIA ROMAGNA	14	4.432.418	63%
MOLISE	1	319.780	62.5%
ABRUZZO	4	1.342.366	57%
TRENTINO AA	2	1.037.114	40%
MARCHE	3	1.565.335	38%
SARDEGNA	3	1.675.411	37.5%
FRIULI VG	2	1.235.808	33%
PUGLIA	5	4.091.259	25%
LAZIO	**6**	**5.728.688**	**21%**
SICILIA	5	5.051.075	20%
CALABRIA	2	2.011.395	20%
CAMPANIA	1	5.834.056	3.4%
BASILICATA	0	587.517	0%
Totale	142	60.626.442	46.8%

1 stroke unit per 1.200 abitanti secondo "Quaderno Min. Salute" 2010

Cortesia del Prof. D. TONI

Quanti pazienti potremmo trattare?

- Incidenza ictus ischemico in Italia:
  - ✓ circa 134.000 nuovi casi/anno
- Pazienti che giungono entro le 3 ore:
  - ✓ circa 30% del totale = 40.000/anno
- Pazienti trattabili (in base al RCP)
  - ✓ circa 25% dei giunti entro 3 ore = 10.000/anno ovvero circa 35/200.000 cittadini
- Pazienti trattabili/anno e trattabili/mese per Regione
  - ✓ assumendo come valido per ciascuna Regione il calcolo su base nazionale, proporzionato alla popolazione della singola Regione

Cortesia del Prof. D. TONI

Tabella 6 Aree di afferenza per le unità di trattamento neurovascolare di II livello (UTN-II) - Decreto 48/20010

UTN-II	Popolazione	Aziende presenti nell'area di afferenza
Pol. Umberto I	1.455.872	**Area 1**: ASL RMA, ASL RMG , ASL FR
Pol. Tor Vergata	1.566.730	**Area 2**: ASL RMB, ASL RM C, ASL RMH (Distretti 1, 2, 3 e 5), S. Giovanni Addolorata, Campus Biomedico
A.O. S. Camillo	1.302.151	**Area 3**: ASL RMD; ASL RM H (Distretti 4 e 6), ASL LT
Pol. Gemelli	1.301.957	**Area 4**: ASL RM E, ASL RM F, ASL VT, ASL RI

Totale cittadini Lazio = 5.626.710

Totale trattabili / area:

Area 1: 244

Area 2: 262

Area 3: 218

Area 4: 218

Cortesia del Prof. D. TONI

NOME CENTRO	1/1/2007 31/12/2007	1/1/2008 31/12/2008	01/01/2009 31/12/2009	01/01/2010 31/12/2010	01/01/2011 15/09/2011	Proiezione al 31/12	%trattati/ % trattabili
UTN –Policl. Umberto I	36	53	68	56	62	87	36.2%
Policl. Tor Vergata	29	30	35	23	36	51	19.8%
Osp. San Camillo	22	25	33	27	26	37	17.2%
Osp. S.Andrea	12	12	11	16	8	11	
Policl. Gemelli	15	9	17	11	18	25	18.6%
Osp. San Filippo Neri	5	5	6	7	3	4	
Totale	119	134	170	140	153	215	23.1%

Cortesia del Prof. D. TONI

NEUROLOGIE negli OSPEDALI

Strutture Dedicate al ricovero per ACUTI

Strettamente Connesse al D E A – Pronto Soccorso

Integrate nel Sistema Emergenza-Urgenza

NEUROLOGO PRESENTE h/24

Unità di Trattamento NeuroVascolare

Evidence – Based STROKE CARE :

- Riduzione della MORTALITA'

- Riduzione della DISABILITA' RESIDUA

- Aumento dei dimessi che rientrano direttamente " a casa "

- Riduzione percentuale dei p. " non autonomi "

