

Lo Stroke
System della
ASL Toscana
Centro



Alba Caruso
U.O. Neurologia
Ospedale di Prato

Disclosure

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse in relazione a questa presentazione

L'organizzazione è cura

Trasformare
le scoperte e le innovazioni scientifiche
in assistenza clinica
implica organizzare e mantenere il
sistema di cura

Published Ahead of Print on February 5, 2016 as 10.1212/WNL.0000000000002443

Integrated systems of stroke care and reduction in 30-day mortality

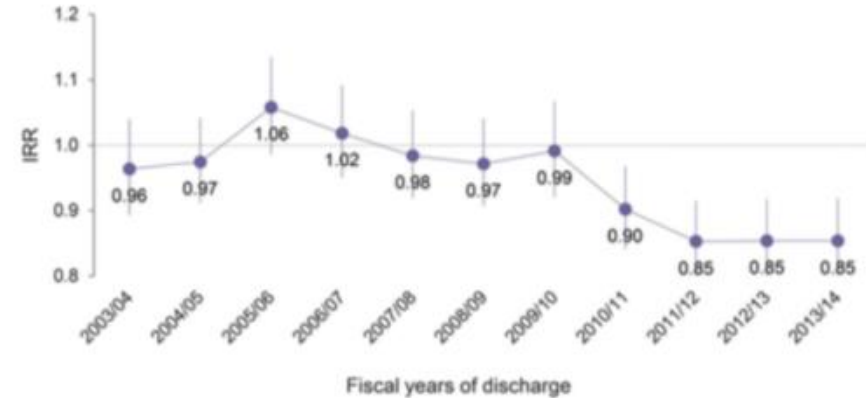
A retrospective analysis

Aravind Ganesh, MD
Patrice Lindsay, RN, PhD
Jiming Fang, PhD
M. K. F. MD

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between the presence of integrated systems of stroke care and stroke case-fatality across Canada.

B. Adjusted



(A) Unadjusted and (B) adjusted IRRs of 30-day in-hospital mortality for provinces with integrated systems of stroke care vs those without such systems.

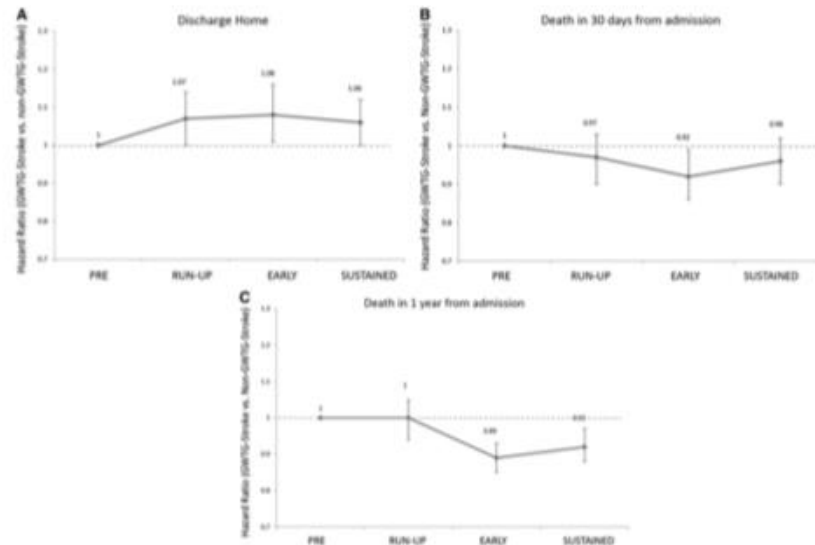


Figure 2. Ratio of changes in outcomes, from Pre time period to Run-Up, Warm-Up, and Sustained time periods, at Get With The Guidelines (GWTC)-Stroke hospitals vs matched non-GWTC-Stroke hospitals, for outcomes of discharge to home (A), 30-day mortality (B), and 1-year mortality (C).

Association of Get With The Guidelines-Stroke Program Participation and Clinical Outcomes for Medicare Beneficiaries With Ischemic Stroke

Sarah Song, MD, MPH; Gregg C. Fonarow, MD; DaiWai M. Olson, PhD, RN; Li Liang, PhD; Phillip J. Schulte, PhD; Adrian F. Hernandez, MD, MS; Eric D. Peterson, MD, MPH; Mathew J. Reeves, PhD; Eric E. Smith, MD, MPH; Lee H. Schwamm, MD; Jeffrey L. Saver, MD

Background and Purpose—Get With The Guidelines (GWTG)-Stroke is a national, hospital-based quality improvement program developed by the American Heart Association. Although studies have suggested improved processes of care in GWTG-Stroke-participating hospitals, it is not known whether this improved care translates into improved clinical outcomes compared with nonparticipating hospitals.

