

Le Reti Tempo Dipendenti Regionali
Rete Toscana
Stroke

I modelli per l'equità basati sulle relazioni

Francesco Bellomo



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana



Alice Toscana Onlus
Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

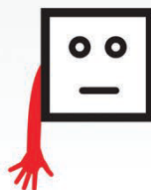
ICTUS

POCHI MINUTI VALGONO UNA VITA

RICONOSCI SUBITO I SINTOMI E CHIAMA IMMEDIATAMENTE IL **118**



BOCCA STORTA



BRACCIO DEBOLE



DIFFICOLTÀ A PARLARE



DIFFICOLTÀ NELLA VISTA

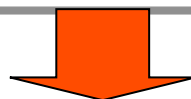


www.regione.toscana.it/ictus

Campagna informativa regionale in collaborazione con Alice Toscana Onlus - Associazione per la lotta all'ictus cerebrale.

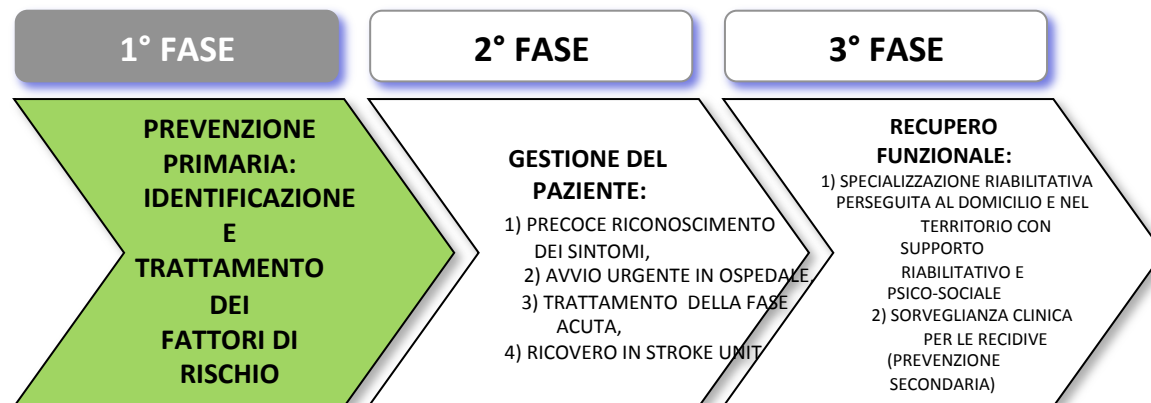
II PERCORSO

Il **PERCORSO** del **PAZIENTE** deve essere articolato in processi sequenziali, in ciascuno dei quali intervengono più funzioni e strutture organizzative ed attori diversi delle professioni sia sanitarie che sociali.



La serie di questi interventi si articola su tre fasi principali che caratterizzano il percorso del paziente a rischio o affetto da ictus cerebrale.

IL PROGETTO : IL DETTAGLIO PER OGNI FASE



FASE 1 - PREVENZIONE E INFORMAZIONE : **STATO DELL'ARTE**

FATTORI CHE AUMENTANO IN MODO DEFINITO IL RISCHIO DELLA MALATTIA:

- **NON MODIFICABILI** (ETÀ, RAZZA, FAMILIARITÀ)
- **ACQUISITI** (IPERTENSIONE ARTERIOSA, DIABETE, DISLIPIDEMIA, OBESITÀ, FUMO, ARITMIE CARDIACHE)

IL PROGETTO : IL DETTAGLIO PER OGNI FASE



L'EVIDENZA SCIENTIFICA

- I) TROMBOLISI ENDOVENOSA ENTRO 4,5 ORE DALL'INSORGENZA DEI PRIMI SINTOMI
- II) TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE. INTERVENTI DI DISOSTRUZIONE MECCANICA DELLA OCCLUSIONE ARTERIOSA PER VIA ENDOVASCOLARE

IL FATTORE TEMPO È L'ELEMENTO CRUCIALE SIA DI EFFICACIA CHE DI SICUREZZA

IL PROGETTO : IL DETTAGLIO PER OGNI FASE

FASE 2 – GESTIONE DEL PAZIENTE

PREVEDERE QUINDI:

- I) **IMMEDIATO TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DURANTE LA TROMBOLISI SISTEMICA VERSO IL CENTRO IDENTIFICATO PER L' INTERVENTISTICA ENDOVASCOLARE**
- II) **IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI TELESTROKE** GIÀ OPERATIVO IN ALTRE REGIONI ITALIANE
- III) FORMALIZZAZIONE IN OGNI PRESIDIO ACCREDITATO DELLO STROKE TEAM .

E' necessario implementare il sistema di misurazione adottando un MINIMAL DATA SET contestualmente alla implementazione dei percorsi al fine di analizzare il funzionamento e quantificare i costi.

IL PROGETTO : IL DETTAGLIO PER OGNI FASE



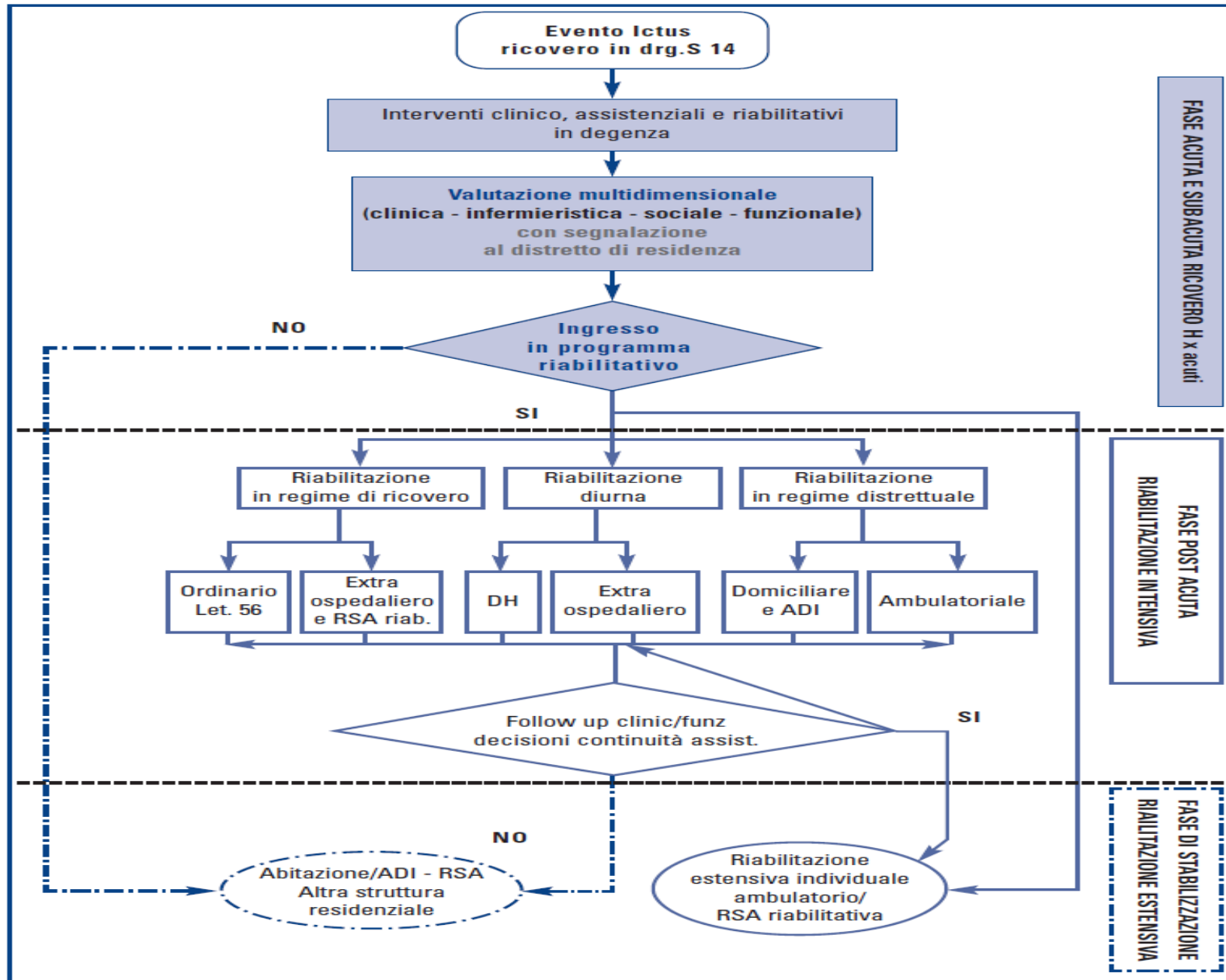


Figura 1. Diagramma di flusso dei percorsi assistenziali e riabilitativi successivi alla fase acuta.

IL PROGETTO : IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Obiettivo: costituzione della Rete Ictus

La Regione Toscana adotta il **modello organizzativo in rete** quale modalità operativa basata su la cooperazione professionale e la complementarietà tra le risorse presenti sul territorio (competenze, tecnologie e infrastrutture) , per la gestione dei casi di ictus, **al fine di assicurare su tutto il territorio regionale** gli **standards clinico-assistenziali raccomandati** per la riduzione del ritardo evitabile, garantendo equità di accesso ai servizi e pari opportunità di cura ed assistenza ai cittadini.