- Aumento percentuale dei pazienti restituiti alla loro attività lavorativa

Determinazione puntuale di indicatori specifici

Database accurati, sensibili, completi

Negoziazione di Budget Az. Ospedale / A S L / Regione



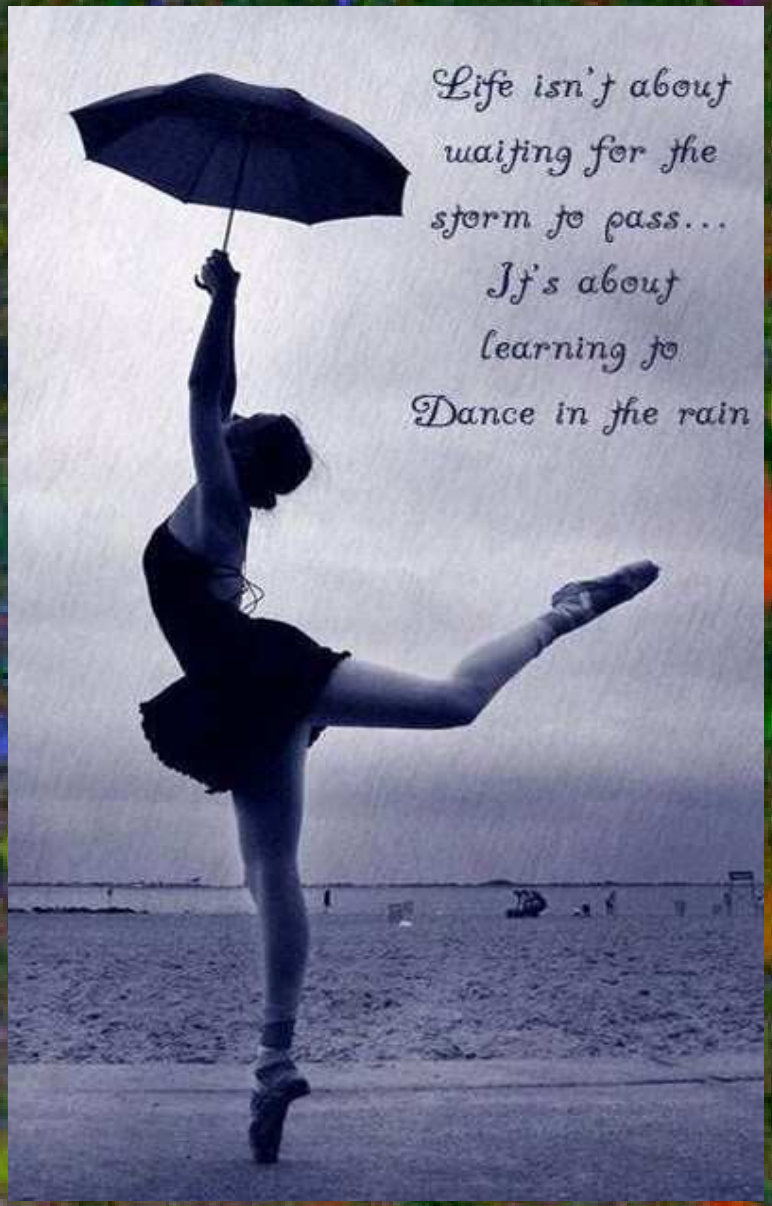


Take-home message

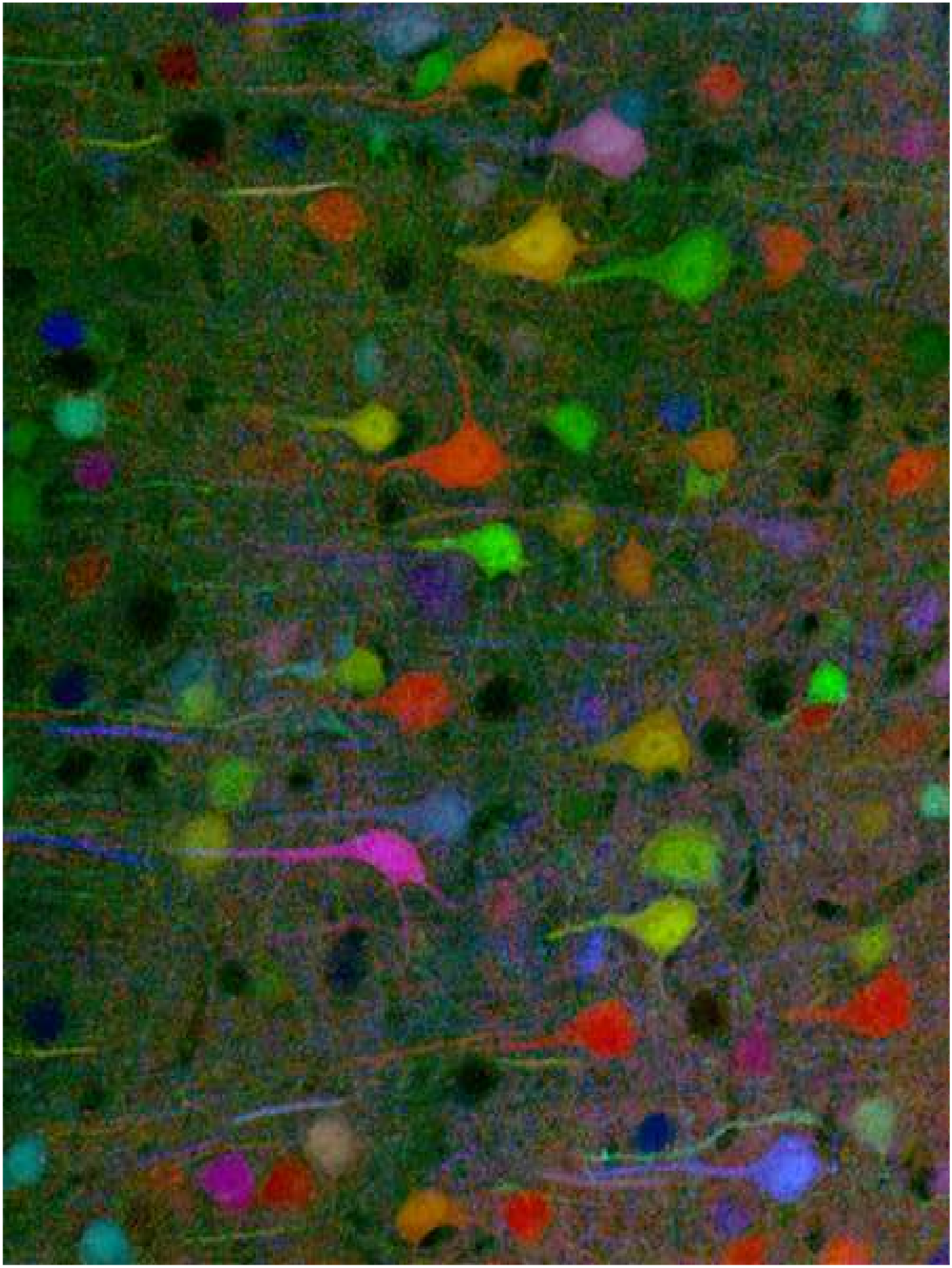
Strike (on)