ASA Policy Statement

Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care: A 2019 Update

A Policy Statement From the American Stroke Association

Opeolu Adeoye, MD, MS, FAHA, Chair; Karin V. Nyström, RN, MSN, FAHA;
Dileep R. Yavagal, MD; Jean Luciano, CRNP; Raul G. Nogueira, MD;
Richard D. Zorowitz, MD; Alexander A. Khalessi, MD, MS, FAHA;
Cheryl Bushnell, MD, MHS, FAHA; William G. Barsan, MD; Peter Panagos, MD;
Mark J. Alberts, MD, FAHA; A. Colby Tiner, MA; Lee H. Schwamm, MD, FAHA;
Edward C. Jauch, MD, MS, FAHA

Abstract—In 2005, the American Stroke Association published recommendations for the establishment of stroke systems of care and in 2013 expanded on them with a statement on interactions within stroke systems of care. The aim of this policy statement is to provide a comprehensive review of the scientific evidence evaluating stroke systems of care to date and to update the American Stroke Association recommendations on the basis of improvements in stroke systems of care. Over

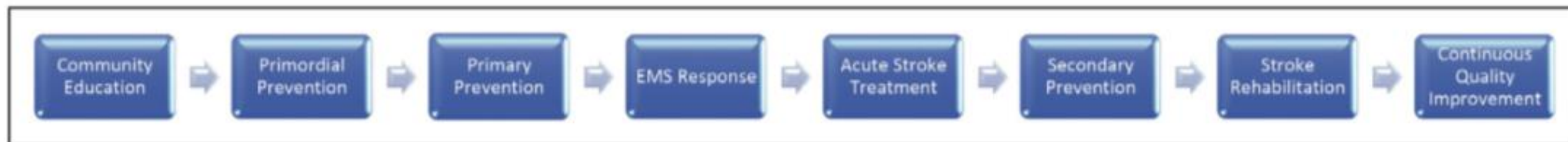


Figure 1. The 8 domains of a stroke system of care. EMS indicates emergency medical services.



HOME

AZIENDA

SEDI TERRITORIALI

OSPEDALI

URP

NUMERI UTILI

SERVIZI ONLINE

MODULISTICA

L'**Azienda USL Toscana centro** (vedi tutti i dati) ingloba le ex Ausl di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia. L'Azienda con una superficie di 5000 Km² e 1.500.000 di assistiti ha oltre 14.000 dipendenti, 13 ospedali, 220 strutture territoriali, 8 Zone Distretto e 7 Società della Salute.



Organigramma aziendale

Direzione Aziendale

Vision e Mission

Assetto organizzativo

Statuto Aziendale

Normativa

Società della salute

Conferenza dei Sindaci

Il Comitato unico di garanzia (CUG)



Cerca...

HOME AZ



URP

NUMERI UTILI

SERVIZI ONLINE

MODULISTICA

Centralini Ospedali

Numero Unico - 055 54 54 54

Ospedale San Giuseppe - Empoli

Ospedale degli Infermi - San Miniato

Ospedale San Pietro Igneo - Fucecchio

Ospedale San Giovanni di Dio - Firenze

Ospedale Piero Palagi - Firenze

Ospedale Santa Maria Nuova - Firenze

Nuovo Ospedale del Mugello - Borgo San Lorenzo

Ospedale Serristori - Figline e Incisa Valdarno

Ospedale Santa Maria Annunziata - Bagno a Ripoli

Ospedale San Jacopo - Pistoia

Ospedale Lorenzo Pacini - San Marcello Piteglio

Ospedale SS. Cosma e Damiano - Pescia

Nuovo Ospedale S. Stefano - Prato



I 13 presidi ospedalieri, per un totale di 2.735 posti letto sono diffusi capillarmente su tutto il territorio dell'Azienda Toscana centro. Essi costituiscono un sistema di ospedali, organizzati secondo il modello dell'intensità di cura, nell'ambito dei quali i pazienti attualmente si muovono come in una "rete spontanea". L'attenzione alle potenzialità e alle vocazioni dei singoli nodi della rete ospedaliera e la standardizzazione delle migliori pratiche assistenziali, consentono di garantire maggiore equità di accesso e risposte qualificate e adeguate al bisogno di ogni cittadino indipendentemente dal punto di ingresso.



Volume di ricoveri per ictus ischemico

Cerca ...