REGIONE TOSCANA

Delibera N 1186 del 15/12/2014



Prime linee di indirizzo alle Aziende per la realizzazione della rete «Ictus»

La RETE ICTUS è una rete tempo dipendente formata dall'insieme delle strutture della rete dell'emergenza-urgenza, ospedaliera e territoriale.

Ogni Area Vasta approva un protocollo clinico-assistenziale atto a garantire la corretta e tempestiva gestione del paziente con Ictus e TIA

1 - SISTEMA REGIONALE EMERGENZA URGENZA E CENTRALE OPERATIVA 118

- 1- Corretta intercettazione e definizione dei casi con deficit neurologico acuto mediante la scala CPSS-FAST**
- 2- Specifico CODICE ICTUS «ROSSO STROKE» con preallertamento del DEA di riferimento**
- 3- Formazione di tutto il personale delle C.O. 118 e P.S.**

2 – RETE ICTUS

La RETE ICTUS si articola in PO di due livelli:

• PO di I LIVELLO/SEDE di PS/DEA I livello

- ✓ Stroke Team (con neurologo o medico esperto di ictus)
- ✓ Presenza di competenze multidisciplinari
- ✓ Esecuzione e lettura/refertazione della TC cerebrale H24 con sistema di trasmissione dati e teleconsulto da parte di II livello

• PO di II LIVELLO/SEDE di DEA II livello

- ✓ Tutti i parametri sopra descritti
- ✓ Neuroradiologia
- ✓ Interventistica endovascolare

RETI PER PATOLOGIA – hanno il compito di integrare l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale

• **RETE ICTUS** → Rete tempo-dipendente

Individua un percorso che prevede 3 fasi:

- ✓ Fase PRE-OSPEDALIERA
- ✓ FASE OSPEDALIERA
- ✓ FASE POST-OSPEDALIERA

STROKE UNIT di I LIVELLO o AREA STROKE

STROKE UNIT di II LIVELLO

OSPEDALE I LIVELLO (AREA STROKE)

Deve rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Requisiti:

- UN NEUROLOGO DEDICATO E PERSONALE INFERMIERISTICO DEDICATO
- **TERAPIA FIBRINOLITICA ENDOVENOSA**
- ALMENO UN POSTO LETTO CON MONITORAGGIO CONTINUO
- COMPETENZE MULTIDISCIPLINARI INCLUSE O PRESENTI NELLA STRUTTURA
- RIABILITAZIONE PRECOCE (FISIOTERAPIA, LOGOPEDIA, TERAPIA OCCUPAZIONALE)
- PRONTA DISPONIBILITA' NEUROCHIRURGICA (ANCHE IN ALTRA SEDE, CON SUPPORTO TECNOLOGICO TELEDIAGNOSTICO)
- **DISPONIBILITA' H 24 DI TC CEREBRALE E ANGIO-TC** CON APPARECCHIO VOLUMETRICO MULTISTRATO AD ALMENO 16 STRATI E O RM ENCEFALO, RM CON IMMAGINI PESATE IN DIFFUSIONE (RM DWI), ANGIO-RM
- DIAGNOSTICA NEUROSONOLOGICA EPIAORTICA E INTRACRANICA, ECODOPPLER DEI TRONCHI SOVRA-AORTICI ED ECOCARDIOGRAFIA
- **COLLEGAMENTO OPERATIVO CON LE STROKE UNIT DI II LIVELLO PER INVIO IMMAGINI E CONSULTAZIONE;** COLLEGAMENTO OPERATIVO CON IL TERRITORIO E CON UNA O PIU' STRUTTURE RIABILITATIVE

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 Aprile 2015, N. 70

STROKE UNIT DI II LIVELLO

Deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve possedere:

- PERSONALE DEDICATO (NEUROLOGO E INFERMIERISTICO) H 24
- **NEURORADIOLOGIA H 24** CON TC VOLUMETRICA MULTISTRATO A 64 STRATI, CON PROGRAMMI DI RICOSTRUZIONE ANGIOGRAFICA PERFUSIONALE; APPARECCHIO DA 1,5 T PER RM, RM CON IMMAGINI PESATE IN DIFFUSIONE (RM DWI), RM CON IMMAGINI PESATE IN PERFUSIONE (RM PWI) E ANGIO-RM CON PACCHETTO A RAPIDA EFFETTUAZIONE
- **INTERVENTISTICA ENDOVASCOLARE** CON CAMERA CON ANGIOGRAFO DIGITALE CON ARCO A C E CON FLAT PANEL H24
- **NEUROCHIRURGIA H 24**
- **CHIRURGIA VASCOLARE H 24**
- ANGIOGRAFIA CEREBRALE
- FIBRINOLISI INTRA-ARTERIOSA (URGENZA), TROMBECTOMIA MECCANICA (URGENZA), STENT EXTRA- E INTRA- CRANICO
- EMBOLIZZAZIONE DI MALFORMAZIONI ARTERO-VELOSE, ANEURISMI, ENDOARTERECTOMIA (URGENZA)
- CRANIOTOMIA DECOMPRESSIVA
- CLIPPING DEGLI ANEURISMI



Gli atti regionali

DGR 145/2016

Obiettivi generali :

- Affermare il ruolo fondamentale delle reti come modello organizzativo per rispondere alla complessità crescente dei processi sanitari.
- Integrare e condividere conoscenze, competenze e i percorsi clinico assistenziali
- Realizzare il riassetto complessivo delle reti previste dal D.M. 70/2015 parallelamente alla ridefinizione del quadro più ampio della rete ospedaliera regionale, entro il 2017.

Obiettivi specifici:

Realizzazione di reti di livello regionale:

- Rete dell'emergenza ed urgenza cardiologica
- Rete Ictus
- Rete Grandi Traumi

Gli atti regionali

La DGR N 1378 del 27-12-2016

***«Reti cliniche tempo dipendenti di cui al D. M. 70/2015.
Approvazione linee di indirizzo per la realizzazione delle reti
regionali.»***

- 1. approva** “Il modello organizzativo delle Reti cliniche”, predisposto dai referenti del Gruppo regionale
- 2. approva** i “Fattori chiave per il funzionamento delle reti cliniche tempo dipendenti”, indicati dagli stakeholders (manager della sanità, professionisti clinici e associazioni dei cittadini)
- 3. impegna** le Aziende Sanitarie toscane a dare attuazione alle indicazioni contenuti nella delibera

Definizione di Rete Clinico Assistenziale

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, **con modalità formalizzate e coordinate**, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

La rete individua i **nodi** e le relative **connessioni** definendone le **regole di funzionamento**, il **sistema di monitoraggio**, i **requisiti di qualità e sicurezza** dei processi e dei percorsi di cura, di **qualificazione dei professionisti** e le modalità di coinvolgimento dei cittadini. (Strumento: PDTA di AREA VASTA)

Obiettivi della rete

1. **ottimizzare la gestione del percorso del paziente** definendo esattamente il ruolo che ogni singolo servizio è chiamato a svolgere, con un conseguente **miglioramento del coordinamento dell'assistenza**;
2. aumentare gli standard di assistenza erogati e **garantire equità di accesso alle cure**;
3. **condividere ed integrare**, con modalità codificate, le **conoscenze e le competenze**;
4. **rendere rapidamente disponibili le risorse complessive del sistema**;
5. garantire la **continuità nel percorso di cura**

Criteri per progettazione delle reti

- Definizione dei criteri di individuazione degli erogatori che fanno parte di una specifica rete (NODI)
- Definizione di un sistema di regole che consenta il funzionamento coordinato della rete (CONNESSIONI) (PDTA)



Azioni

- Identificazione dei **nodi della rete**
- Progettazione e implementazione dell' **infrastruttura di collegamento e degli standards di trasmissione**
- Definizione del **regolamento di funzionamento** generale (di rete) e dei singoli erogatori (dei nodi)
- Progettazione di **strumenti per il coordinamento e la gestione**
- Definizione degli **indicatori di monitoraggio** del funzionamento della rete
- Predisposizione di **piani di miglioramento**

Delibera Regionale n. 1380 del 27-12-2016

Reti cliniche tempo-dipendenti di cui al D.M. 70

***Approvazione documenti di programmazione
delle reti regionali:***

1. rete ictus: Allegato A
2. rete emergenze cardiologiche: Allegato B
3. rete trauma maggiore: Allegato C



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 27-12-2016 (punto N 64)