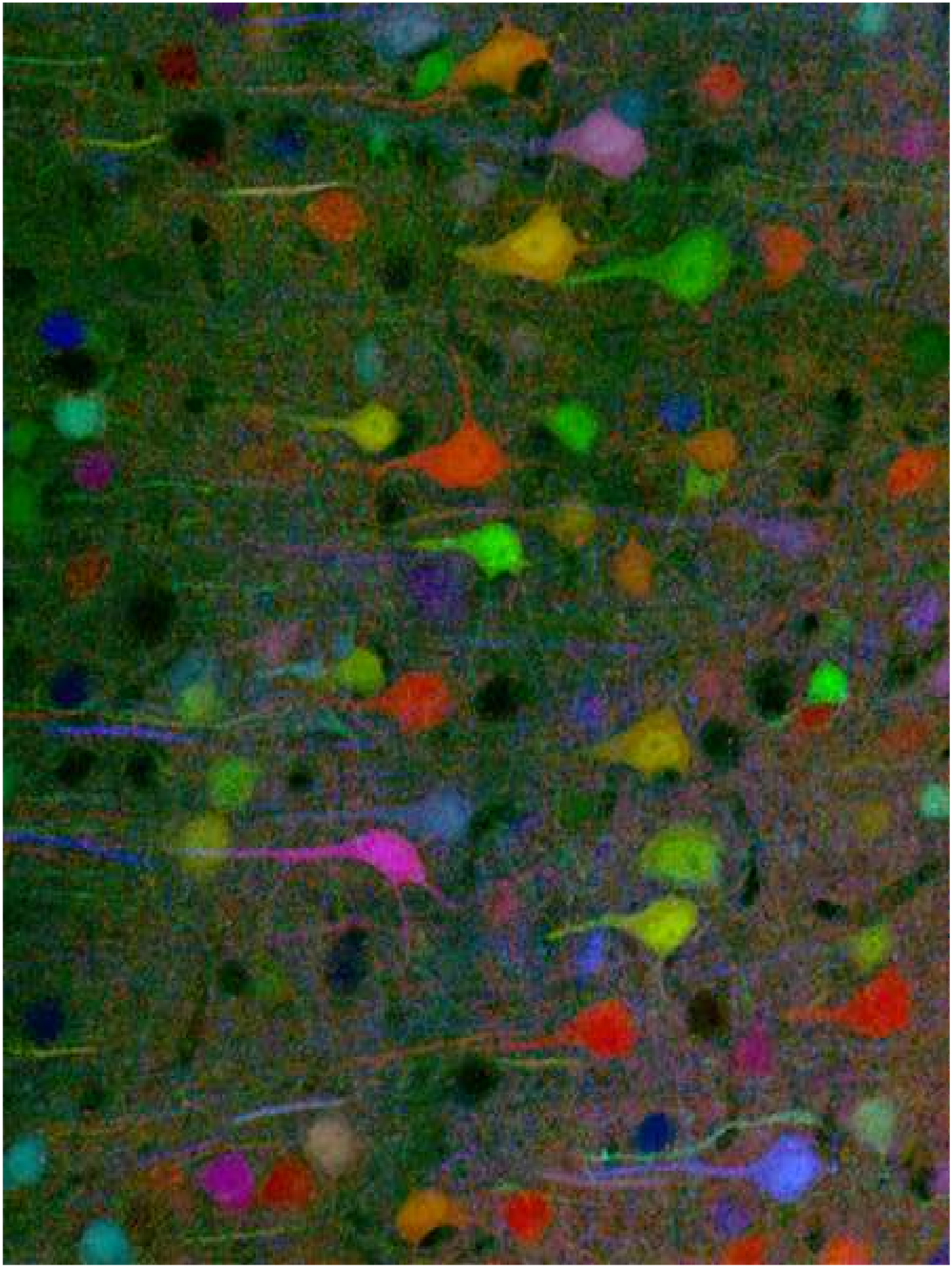
Neuro

Onanism



SRN
South West Stroke Research Network
Part of the
Stroke Research Network







LA MEGLIO SANITA'
domani sera 21,30 – RAI 3