Ictus ischemico: volume di ricoveri - residenza

Anno

2021

Geografia

AUSL CENTRO

TOTALE

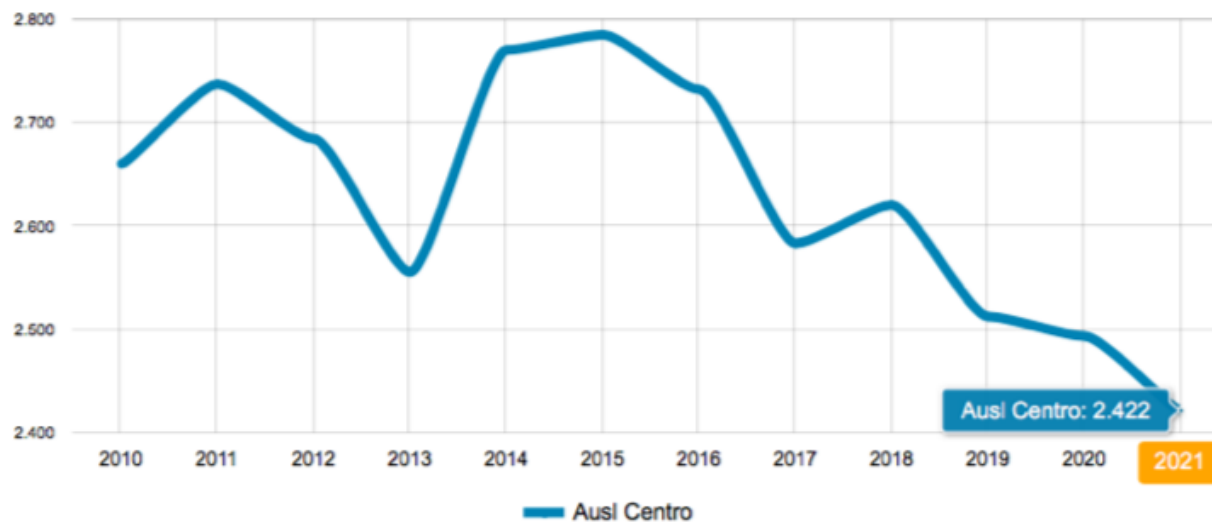
MASCHI

FEMMINE

Ictus ischemico: volume di ricoveri - residenza

Numero - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)



Download

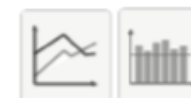
Download CSV

Documentazione

Descrizione dell'indicatore, rationale e bibliografia

Richiesta informazioni e suggerimenti

Rappresentazione dei dati



Costruzione di un modello comune adeguato alle realtà locali

Analisi della situazione esistente tramite invio di questionari e visite in loco.

La ceck list di verifica del PDTA AVC

- Eterogeneità riguardante la disciplina
- Area di degenza diversificate
- Stroke team non formalizzato

Gruppo di Lavoro analisi, monitoraggio e verifica del Percorso Ictus Azienda USL Toscana Centro								
Criteri rilevati	Presidi Azienda USL Centro abilitati al trattamento trombolisi e.v.							
	Ospedale S. Giuseppe Empoli	Ospedale del Mugello, BSL	Ospedale SS. Cosma e Damiano, Pescia	Ospedale S. Jacopo, Pistoia	Ospedale SGD Firenze	Ospedale SMN Firenze	Ospedale SMA Firenze	Ospedale S. Stefano Prato
Presenza PDTA locale	Da aggiornare per trombolisi e.v. e trombectomia, presente percorso ospedaliero	Da aggiornare per trombectomia, presente percorso intraospedaliero	Da aggiornare per trombectomia e percorso intraospedaliero	Da aggiornare per trombectomia	Da aggiornare per percorso intraospedaliero	Da aggiornare per percorso intraospedaliero	Da aggiornare per trombectomia, presente percorso intraospedaliero	Da aggiornare per percorso intraospedaliero
Allerta telefonica 118	SI e cascata su Radiologia, Laboratorio, RTI e Dev S. I.	SI e cascata su Radiologia, Laboratorio, RTI	SI, ma non a cascata su Radiologia, Laboratorio e Reparto	Allerta telefonica, a cascata allerta a Medico della Neurologia, disponibile h24	Allerta telefonica non routinaria e non a cascata	SI, ma non a cascata su Radiologia, Laboratorio e Reparto	Allerta telefonica non routinaria e non a cascata	Allerta telefonica, a cascata allerta a Medico della Neurologia, disponibile h24
Cincinnati al triage	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento
NIHSS (formazione applicazione) al DEA	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento	Formazione e mantenimento
Codice rosso tecnico nei percorsi intraospedalieri	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tutor che segue il caso (Stroke team)	No	No	No	SI, neurologo	No	No	No	SI, neurologo
Disponibilità immediata criteri inclusione ed esclusione per trombolisi e.v. e trombectomia	No	SI	Cartacei, da installare in CP DEA	Cartacei, da installare in CP DEA	SI	SI	Cartacei, da installare in CP DEA	SI
Tempo di risposta esami ematici	Buona	Ottima	Ritardata per motivi tecnici	Buona	Ottima	Ottima	Ottima	Ottima
Tempo di esecuzione e lettura TC Cranio	Buona, No ASPECT	Ottima, No ASPECT reperibile, vedi sotto, ma presente)	Radiologo presente dalle 8 alle 24 di notte reperibilità alternata con Pistoia	Radiologo presente dalle 8 alle 24 di notte reperibilità alternata con Pistoia	Ottima, No ASPECT	Ottima, no ASPECT, richiesta con codice "CS" che permette la ricerca su stringa in First Aid	Ottima, no ASPECT, richiesta con codice "CS" che permette la ricerca su stringa in First Aid	Ottima, no ASPECT

Stroke System

Coordinatore

- **Responsabile Organizzativo**
- **Responsabile Scientifico**
- **Referente della direzione di presidio**
per ciascuno degli **8 Presidi Ospedalieri**

Stroke Team

- 2 medici (Neurologi o Internisti)
- 2 medici del Pronto Soccorso
- 2 infermieri Neurologia/Medicina/PS
- 2 medici del 118
- 2 medici radiologi
- 2 tecnici di radiologia
- 2 fisiatristi
- 2 fisioterapisti
- 2 logopedisti