Delibera N 1380 del 27-12-2016

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

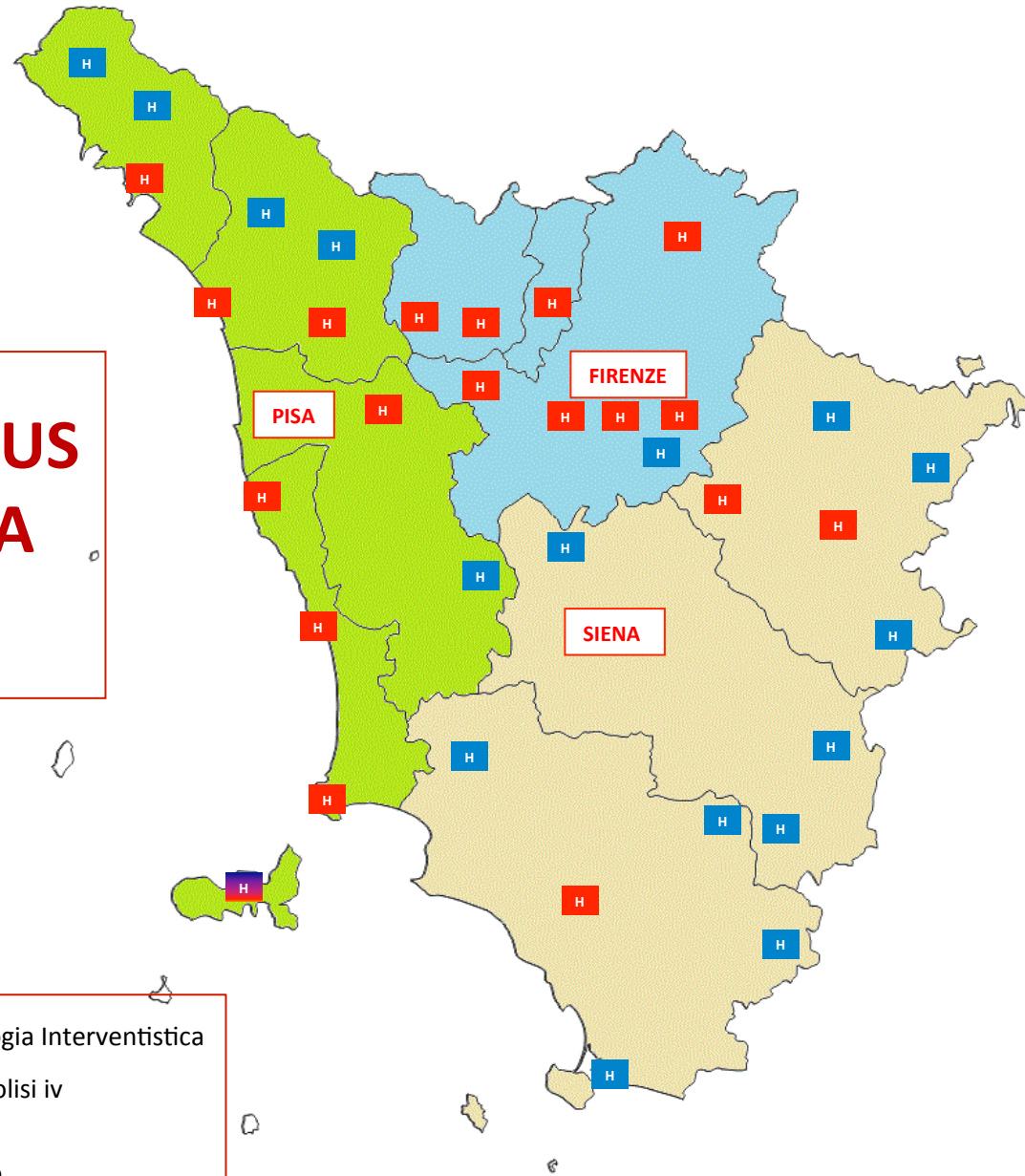
Dirigente Responsabile Maria Teresa MECHI

Estensore PAOLA MAGNESCHI

Oggetto

Reti cliniche tempo-dipendenti di cui al D.M. 70/2015. Approvazione documenti di programmazione delle reti regionali.

