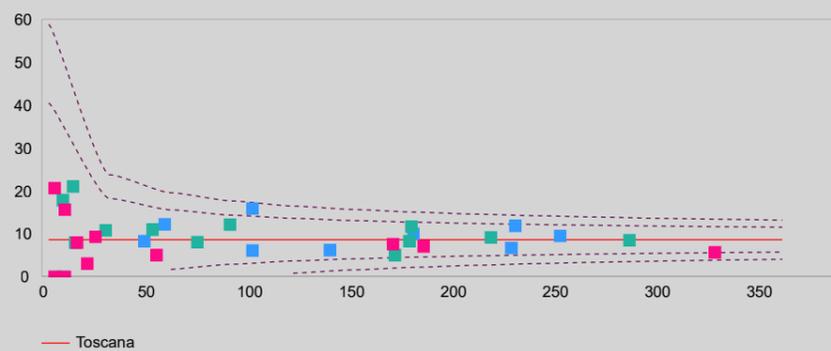


Background

L'ictus o stroke rappresenta la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità nel mondo. Una assistenza tempestiva consente di ridurre mortalità e disabilità. Per limitare al minimo il ritardo nel trattamento la Toscana ha adottato un modello di assistenza in rete con 23 nodi accreditati per la trombolisi endovenosa, di cui tre, le Aziende ospedaliere-universitarie (Careggi, Pisa e Siena), accreditate anche per il trattamento endovascolare (DGR 1220/2020). Gli esiti a 30 giorni dell'ictus ischemico sono oggetto di monitoraggio a livello nazionale, sia nel PNE che nel Nuovo sistema di garanzia dei LEA.

Il modello a rete garantisce un trattamento uniforme in tutta la regione?

Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico, tassi aggiustati, singoli presidi anno 2022. Fonte: Prose



Mortalità a 30 giorni per presidio varia tra:

- 4,5 e 26,6% dato grezzo
- 3,1 e 21,9% dato aggiustato

MOR tra nodi 1,10
(p 0,3278)

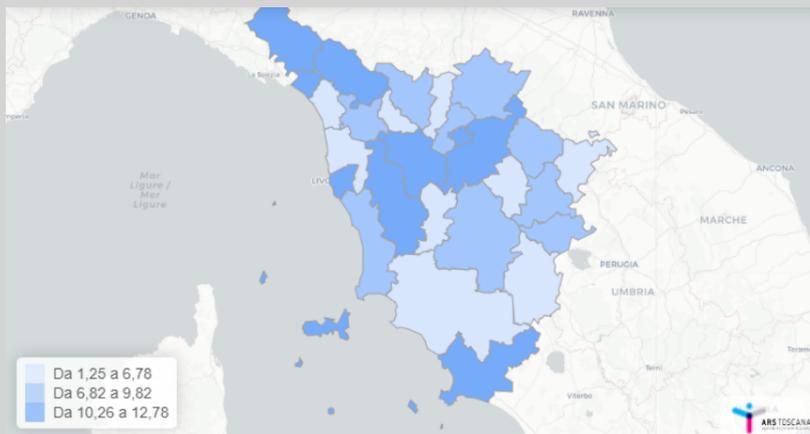
Rischio di morte a 30 giorni per ictus ischemico:

- -9,3% dal 2010 al 2022
- importante riduzione dal 2016, valori <8,2%
- 8,6% nel 2021
- 8,7% nel 2022

N. ricoveri:

- -20% dal 2010 al 2022
- 5.510 nel 2022

Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico, tassi grezzi, zone distretto anno 2022. Fonte: Prose



Mortalità a 30 giorni per zona-distretto varia tra:

- 1,2 e 12,7% dato grezzo
- 1,4 e 14,6% dato aggiustato

MOR tra zone 1,16
(p 0,2149)

Conclusioni

La valutazione degli esiti nelle patologie la cui assistenza è organizzata in rete non può limitarsi all'osservazione del risultato del singolo nodo, ma è la conseguenza di un lavoro sinergico. La mortalità misurata per area di residenza può indicare se vi è uniformità di assistenza sul territorio.

In Toscana la mortalità a 30 giorni per ictus ischemico presenta una variabilità tra presidi e tra zone-distretto, che però non risulta significativa.