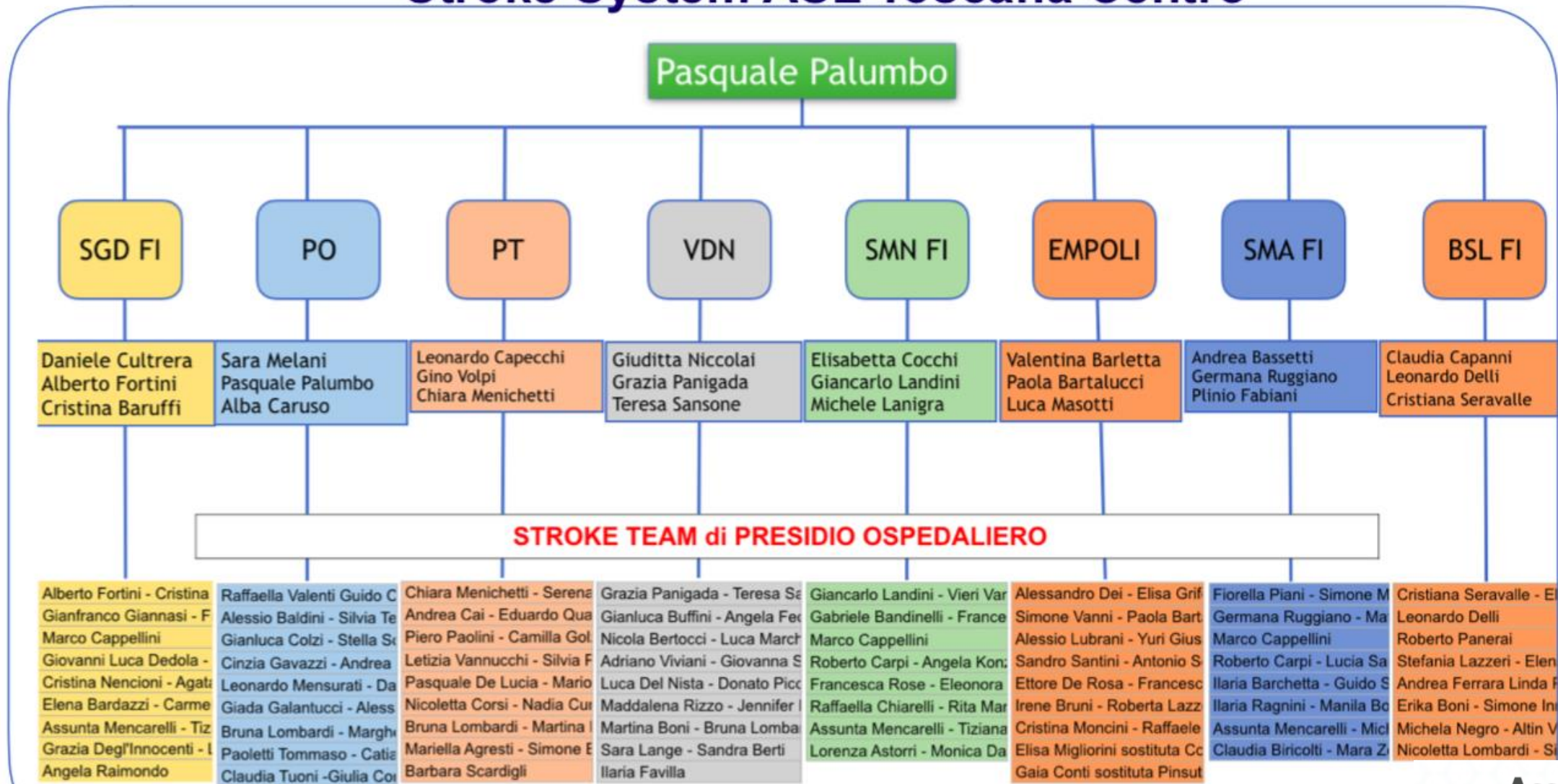
In ogni ospedale

totale di 24 componenti, più alcuni invitati (direttori di dipartimento emergenza urgenza, radiologia, direttori 118, altri dirigenti con particolari funzioni)

- deputato alla formazione, aggiornamento e gestione del percorso

- composto da 18 elementi
- deputato alla manutenzione del percorso e alla risoluzione dei problemi locali

Stroke System ASL Toscana Centro





REFERENTE ORGANIZZATIVO STROKE	Gino Volpi
REFERENTE SCIENTIFICO STROKE	Chiara Menichetti
REFERENTE DIREZIONE DI PRESIDIO	Leonardo Capecchi

2 Neurologi
2 Medici PS
2 Medici 118
2 Radiologi
2 TSRM
2 Infermieri PS/N
2 Fisiatri
2 Fisioterapisti
2 Logopedista



Chiara Menichetti - Serena Nannucci
Andrea Cai - Eduardo Quartarolo
Piero Paolini - Camilla Golzio
Letizia Vannucchi - Silvia Pompea Rossi
Pasquale De Lucia - Mario Iemmola
Nicoletta Corsi - Nadia Cunti
Bruna Lombardi - Martina Boni
Mariella Agresti - Simone Bonacchi
Barbara Scardigli