RETE ICTUS TOSCANA 2017

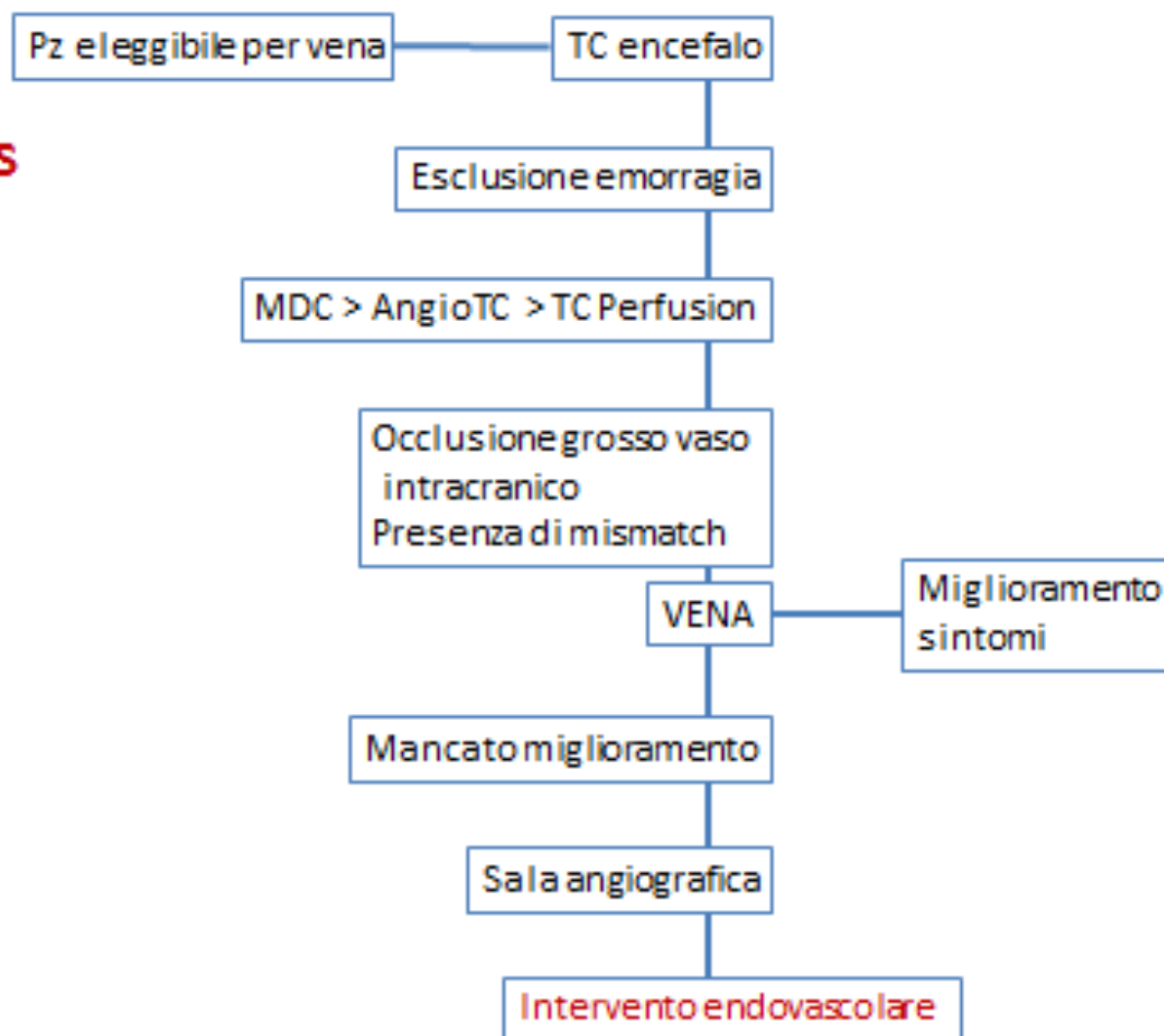


2.3 Elementi clinico assistenziali della Rete Ictus

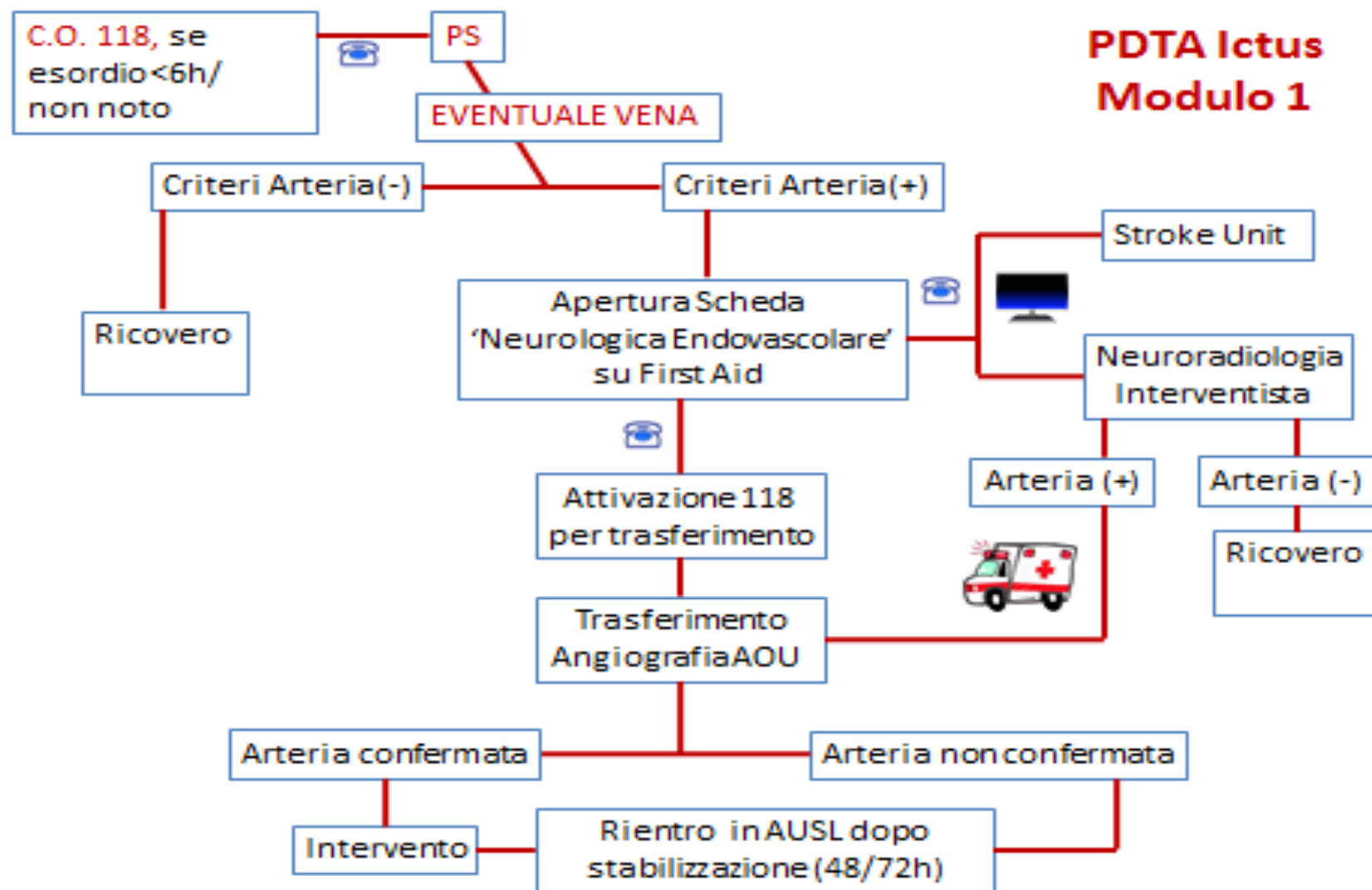
Nel territorio della Regione Toscana sono presenti tre stabilimenti ospedalieri con Dea di II° livello (AOUP-AOUC-AOUS) accreditati per la trombolisi sia venosa che intraarteriosa e **18** ospedali con DEA di I° livello accreditati per la trombolisi venosa (Tabella 1 e Fig.2,3,4,5) che fanno parte delle rete Ictus nelle tre Aree Vaste.

Gli ospedali delle tre AAVV, attualmente accreditati, garantiscono una copertura nel territorio ottimale (Appendice 5."Percentuale di copertura del territorio per trombolisi sistemica" in base alla soglia stabilita di un centro accreditato per un bacino di utenza di 200 mila abitanti (Quaderni Salute n.2/2012). Tuttavia in Toscana i casi sottoposti a trombolisi sistemica nel 2014 sono stati circa la metà dei candidati attesi, da ciò discende a necessita di migliorare il governo dei processi clinico assistenziali senza incrementare il numero dei centri. **Riguardo ai casi di ictus candidati a trombolisi che si verificano nelle aree geograficamente disagiate in cui insistono gli ospedali di base, questi possono essere centralizzati in modo appropriato presso il presidio ospedaliero accreditato di ambito territoriale piu vicino, con l'eccezione dell'Isola d'Elba dove i tempi di trasporto possono essere eccessivamente lunghi, anche utilizzando l'elisoccorso, in caso di condizioni metereologiche avverse. Viene previsto pertanto un servizio di telemedicina strutturato (telestroke) fra l'ospedale di Livorno e l'ospedale di Portoferraio in modo da permettere in quest'ultimo l'esecuzione guidata della trombolisi sistemica.**

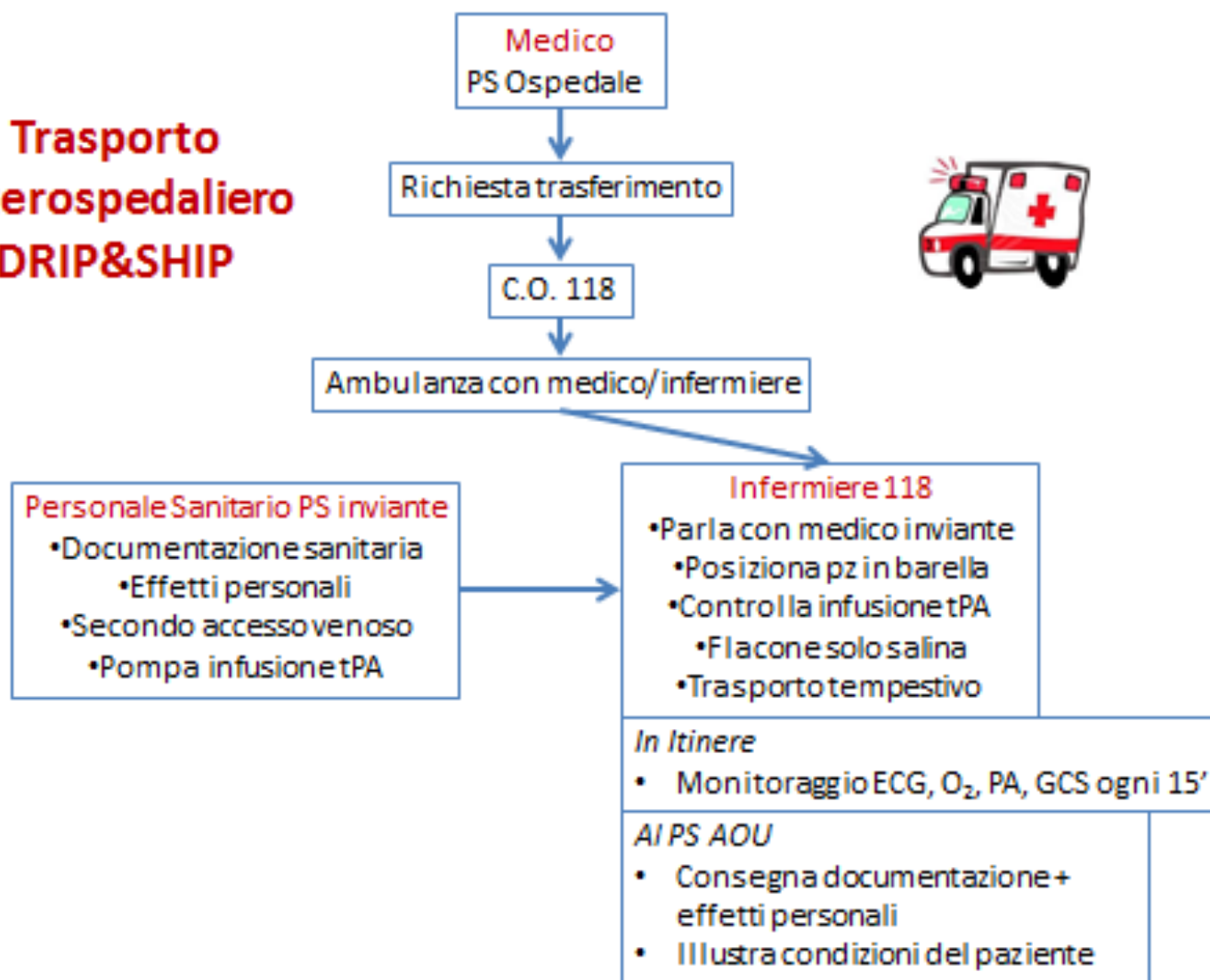
**PDTA ICTUS
AVC
AVNO
AVSE**



PDTA Ictus Modulo 1



Trasporto interospedaliero DRIP&SHIP





**DD 1091/6 marzo 2017: nomina dei Responsabili Clinici e Organizzativi
delle reti tempo dipendenti Rete Ictus, Rete Emergenza Cardiologica e
Rete Trauma Maggiore
(Comitato Strategico Regionale)**

RETE REGIONALE ICTUS

Responsabile Clinico	Prof. Domenico Inzitari
Responsabile Organizzativo	dr. Francesco Bellomo

RETE REGIONALE EMERGENZA CARDIOLOGICA

Responsabile Clinico	dr. Leonardo Bolognese
Responsabile Organizzativo	dr.ssa Branka Vujovic

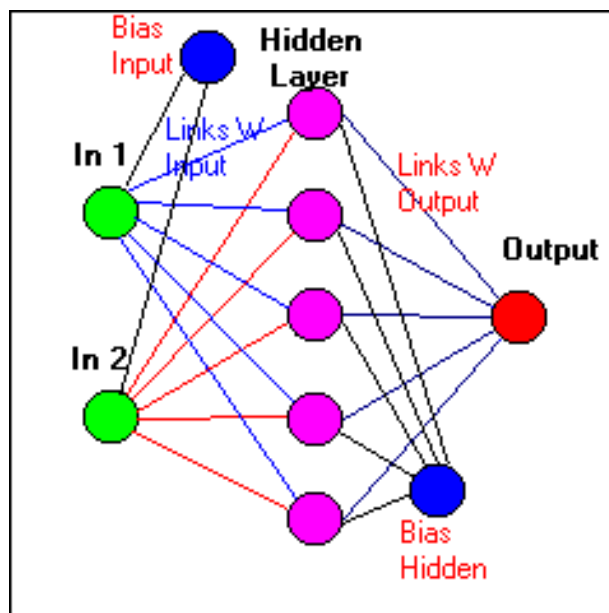
RETE REGIONALE TRAUMA MAGGIORE

Responsabile Clinico	dr. Andriano Peris
Responsabile Organizzativo	dr. Lucia Turco

specificare che l'incarico si intende di durata triennale, eventualmente rinnovabile;

specificare che l'incarico affidato non comporta ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

La Governance





La Governance delle Reti T.D.