www.snoitalia.it

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA NEVRALGIA DEL TRIGEMINO

POSSIBILITA' E LIMITI DEL TRATTAMENTO MEDICO

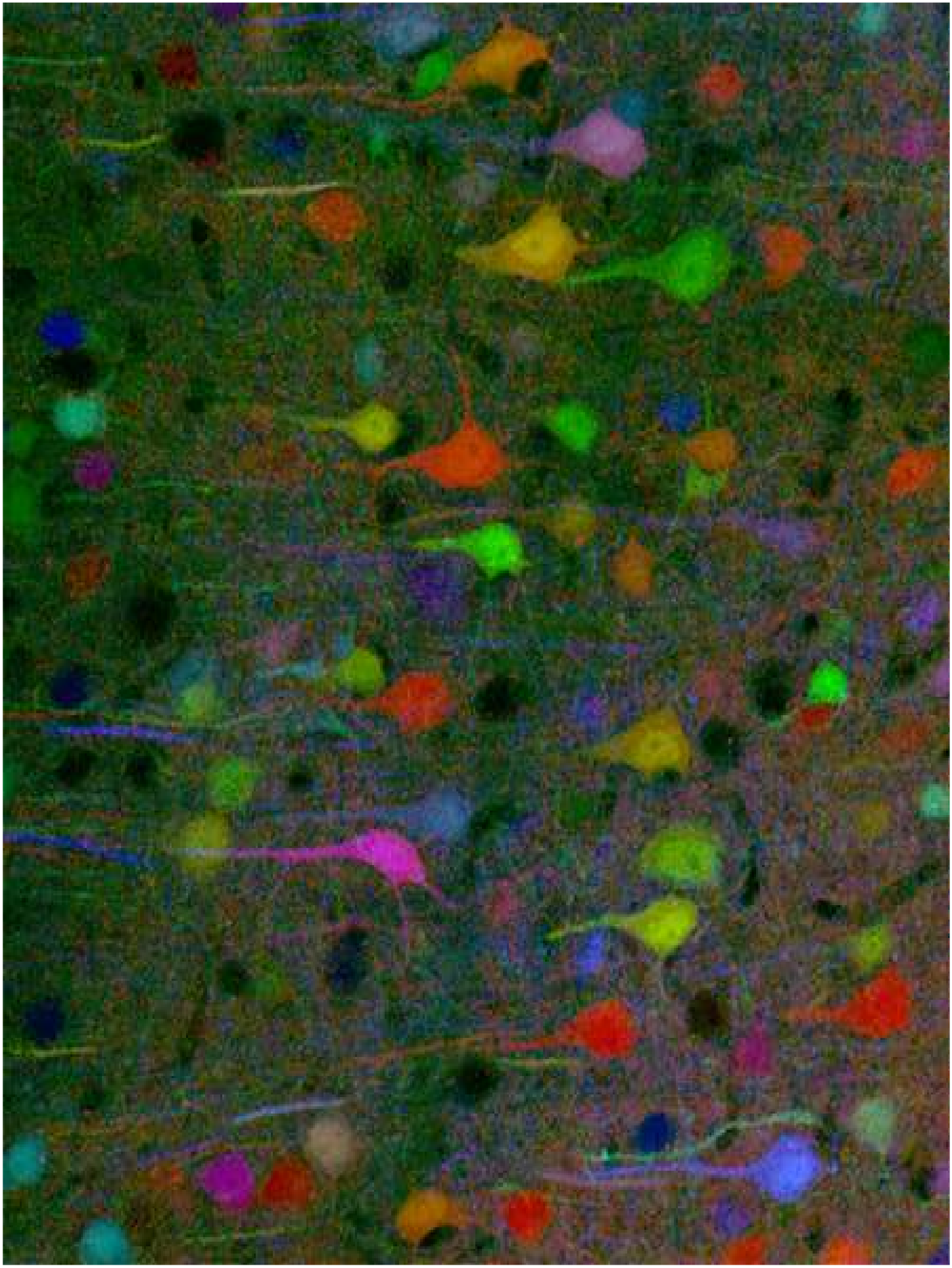