SU COSA ABBIAMO LAVORATO

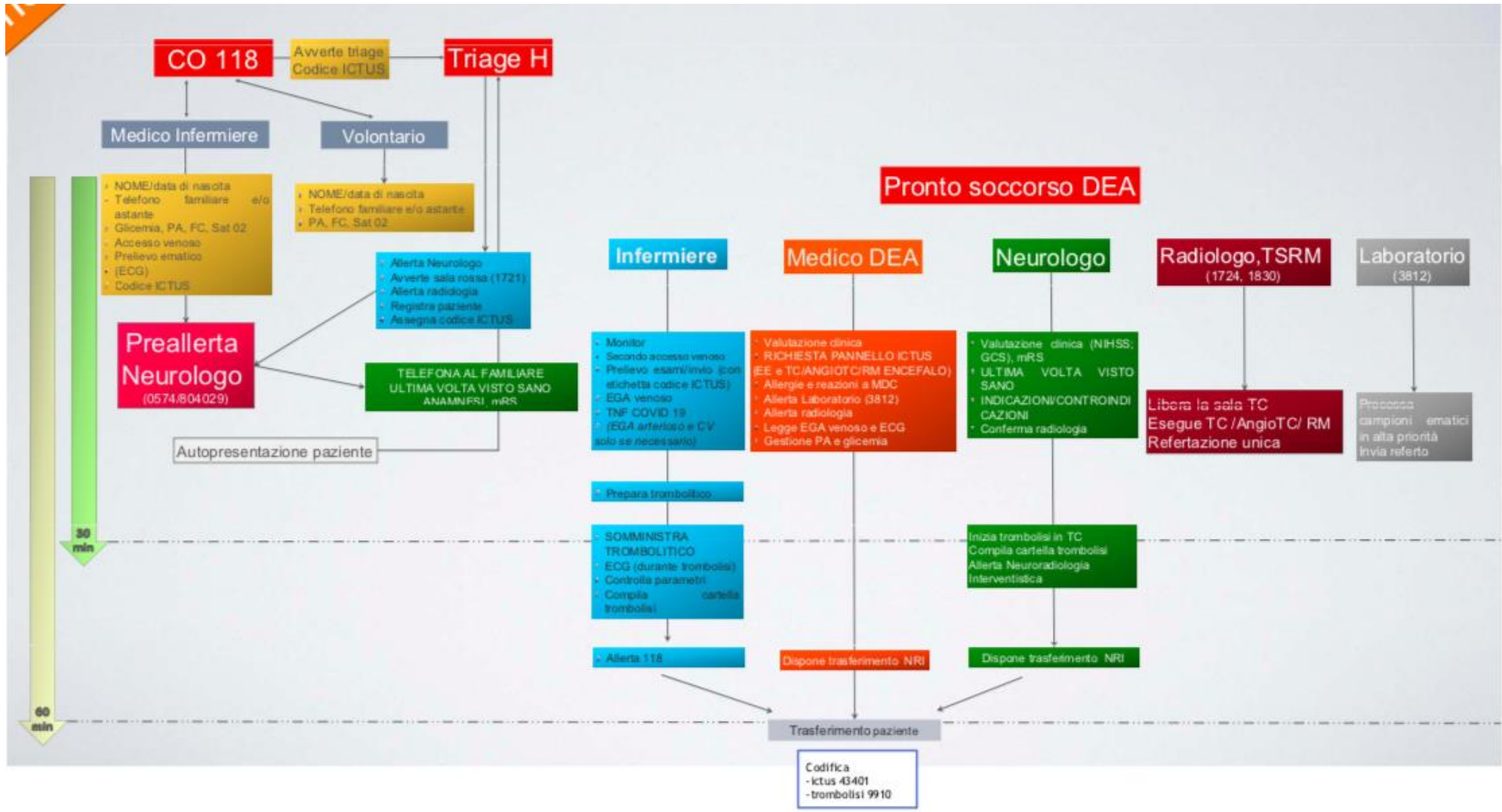


Ottimizzazione organizzazione interna

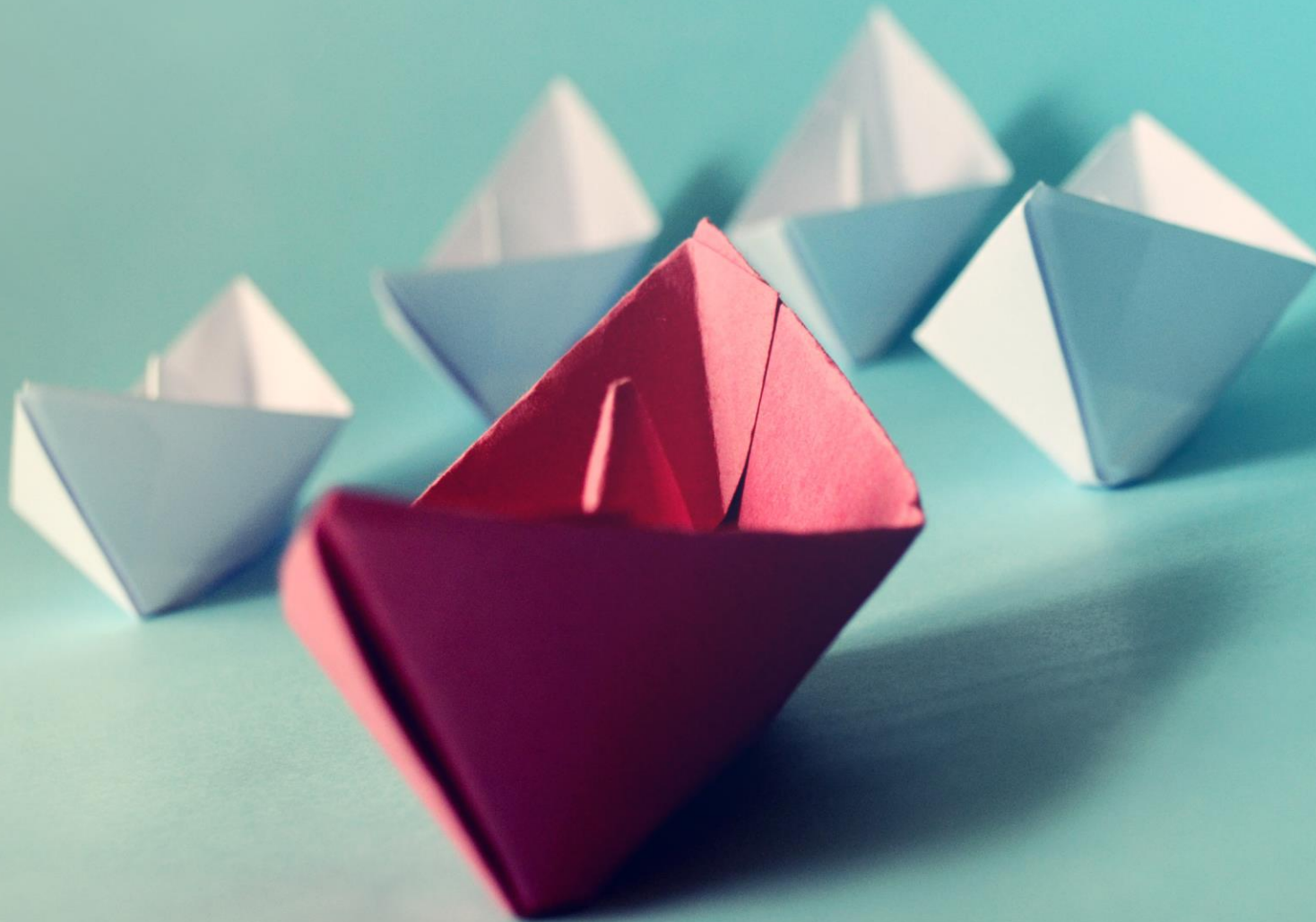


ANAMNESI CHIRURGICA / TRAUMI	Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) Actilyse* 	LINEE GUIDA ITALIANE 
INTERVENTO NCH ULTIMI 3 MESI	Altre controindicazioni qualsiasi storia di danni al sistema nervoso centrale (come neoplasia, aneurisma, intervento chirurgico cerebrale o spinale)	Sintesi 9.14 <i>Non sono disponibili dati sufficienti per valutare la sicurezza e l'efficacia del trattamento con r-TPA e.v. in pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi sottoposti ad intervento neurochirurgico cranico o midollare negli ultimi 3 mesi.</i>
CHIRURGIA MAGGIORE EXTRACRANICA ULTIMI 3 MESI	intervento chirurgico maggiore o trauma grave negli ultimi 3 mesi.	Sintesi 9.22 <i>I dati di letteratura indicano che il trattamento con r-TPA e.v. è fattibile in pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi sottoposti ad intervento chirurgico maggiore extra-cranico negli ultimi 3 mesi; tuttavia l'intervento chirurgico maggiore extra-cranico recente (entro gli ultimi 10-14 giorni) rappresenta una condizione di rischio di sanguinamento locale significativamente più elevato rispetto a quello non recente (oltre gli ultimi 10-14 giorni).</i>