Per assicurare una governance adeguata delle reti di livello regionale è stato ritenuto necessario prevedere un **coordinamento strategico regionale di governance clinica** con il compito di indirizzo tecnico professionale di programmazione, promozione delle azioni, monitoraggio e valutazione degli esiti.

Per le *patologie tempo dipendenti* il modello di rete si declina in **sottoreti di Area Vasta** con valenza operativo-gestionale



La Governance della rete

(DGR 1380/2016)

A livello regionale è costituito un **Comitato Strategico** con le seguenti funzioni:

- definizione delle linee di sviluppo ed identificazione delle aree geografiche di riferimento
- definizione e aggiornamento PDTA di riferimento
- sviluppo degli specifici standards organizzativi, professionali e tecnologici successivamente da integrare anche nel sistema di accreditamento istituzionale
- coordinamento delle azioni di implementazione della rete
- monitoraggio del funzionamento complessivo della rete attraverso indicatori di processo e di esito e standard di riferimento, audit clinico ed organizzativo annuale e site visit semestrali presso le strutture coinvolte
- messa a punto dei programmi di formazione



La Governance della rete

(DGR 1080/2016)

La **Rete Regionale Tempo Dipendente** è articolata in tre sotto-reti di Area Vasta, per ciascuna delle quali viene formalizzato un organismo di coordinamento (Board di Area Vasta della sotto-rete), che rappresenta l'articolazione operativo-gestionale del Comitato Strategico Regionale (CSR)

Il **Board di Area Vasta** è composto da professionisti delle aziende sanitarie di Area Vasta designati dalle rispettive direzioni aziendali.

Per ciascun Board di Area Vasta vengono individuati, di concerto tra le aziende coinvolte, un **responsabile clinico ed un responsabile organizzativo** che hanno il compito di pianificare, coordinare e monitorare a livello locale la realizzazione ed il funzionamento della rete con le modalità previste dal Documento di Programmazione

Il Board si rapporta con il DIAV dell'Emergenza Urgenza e Reti Tempo Dipendenti per gli ambiti di competenza

Il Board di AV, in collaborazione con i direttori/responsabili delle strutture organizzative delle Aziende (AOU e Territoriali) coinvolte nell'operatività della rete clinica, realizzano e gestiscono il PDTA anche mediante negozi giuridici attivati per disciplinare ed attribuire i livelli di responsabilità.



Il Comitato Strategico Regionale

Il Comitato Strategico Regionale svolge le seguenti funzioni:

- definizione delle linee di sviluppo della rete
- definizione ed aggiornamento del percorso clinico assistenziale di riferimento
- definizione degli standard professionali, organizzativi e tecnologici, da integrare nel sistema di accreditamento istituzionale
- coordinamento generale delle azioni necessarie all'implementazione della rete
- monitoraggio del funzionamento della rete (misurazione degli indicatori di processo/esito e dello scostamento dagli standard previsti, ed effettuazione di audit clinico-organizzativo e site visits)
- progettazione di programmi di formazione.
- aggiornamento scientifico e manutenzione dei PDTA

La rete tempo dipendente è regolata da procedure di funzionamento definite dal Board di Area Vasta in collaborazione con i Direttori/Responsabili delle Strutture Organizzative delle Aziende Sanitarie (AOU e ASL Territoriali) coinvolte nell'operatività della Rete Clinica e formalizzate mediante **convenzioni/accordi di programma**.

Comitato Strategico Regionale Reti Tempo Dipendenti

Board AV Sottorete Ictus

Board AV Sottorete emergenze cardiologiche

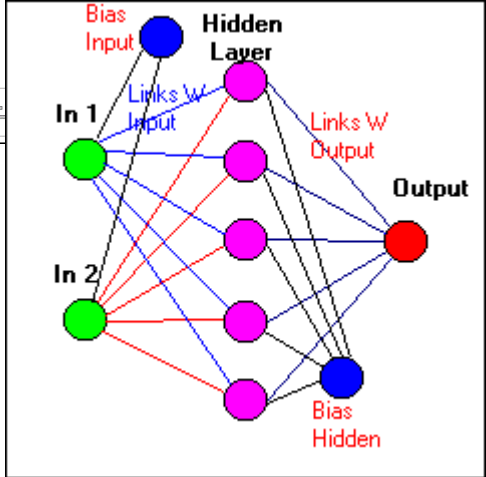
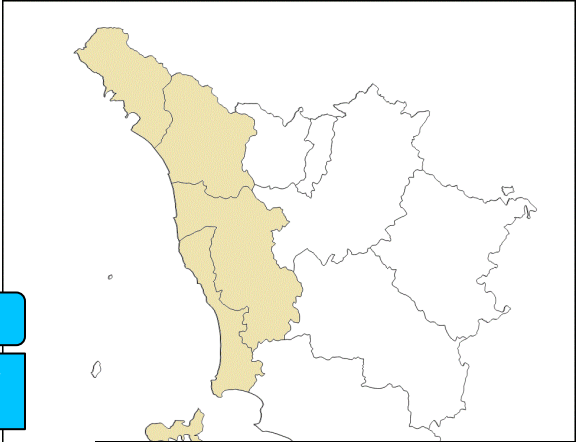
Board AV Sottorete trauma

Rete dell'emergenza urgenza 118/Pronto Soccorso

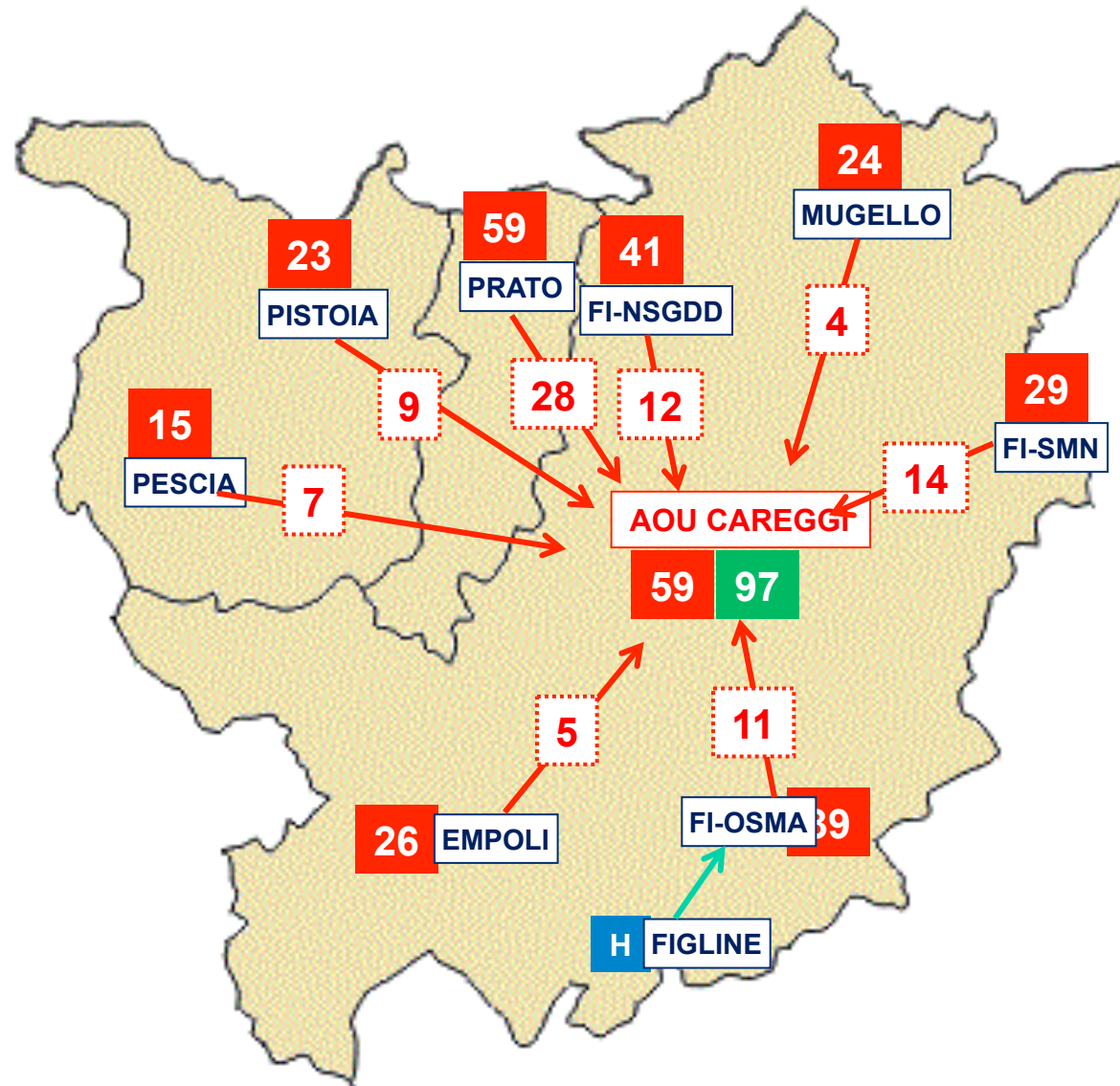
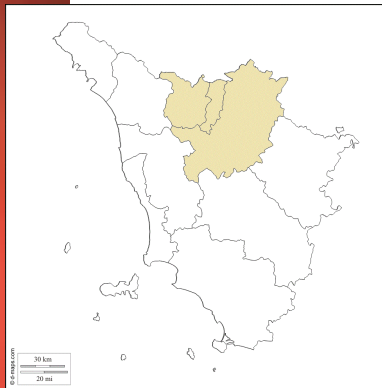
Responsabili Funzioni Operative Rete Ospedaliera AV

