



**MODELLO DI RETE “HUB AND SPOKE”  
PER LA GESTIONE DELL’ICTUS IN FASE ACUTA**

Articolazione organizzativa

Per la gestione dell’ictus in fase acuta viene definita un’articolazione organizzativa basata su un modello a rete, con distinzione su tre livelli:

a) **Unità Ictus di 2° livello:** sono le aree dedicate all’ictus e di tipo semintensivo (“Stroke Units”) che hanno già raggiunto una consolidata esperienza nella trombolisi sistemica derivante dalla partecipazione ai registri SITS-MOST e SITS-ISTR, dislocate in ospedali in cui sono presenti una Struttura Complessa (SC) di Neurologia, con guardia medica sulle 24 ore e con personale infermieristico adeguato alle necessità, una SC o Semplice Dipartimentale di Neuroradiologia, una SC di Neurochirurgia; in esse viene organizzato un percorso anche per il trattamento endovascolare.

b) **Unità Ictus di 1° livello:** sono le aree dedicate all’ictus con possibilità di monitoraggio dei pazienti e dislocate negli ospedali in cui vi è la presenza di una SC di Neurologia con guardia attiva almeno sulle 12 ore.

La presenza dei requisiti richiesti deve essere raggiunta utilizzando le risorse umane e logistiche già presenti in azienda, anche ricorrendo a processi di riorganizzazione interna.

In particolare, in mancanza di un posto letto dedicato dove ricoverare il paziente per il monitoraggio delle prime 24 ore, possono essere utilizzati anche posti letto di terapia intensiva o semintensiva già esistenti in ospedale.

c) **Aree dedicate all’ictus:** sono le aree identificate in altre strutture ospedaliere, inserite nelle strutture di neurologia, medicina interna o geriatria, che non prevedono la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico.

Al fine di garantire un migliore trattamento dei pazienti, tali strutture si rapportano con le aree identificate in a) e b) anche mediante teleconsulto.

Lo sviluppo di sistemi di teleconsulto deve essere in ogni caso promosso e sviluppato tra tutti i diversi livelli della rete dell’ictus e a tal fine la Regione attiverà un gruppo di lavoro nell’ambito del progetto Health Optimum.

Al fine di garantire la tenuta della rete organizzativa è necessario che, a condizioni cliniche stabilizzate, secondo il giudizio della Unità Ictus di 2° livello, il paziente sia trasferito, previo accordo, presso l’area dedicata all’ictus della struttura inviante o di competenza territoriale, secondo protocolli interni che verranno predisposti.

Al trasferimento di tali pazienti provvederà la struttura che ha in carico il paziente.

Sulla base di quanto sopra riportato, l'assetto organizzativo previsto in prima applicazione per la rete per la gestione dell'ictus in fase acuta è il seguente :

<i>Area Vasta</i>	<i>Unità Ictus 2° livello</i>	<i>PL</i>	<i>Unità Ictus 1° livello</i>	<i>Aree Dedicare</i>
VERONA*	VERONA (Borgo Trento)	8	VERONA (Borgo Roma)	BUSSOLENGO
			LEGNAGO	SAN BONIFACIO
			NEGRAR	
			PESCHIERA	
VICENZA	VICENZA	8	BASSANO	
			ARZIGNANO	
			THIENE	
PADOVA	PADOVA (Azienda ospedaliera)	8	PADOVA (ULSS 16)	PIOVE DI SACCO
			MONSELICE	
			CAMPOSAMPIERO/ CITTADELLA^	CAMPOSAMPIERO/ CITTADELLA
ROVIGO	ROVIGO	7		ADRIA
VENEZIA	MESTRE	5	VENEZIA	
			PORTOGRUARO	
			MIRANO	DOLO
TREVISO	TREVISO	8	CASTELFRANCO/ MONTEBELLUNA^	CASTELFRANCO/ MONTEBELLUNA
			CONEGLIANO	
BELLUNO			BELLUNO	
			FELTRE	

\* Per l'area vasta veronese viene demandata ai Direttori Generali interessati, su proposta del coordinatore del progetto previsto dalla DGR 4453/06, l'individuazione di 2, massimo 3 unità ictus di 1° livello tra quelle indicate..

^ viene demandata al Direttore Generale l'individuazione della sede ictus di 1° livello, che dovrà essere unica per l'Azienda

Le strutture individuate dai Direttori Generali dovranno essere comunicate alle strutture regionali competenti, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul bollettino ufficiale della Regione Veneto del presente provvedimento, congiuntamente alla dichiarazione di possesso dei requisiti.