TRAUMA CRANICO ULTIMI 3 MESI	Altre controindicazioni intervento chirurgico maggiore o trauma grave negli ultimi 3 mesi.	Sintesi 9.15 <i>Non sono disponibili dati sufficienti per valutare la sicurezza e l'efficacia del trattamento con r-TPA e.v. in pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi e trauma cranico grave negli ultimi 3 mesi.</i>
TRAUMA MAGGIORE EXTRACRANICO		Sintesi 9.23 <i>In base a serie limitate di casi, il trattamento con r-TPA e.v. sembra fattibile in pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi e trauma maggiore extra-cranico recente (<14 giorni secondo le linee guida AHA, <3 mesi secondo la licenza EMA).</i>
NEOPLASIA MALIGNA EXTRACRANICA	Altre controindicazioni neoplasia con aumentato rischio di emorragie	Sintesi 9.30 <i>I dati di letteratura mostrano che in pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi e neoplasia maligna extra-cranica, il trattamento con r-TPA e.v. comporta un incremento del rischio di mortalità in caso di tumori maligni solidi o metastatici attivi, mentre non è univoco se il rischio di sICH sia aumentato, ma fattori rilevanti, tra cui l'aspettativa di vita legata al tumore, il grado di autonomia prima dell'ictus, la prognosi in assenza del trattamento, il sostegno sociale e le preferenze dei pazienti e delle famiglie, hanno un peso nella decisione terapeutica.</i>