Strumenti per la continuità H-T

Rete Territoriale riabilitativa/assistenziale



TROMBOLISI
Area Vasta Centro
2016
N = 287



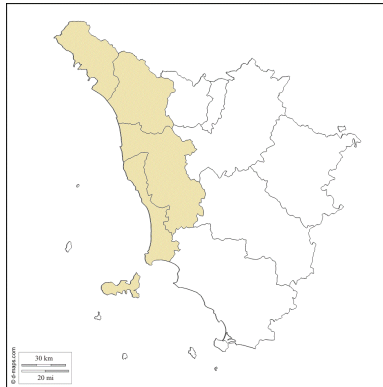
Nr
Nr
Nr
H
 Tra →
 Tra →

TROMBOLISI

Area Vasta Centro 2016

Ospedale	Trombolisi EV	Trasferimenti HUB	Rescue	Trombectomi e primarie
Empoli	26	5 →	→ 1	→ 2
Prato	59	28 →	→ 11	→ 10
Pistoia	23	9 →	→ 6	→ 1
Pescia	15	7 →	→ 2	→ 3
Mugello	24	4 →	→ 3	→ 1
Firenze SMN	29	14 →	→ 6	→ 6
Firenze NSGDD	41	12 →	→ 6	→ 1
Firenze OSMA	39	11 →	→ 3	→ 2
AOU Careggi	59		13	20
Area Vasta Centro	315	90	51	46

Rete Stroke Area Vasta Nord Ovest



TROMBOLISI

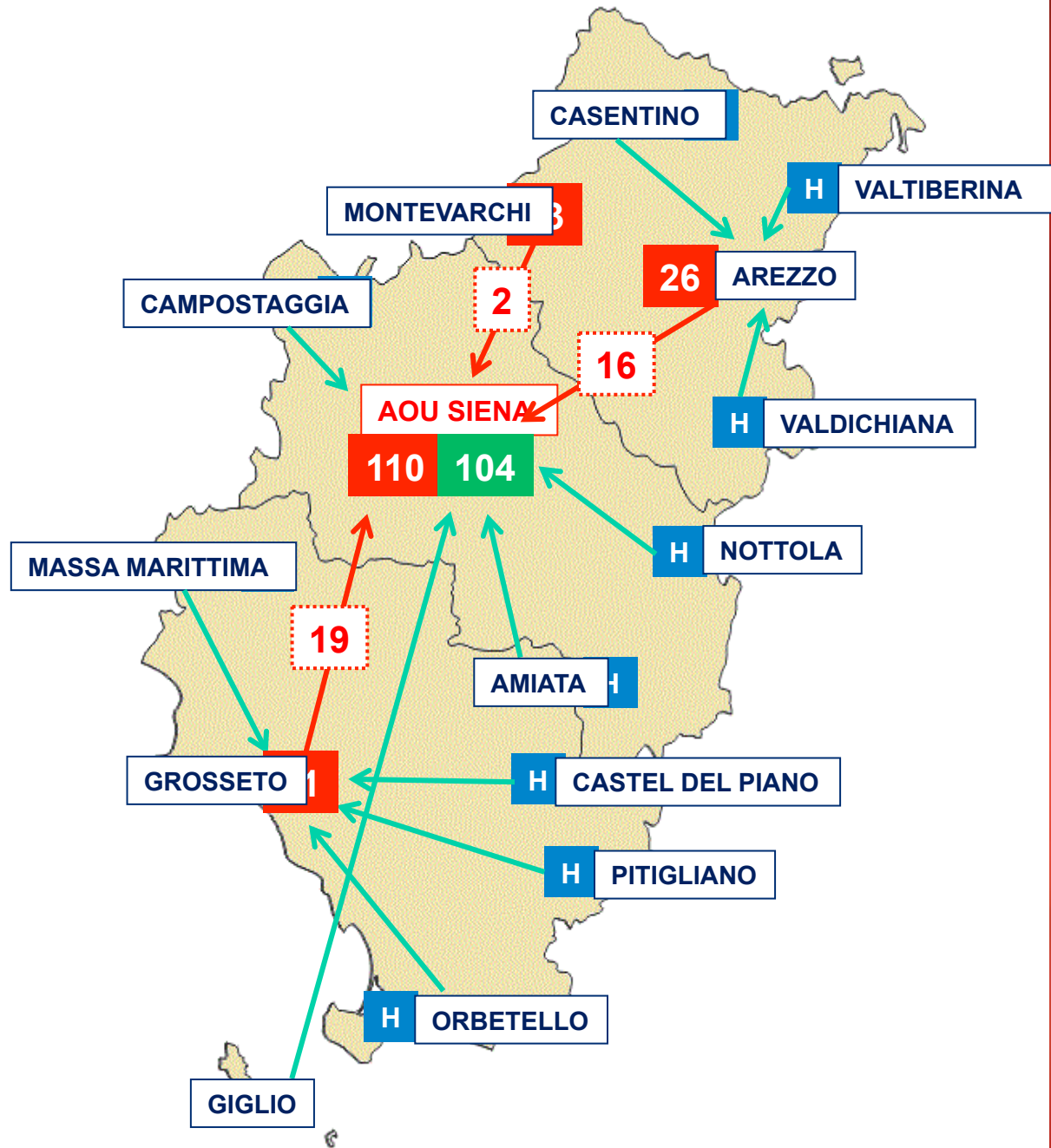
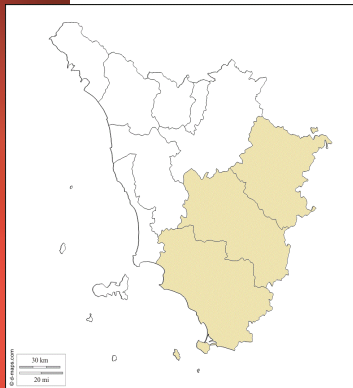
Area Vasta Nord Ovest 2016

Ospedale	Trombolisi EV	Rescue	Trombectomi e primarie
Apuane	60	→ 3	→ 1
Lucca	31	→ 5	→ 2
Versilia	20	→ 2	→ 1
Livorno	47	→ 3	→ 2
Cecina	12	--	--
AOU Pisa	71	7	8
Area Vasta Nord Ovest	241	20	14

RETE ICUS AVSE

Gennaio 2016

N = 190



Legend for the map:

- Nr** (Red box): Number of patients
- Nr** (Green box): Number of patients
- Nr** (Red dashed box): Number of patients
- H** (Blue box): Hospital
- Tra** (Green arrow): Transfer to AOU SIENA
- Tra** (Red arrow): Transfer from AOU SIENA

TROMBOLISI

Area Vasta Sud Est 2016

Ospedale	Trombolisi EV	Rescue	Trombectomie primarie
Arezzo	26	→ 13	→ 3
Grosseto	41	→ 13	→ 6
Montevarchi	13	→ 1	→ 1
AOU Siena	110	35	32
Area Vasta Sud Est	190	62	42



Ministero della Salute

TELEMEDICINA
Linee di indirizzo nazionali

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
1. INQUADRAMENTO STRATEGICO	5
1.1 SCENARIO DI RIFERIMENTO	5
1.2 OPPORTUNITA' OFFERTE DALLA TELEMEDICINA	7
1.3 AMBITI PRINCIPALI.....	8
2. DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA.....	10
2.1 DEFINIZIONE DI TELEMEDICINA	10
2.2 FINALITA'	10
2.3 CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA	11
2.4 CARATTERIZZAZIONE E DESCRIZIONE DI UN SERVIZIO DI TELEMEDICINA	15
3. ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI TELEMEDICINA	18
3.1 ATTORI COINVOLTI.....	18
3.2 COMPONENTI TECNOLOGICHE E INFORMAZIONI SANITARIE	18
3.3 MODELLI ORGANIZZATIVI.....	19
3.4 ASPETTI RILEVANTI AI FINI DELL'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NEL SSN	20
4. INFORMAZIONE E FORMAZIONE.....	22
4.1 INFORMAZIONE	22
4.2 FORMAZIONE.....	23
5. INTEGRAZIONE DELLA TELEMEDICINA NEL SERVIZIO SANITARIO.....	25
5.1 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	25
5.2 TELEMEDICINA NEL SERVIZIO SANITARIO	25
5.3 TELEMEDICINA IN REGIME PRIVATISTICO	26
5.4 DOCUMENTO DEL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE INTEGRATO	27
5.5 DOCUMENTO DI DEFINIZIONE DEGLI STANDARD DI SERVIZIO	27
5.6 ACCORDI CONTRATTUALI	28
5.7 CENTRO SERVIZI E CENTRO EROGATORE	29
5.8 MODELLO DI GOVERNANCE REGIONALE DELLE INIZIATIVE DI TELEMEDICINA	30
6. REMUNERAZIONE E VALUTAZIONE ECONOMICA DEI SERVIZI TELEMEDICINA	31
6.1 REGOLE E CRITERI PER LA REMUNERAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA.....	31
6.2 VALUTAZIONE ECONOMICA DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA	32
7. INDICATORI DI PERFORMANCE.....	35
8. ASPETTI ETICI E REGOLATORI	38
8.1 PREMESSA	38
8.2 ASPETTI ETICI.....	38
8.3 TRATTAMENTI DI DATI PERSONALI E DI DATI CLINICI CON STRUMENTI ELETTRONICI	38
8.4 TELEMEDICINA TRANSFRONTALIERA.....	39
9. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	40