Median Odds Ratio (MOR):

Valore mediano degli OR tra tutte le coppie di aree/strutture ospedaliere a maggior rischio vs a minor rischio. Si può interpretare come una misura dell'eterogeneità dei rischi tra aree/strutture: più il MOR si allontana da 1 (omogeneità) maggiore è l'eterogeneità

Background

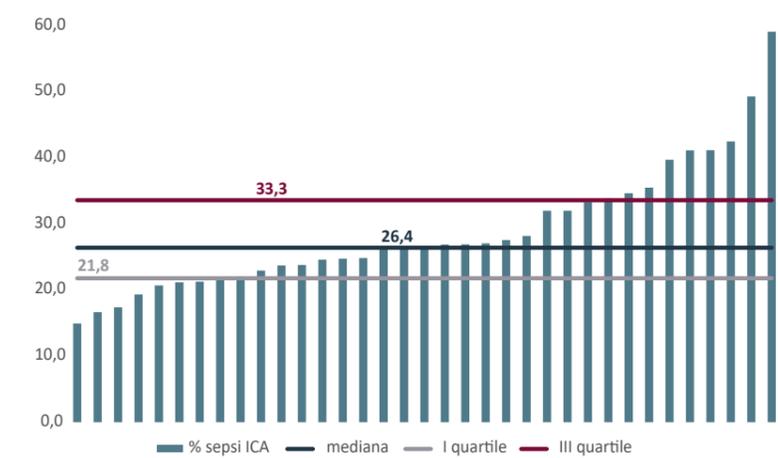
Le sepsi correlate all'assistenza sono gravi e hanno alti tassi di mortalità.

A livello globale stime storiche affermano che circa il 30% delle sepsi sono correlate all'assistenza (ICA), con una mortalità ospedaliera del 35%. Le sepsi contratte dai pazienti in terapia intensiva (ICU) sono le più gravi e letali.

La prevenzione della sepsi nelle diverse condizioni predisponenti necessita di strategie di intervento specifiche.

Quante sono le sepsi correlate all'assistenza in Toscana e quali esiti hanno rispetto a quelle che si originano in comunità?

Percentuale di sepsi probabilmente correlate all'assistenza (sepsi ICA per ospedale), Toscana, 2022



Nel 2022 in Toscana:

- 17.900 eventi di sepsi
- 53% sono maschi, 32,4% sono over 85

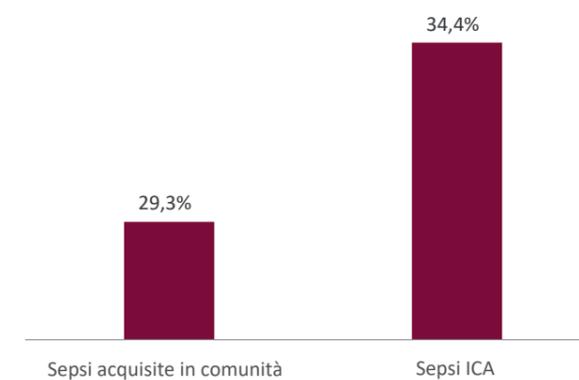
Nel 6% dei casi (oltre 1000 eventi) all'accesso al PS non è seguito un ricovero in ospedale

Il 15% casi ha invece avuto necessità di un ricovero in terapia intensiva

Mortalità a 30 giorni dall'evento:

30,7%

Mortalità a 30 giorni dal ricovero per tipo di sepsi, Toscana, 2022



Ogni giorno in Toscana:

- 49 diagnosi di sepsi, di cui 14 probabili ICA
- 14 pazienti muoiono per sepsi

Casi di probabile sepsi ICA in Toscana nel 2022: **28%**

sono **più giovani** (età media 66 vs. 71 anni)

hanno **più bisogno di cure intensive** (20% vs. 13%)

La mortalità per i pazienti sepsi ICA è **significativamente superiore:**

34,4% vs 29,3%

Conclusioni

In Toscana, il 28% delle sepsi risulta probabilmente correlata all'assistenza, di queste il 20% richiedono cure intensive. La mortalità a 30 giorni dal ricovero è 34%.

Le ICA che esitano in sepsi sono in parte prevenibili, e quando si verificano sono gravi e hanno alti tassi di mortalità. Gli interventi di igiene ambientale riducono le ICA e le colonizzazioni

Gli esiti della sepsi possono essere migliorati con diagnosi precoce e gestione clinica adeguata e tempestiva.