ANAMNESI NEOPLASIA	Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) Actilyse* 	LINEE GUIDA ITALIANE 
NEOPLASIA CEREBRALE BENIGNA EXTRASSIALE	Altre controindicazioni qualsiasi storia di danni al sistema nervoso centrale (come neoplasia, aneurisma, intervento chirurgico cerebrale o spinale)	Grado GPP In pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi e concomitante <u>neoplasia cerebrale benigna ed extra-assiale</u> , il Gruppo di lavoro suggerisce il trattamento con r-TPA e.v.
NEOPLASIA CEREBRALE MALIGNA INTRASSIALE		Sintesi 9.13 <i>I dati di letteratura indicano che il trattamento con r-TPA e.v. in pazienti adulti con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi e concomitante <u>tumore cerebrale maligno ed intra-assiale</u> è fattibile, ma che vanno tenuti in considerazione fattori rilevanti, tra cui l'aspettativa di vita legata al tumore, il grado di autonomia prima dell'ictus, la prognosi in assenza del trattamento, il sostegno sociale e le preferenze dei pazienti e delle famiglie.</i>
PARTO ULTIMI 10GG	Altre controindicazioni recente (meno di 10 giorni) massaggio cardiaco esterno traumatico, parto, puntura recente di un vaso sanguigno non comprimibile (ad esempio vena succlavia o giugulare)	
GRAVIDANZA	Nei casi di malattia acuta e pericolosa per la vita i benefici attesi devono essere valutati rispetto ai potenziali rischi. I dati relativi all'uso di Actilyse in donne in gravidanza sono in numero limitato. Gli studi non clinici condotti con alteplase con dosi superiori a quelle utilizzate nell'uomo hanno mostrato immaturità fetale e/o embriotossicità, secondarie all'attività farmacologica nota del medicinale. Alteplase non è considerato teratogeno (vedere paragrafo 5.3).	GPP L'utilizzo delle tecniche di diagnostica neuroradiologica è giustificato e non procrastinabile nelle pazienti in <u>gravidanza</u> con ictus ischemico acuto, in quanto l'ictus ischemico acuto è da considerare un caso di estrema necessità. Il Gruppo di lavoro suggerisce che TC e RM ed i relativi mezzi di contrasto , rispettivamente iodato e paramagnetico, possono essere utilizzati nelle diverse finestre terapeutiche per trombolisi endovenosa e trattamento endovascolare. Tuttavia, la RM va preferita alla TC in quanto tale tecnica si è rivelata sostanzialmente priva di rischi per il feto e non comporta l'erogazione di radiazioni ionizzanti. Sintesi 9.20 <i>Il trattamento con r-TPA e.v. in pazienti adulte in gravidanza con ictus ischemico acuto entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi non ha effetti teratogeni poiché non passa la placenta. La letteratura disponibile ha riportato che il rischio di travaglio prematuro, distacco della placenta o morte del feto è basso e i pochi casi riportati si sono risolti più frequentemente in maniera positiva.</i>



Ottimizzazione drip and ship





La Rete Organizzativa dell'Ictus nella ASL Toscana Centro

28 Febbraio 2022 (h 15.00-17.30)

15.00-15.15 Introduzione: Programma e Struttura del Training (**P. Palumbo, P. Nencini, M. Bartolucci**)

Moderatori: G. Landini, G. Giannasi, G. Volpi

15.15-15.30 Il Contributo dell'Emergenza Territoriale nell'Ottimizzazione del Percorso Ictus: Esperienze, Risultati e Difficoltà (**C. Riganti**)

15.30-15.45 La Fase Iperacuta del Percorso Ictus: Implementazione delle 4 azioni prioritarie (pre-notifica, diretto in TC, esami del sangue, trattamento in TC) (**C. Menichetti**)

15.45-16.00 Il Percorso Ictus Ideale: Checklists, Protocolli e Strategie per Fare Presto (**G. Ruggiano**)

Moderatori: A. Fortini, E. Fainardi, N. Limbucci

16.00-16.15 L'Imaging Avanzato nell'Area Centro: Elementi di Valutazione per la Decisione Clinica (**A. Konze**)

16.15-16.30 Indicazioni e Tempistiche per il Trasferimento Secondario: Il Trattamento Endovascolare e La Finestra Allargata per la Vena (**V. Palumbo**)

Moderatori: G. Panigada, L. Masotti, C. Seravalle

16.30-17.00 Trattamento Fibrinolitico del Paziente: Uso Label e Off Label (**A. Caruso, B. Piccardi**)

17.00-17.15 La Simulazione come Strumento di Apprendimento e Ottimizzazione del Percorso (**A. Santori, Angels**)

17.15-17.30 Discussione e Conclusioni



Ictus ad esordio indeterminato: trombectomia meccanica

Presente nel 14 - 27% degli ictus con sintomi al risveglio (1,2)
Questi pazienti sono stati finora esclusi dal trattamento trombolitico sistemico ma, in casi selezionati, candidati alla trombectomia meccanica.