	UTENTE	CENTRO	SERVIZI	CENTRO EROGATORE
Informazione	X			X
Formazione	X		X	X
Integrazione nel SSN				autorizzazione accreditamento accordi contrattuali
Aspetti etici	X		X	X
Trattamenti dei dati personali con strumenti elettronici	X		X	X
Responsabilità professionale			X	X

Figura 3.2 Rappresentazione schematica di aspetti rilevanti ai fini dell'utilizzo della Telemedicina nel SSN

La Figura 5.1 descrive schematicamente le modalità di integrazione della Telemedicina nel Servizio Sanitario con riferimento ai criteri di autorizzazione ed accreditamento e agli accordi contrattuali con i SSR.

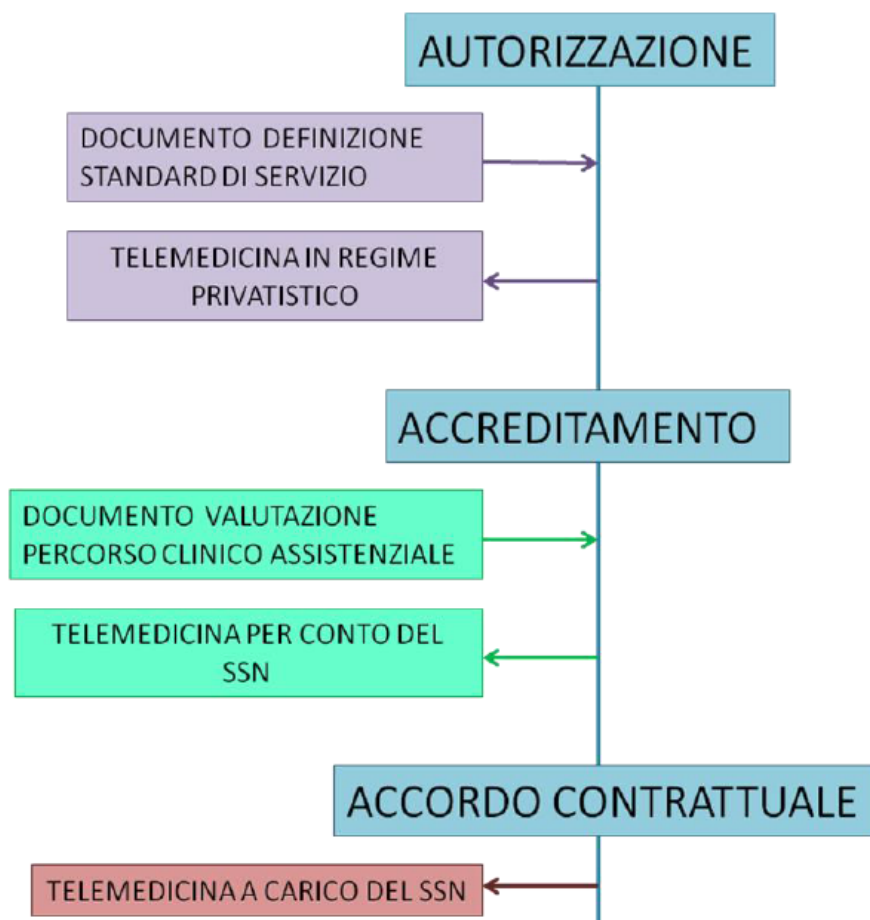


Figura 5.1 Schema delle modalità di integrazione della Telemedicina nel Servizio Sanitario

6.2 VALUTAZIONE ECONOMICA DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA

Questo paragrafo intende introdurre criteri generali per le valutazioni economiche dei programmi di Telemedicina, che ad oggi non hanno ancora modalità ampiamente condivise e sistematizzate.

Tra i metodi di valutazione economica più diffusi si riconoscono i seguenti:

- a) *Analisi Costo-Efficacia (ACE)*: considera sia i costi sia i risultati/esiti del programma. Nello specifico fa la comparazione tra i costi di un programma ed i risultati non monetari dello stesso, quali ‘anni di vita guadagnati’, ‘malattie evitate’...;
- b) *Analisi Costi-Benefici (ACB)*: paragona i costi con i benefici misurati in termini monetari, porta la valutazione ad una unica unità di misura (euro) ma richiede una conversione dei risultati in valore economico, con l’identificazione dei fattori di conversione.
- c) *Analisi Costo-Utilità (ACU)*: misura i benefici in termini di utilità (per es. anni di vita guadagnati pesati per la qualità, Quality-Adjusted-Life-Years - QALYs).

The State of Telestroke

A discussion on current telestroke guidelines, challenges in implementing them, and how they affect treatment of large vessel occlusions.

WITH FERAS AKBIK, MD, PhD, AND THABELE M. LESLIE-MAZWI, MD

The American Heart Association (AHA) and American Stroke Association (ASA) recently released a review statement on telemedicine quality and outcomes for stroke.¹ How would you summarize the metric outcomes that the AHA/ASA have suggested?

Telestroke, the use of telemedicine for stroke, aims to

cost structures will create opportunities for network optimization to accelerate care and potentially reduce system costs. Furthermore, the potential to use telestroke to triage patients to endovascular thrombectomies, recruit patients into clinical trials, and demonstrate network efficacy further incentivizes broader adoption of telestroke.

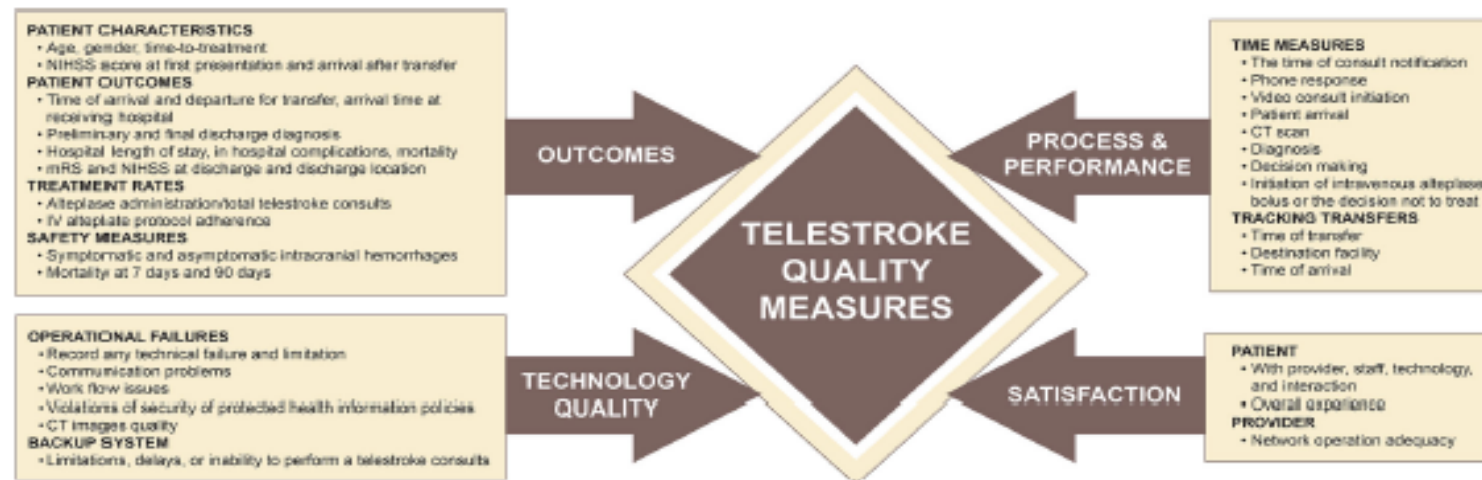


Fig. 1 Current telestroke measures as guided by the American Heart Association/American Stroke Association

Telestroke

Oana M. Dumitrascu¹ · Bart M. Demaerschak¹

Published online: 7 August 2017
© Springer Science+Business Media, LLC 2017

Abstract

Purpose of Review This study aims to describe the current state of telestroke clinical applications and policies, in addition to key technical and operational aspects of the telemedicine practice.

Keywords Telemedicine · Telestroke · Acute stroke · Systems of care · Quality measures

Introduction

RETE TELECONSULTO SPECIALISTICO



Cardiologia /UTIC



Neurologia



Pronto Soccorso



Pediatria



Ostetricia/Gin.