1. Markwart R, et al, Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2020 Aug;46(8):1536-1551. Epub 2020
2. Barchitta M, et al, The intertwining of healthcare-associated infections and COVID-19 in Italian intensive care units: an analysis of the SPIN-UTI project from 2006 to 2021. J Hosp Infect. 2023 Oct;140:124-131. doi: 10.1016/j.jhin.2023.07.021. Epub 2023 Aug 9. PMID: 37562591

Sepsi ICA: casi in cui la diagnosi non è presente all'ammissione oppure c'è stato un ricovero non per sepsi nei 30 giorni precedenti

Frattura del femore negli anziani: il ruolo del modello di presa in carico sulla tempestività di intervento

Angela Gambioli e Gruppo di lavoro modelli organizzativi e assistenza ai pazienti anziani con frattura del femore

Background

La frattura del femore nel paziente anziano rappresenta una crescente problematica di salute pubblica. La mortalità successiva all'intervento chirurgico, e nel primo anno dopo la frattura, è notevolmente più elevata rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale a parità di età e sesso. Le linee guida internazionali per la gestione delle fratture del femore evidenziano come l'accesso all'intervento chirurgico nelle prime 24-48 ore sia essenziale per un miglior recupero di tali pazienti. Inoltre poiché questi presentano solitamente altre comorbidità, viene raccomandata la gestione condivisa (co-management) tra chirurghi ortopedici e geriatri.

Come ha influito il co-management del paziente sulla tempestività nell'intervento per frattura di femore durante la pandemia?

Attività 2023:

- Gruppo di lavoro
- questionario a 25 strutture (volume = almeno 70 interventi chirurgici nel 2021)

Oggetto indagine:

presenza in reparto di co-management con geriatra o internista come funzione stabile e strutturata nelle 12 ore diurne o in specifica fascia oraria

Hanno risposto al questionario:

- 13 reparti
- copertura = 62% attività
- 4400 pazienti/anno in media

Percentuale di pazienti operati entro 48 ore dall'accesso a Pronto Soccorso per presenza di modello di co-management (aggiustata per sesso, età e comorbidità), 2019-2022, Toscana



Variazione percentuale 2019-2022:

- -37% totale
- -41% usual care
- -22% co-management

Conclusioni

L'analisi evidenzia come nelle strutture dove era presente un modello di co-management del paziente i tempi di accesso all'intervento nel 2019 erano leggermente inferiori, mentre nei tre anni successivi tale differenza si è ridotta, invertendosi dal 2021. E' da notare come nei reparti dove era attivo il co-management dei pazienti l'impatto della pandemia e delle riorganizzazioni necessarie alla presa in carico dei pazienti con la Covid-19 sia stato inferiore in termini di riduzione della tempestività di intervento, anche al netto di eventuali differenze demografiche e di comorbidità dei pazienti.

Dieci anni di tecniche transcateretere nelle patologie valvolari cardiache in Toscana



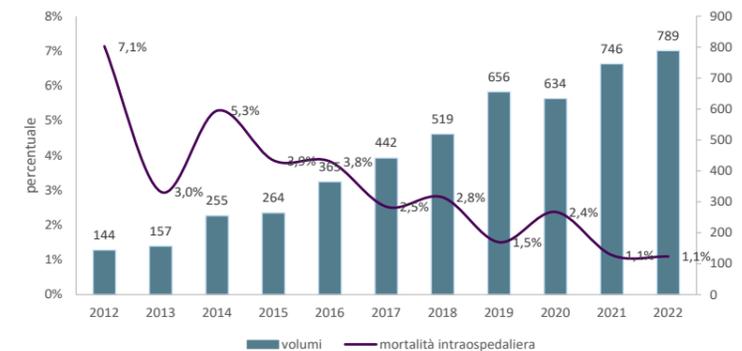
Francesca Collini e Gruppo di lavoro cardiocirurgia-cardiologia

Background

L'impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI) è considerato un'opzione alla chirurgia per il trattamento della stenosi valvolare aortica severa grave sintomatica nei pazienti anziani (età >75 anni) indipendentemente dal rischio (Linee guida europee 2021). Anche la sostituzione transcateretere endovascolare di valvola mitralica (TMVR) può essere fatta, principalmente per i casi di degenerazione di bioprotesi, quando il trattamento chirurgico presenti un rischio proibitivo. Infine, il trattamento percutaneo dell'insufficienza tricuspoidale (TTVR) rappresenta da qualche anno una valida opzione in pazienti inoperabili con valvulopatia severa grave sintomatica.