Giuseppe NERI

Responsabile Formazione, Qualità ed Efficacia Clinica

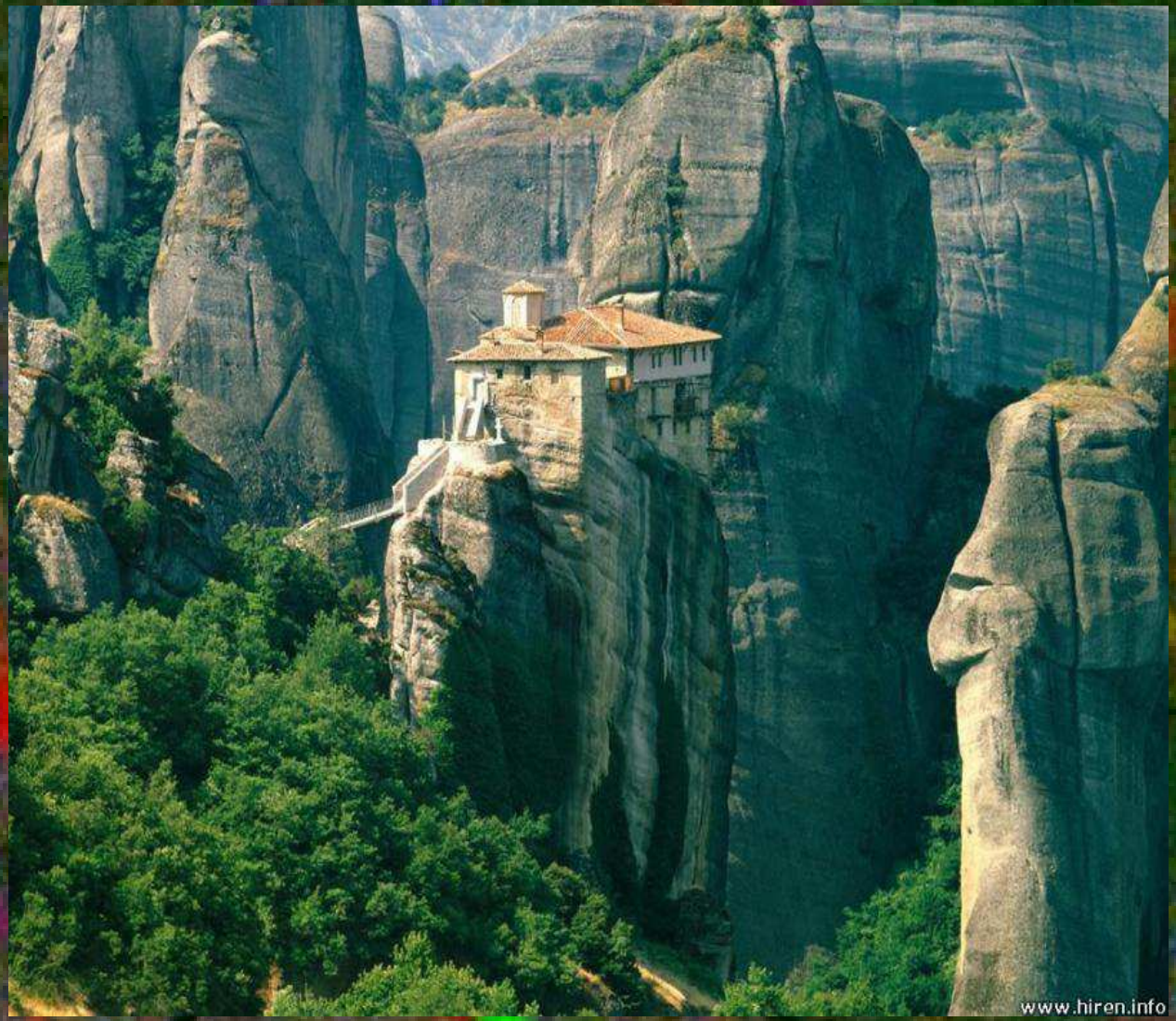
AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO

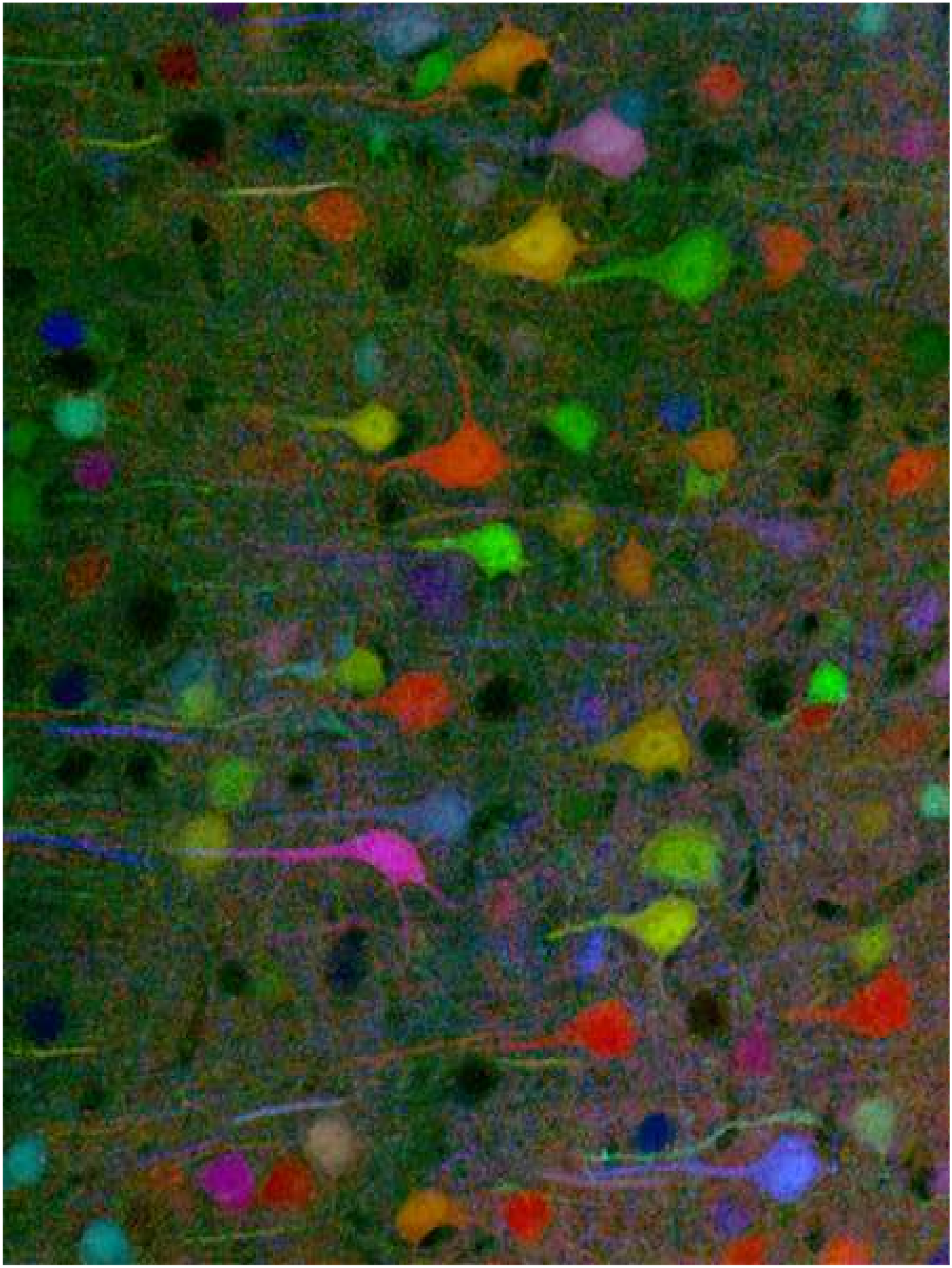
SAN FILIPPO NERI

OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE




WEBSHOTS


www.hiren.info

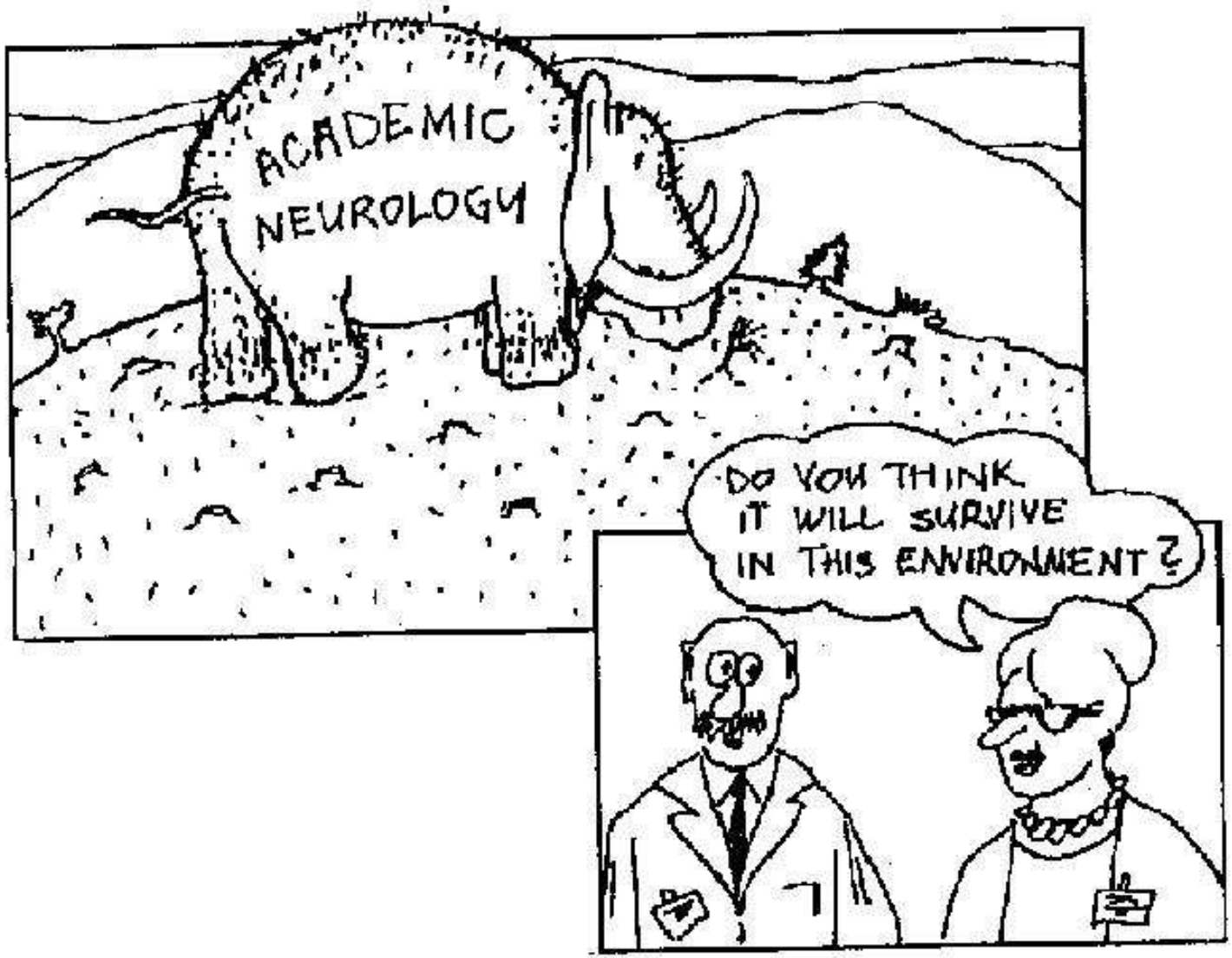



WEBSHOTS


It's a log way ..
to Tipperary
it's a long way to go…..



LA NEUROLOGIA DEI “ TROMBONI “


ACADEMIC NEUROLOGY
DO YOU THINK IT WILL SURVIVE IN THIS ENVIRONMENT?


- EFFICACIA
- EFFICIENZA
- QUALITA'
- APPROPRIATEZZA
Nella pratica clinica in Neurologia
(Workshop S NO , Barcellona Aprile 1998)