Pneumologia

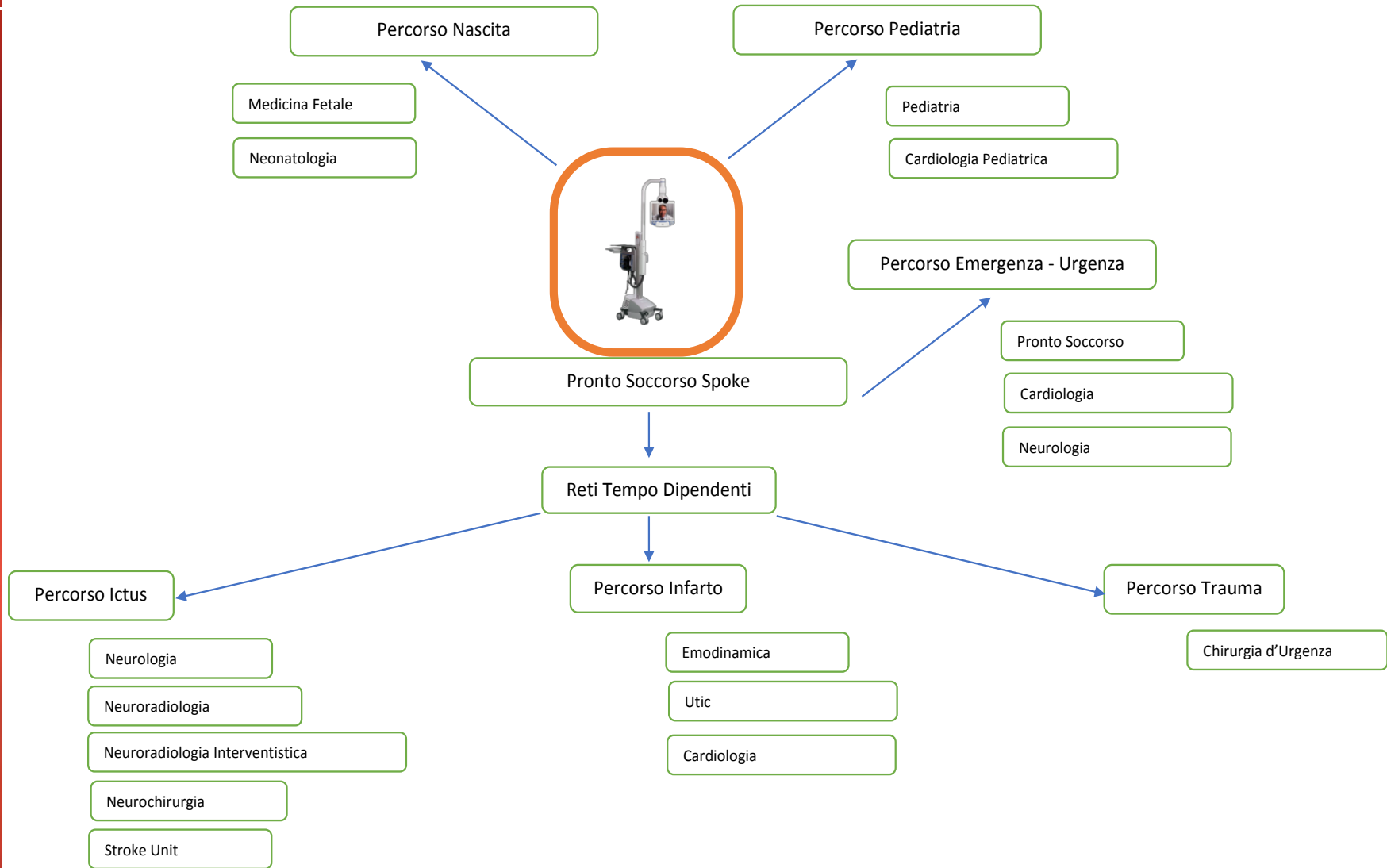


Cardiologia Pediatrica

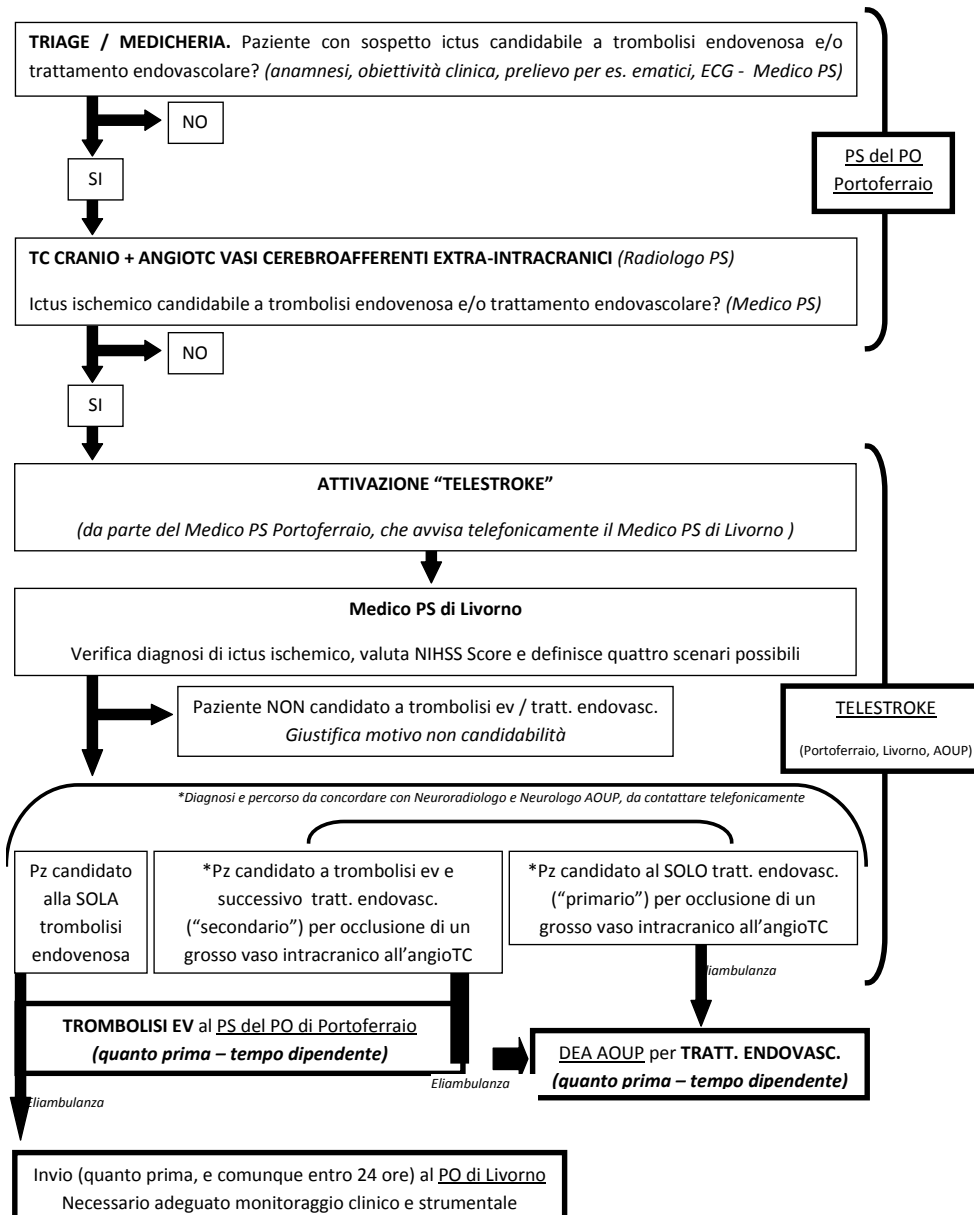


Neurochirurgia Pediatrica

RETE TELECONSULTO HUB - SPOKE



FLOW-CHART TELESTROKE ISOLA D'ELBA



...lavoro da fare...

L'organizzazione in rete rappresenta una sfida molto impegnativa dal punto di vista tecnico-organizzativo che presuppone il superamento del modello «competitivo» tipico delle organizzazioni aziendali (orientate al prodotto) verso un modello «cooperativo» di tipo professionale basato sulla condivisione delle informazioni delle competenze e sulla valutazione degli esiti.

Presuppone la progettazione di infrastrutture di comunicazione e di trasmissione basate su piattaforme interoperabili e in grado di connettere i nodi della rete tra loro (non punto a punto) in real time.



Necessita di un sistema di registrazione delle attività che tracci i percorsi clinici e consenta un monitoraggio della performance complessiva della rete (output/esiti) e non la sommatoria dei prodotti dei singoli nodi.

Si basa su la condivisione dei comportamenti professionali, procedure e delle modalità di presa in carico (standards) ; devono essere applicati in maniera sistematica cicli di miglioramento e metodi di benchmarking.



Promuove la cultura dell'integrazione professionale e delle discipline e il lavoro in team

Prevede la possibilità di specializzare i nodi delle rete secondo criteri di complementarità e di sostegno al percorso.

L'Area Vasta rappresenta la dimensione ottimale per la realizzazione delle Reti Tempo Dipendenti.