Come sono evoluti nel tempo il ricorso e gli esiti delle tecniche di sostituzione transcateretere in Toscana?

TAVI, volumi di interventi e mortalità intraospedaliera, 2012-2022, Toscana



N. interventi TAVI dal 2012 al 2022:

+448%

Pazienti TAVI:

- 56% donne
- età mediana 83 anni

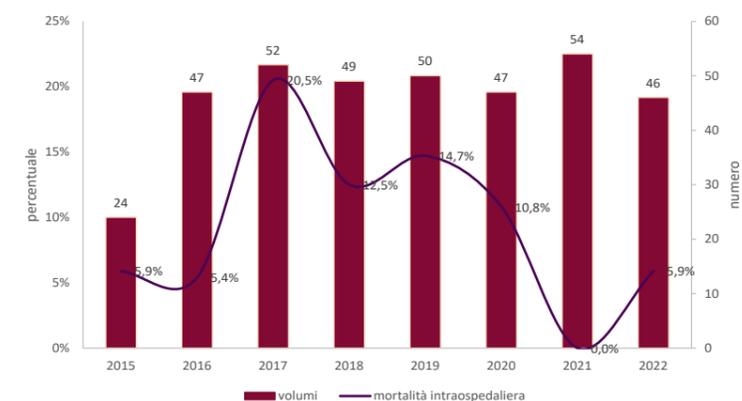
Degenza ricovero:

- 2012 = 11 gg
- 2022 = 6 gg

Mortalità a 1 anno tutte le cause:

- 2012 = 20,6%
- 2022 = 6,2%

TMVR, volumi di interventi e mortalità intraospedaliera, 2015-2022, Toscana



N. interventi TMVR dal 2015 al 2022:

+92%

Pazienti TMVR:

- 53% uomini
- età mediana 79 anni

Degenza ricovero:

- 2015 = 11,5 gg
- 2022 = 9 gg

Mortalità a 1 anno tutte le cause:

- 2015 = 9,1%
- 2018 = 26,7%
- 2022 = 18,5%

Centri regionali di riferimento:

- 3 AOU
- Fondazione Monasterio

Interventi totali sulle valvole cardiache nel 2022 in Toscana:

3023

Conclusioni

Comprendere il numero reale delle procedure effettuate dalle strutture regionali è un primo passo indispensabile per indagare aspetti quali equità di accesso e di esito. Negli anni in studio il ricorso a TAVI e TMVR è cresciuto in Toscana a fronte di una riduzione significativa della durata mediana della degenza. Per la TAVI emerge anche una significativa riduzione della mortalità intraospedaliera e a 1 anno.

L'esperienza nelle TTVR è ancora iniziale poiché i dispositivi sono stati introdotti in Europa a partire dal 2019.

Ulteriori sviluppi di interesse riguarderanno gli esiti riportati dai pazienti in termini di qualità della vita.

1. Forni S, Pieralli F, Sergi A, Lorini C, Bonaccorsi C, Vannucci A. Mortality after hip fracture in the elderly: The role of a multidisciplinary approach and time to surgery in a retrospective observational study on 23,973 patients. Arch Gerontol Geriatr. 2016;66:13-17. doi:10.1016/j.archger.2016.04.014

2. FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE NELL'ANZIANO INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 48 ORE, Razionale. Accessed 28 Sep 2023 https://pne.agenas.it/risultati/info/def_640.pdf

3. NICE Clinical Guidelines The management of hip fracture in adults. London: Royal College of Physicians (UK). Accessed 28 Sep 2023 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/evidence/full-guideline-pdf-183081997>

1. Amato L, Parmelli E, Vecchi S, Minozzi S, Mitrova Z, De palma R, Berti E, Davoli M. Protesi valvolari aortiche trans-cateretere: revisione sistematica della letteratura su efficacia e sicurezza. Rec Prog Med 2016; 107: 25-38.

2. Seiffert M, Conradi L, Baldus S. Transcatheter mitral valve-in-valve implantation in patients with degenerated bioprostheses. JACC Cardiovasc Interv 2012;5:341-9

3. <https://gise.it/notizia/334>