Due trial (DAWN DEFUSE 3) pubblicati sul New England Journal of Medicine all'inizio del 2018 hanno dimostrato la possibilità di effettuare la trombectomia meccanica fino a 16-24 ore dopo il presunto esordio dei sintomi.

•“in pazienti selezionati con ictus ischemico acuto esordito tra 6 e 16 ore dall'ultima volta visti sani, con una occlusione di un grosso vaso del circolo anteriore che rispettano i criteri di eleggibilità degli studi DAWN e DEFUSE 3, è raccomandata la trombectomia meccanica” (Classe di raccomandazione I e Livello di evidenza A)

“in pazienti selezionati con ictus ischemico acuto esordito tra 6 e 24 ore dall'ultima volta in cui erano stati visti sani, con una occlusione di un grosso vaso del circolo anteriore che rispettano i criteri di eleggibilità dello studio DAWN, la trombectomia meccanica è ragionevole” (Classe di raccomandazione IIa e Livello di evidenza B-R)

1. Fink JN, Kumar S, Horkan C, et al. The stroke patient who woke up: clinical and radiological features, including diffusion and perfusion MRI. Stroke 2002; 33:988-93.
2. Mackey J, Kleindorfer D, Sucharew H, et al. Population-based study of wake-up strokes. Neurology 2011;76:1662-7.

Ictus ad esordio indeterminato: trombectomia meccanica

Tenendo conto delle recenti evidenze cliniche, nell'ictus al risveglio e ad esordio indeterminato (entro 6-24 ore dall'ultima volta visto sano) è indicata la esecuzione di una TC cranio e angio TC dei vasi intracranici.

In caso di occlusione di grosso vaso intracranico del circolo anteriore (arteria carotide interna intra o extracranica o arteria cerebrale media M1-M2) o occlusione dell'arteria basilare, NIHSS uguale superiore a 6, ASPECTS uguale superiore a 6, mRS 0-1, è indicato l'invio del paziente presso la Neuroradiologia di Careggi per la esecuzione del protocollo radiologico multimodale e della trombectomia meccanica se lo studio neuroradiologico conferma i criteri di inclusione degli studi DAWN e DEFUSE 3.

Ictus ad esordio indeterminato trombolisi sistemica

Le immagini di Risonanza Magnetica nei pazienti con ictus ad esordio indeterminato, possono identificare la presenza di un lesione ischemica nelle immagini in DWI combinate con l'assenza di chiaro segnale iperintenso nella stessa regione in FLAIR, come predittore dell'esordio dei sintomi entro 4.5 ore. (6,7).

Lo studio WAKE UP ha usato la Risonanza Magnetica come predittore di danno tissutale negli ictus ad esordio indeterminato. Sono stati scrinati 1362 pazienti , di questi 503 sono entrati nello studio e randomizzati a alteplase o placebo

Alla luce di questi risultati, nell'ictus ischemico ad esordio indeterminato in pazienti con mRankin premorbosa inferiore o uguale a 2, con una NIHSS inferiore o uguale a 25 e esclusi dalla trombectomia meccanica per assenza di occlusione di un grosso vaso e in assenza di controindicazioni alla somministrazione di alteplase, può essere indicata la esecuzione di una RM encefalo per selezionare i pazienti con mismatch DWI/FLAIR e estensione dell'area ischemica inferiore a 1/3 dell'arteria cerebrale media suscettibili di trattamento trombolitico sistemico.

6. Thomalla G, Rossbach P, Rosenkranz M, et al. Negative fluid-attenuated inversion recovery imaging identifies acute ischemic stroke at 3 hours or less. *Ann Neurol* 2009;65:724-32.

7. Aoki J, Kimura K, Iguchi Y, Shibasaki K, Sakai K, Iwanaga T. FLAIR can estimate the onset time in acute ischemic stroke patients. *J Neurol Sci* 2010;293:39- 44.

Ictus ad esordio indeterminato

Trombolisi sistemica : Il protocollo RMN

Le sequenze RM encefalo necessarie nello studio dell'ictus ischemico acuto ad esordio indeterminato (specificando nella richiesta che l'esame viene eseguito per la **ricerca di mismatch DWI/FLAIR** in sospetto ictus a insorgenza indeterminata) sono:

- DWI,
- FLAIR
- Gradient eco o SWI

Se all'esame TC sono già presenti evidenti segni precoci di ischemia (ASPECTS<6) non è indicato eseguire l'esame RM perché è molto probabile che l'area ischemica sarà già visibile in FLAIR.

Lo Stroke System aziendale ha deciso di implementare questo approccio all'ictus ischemico ad esordio indeterminato in via sperimentale presso gli Ospedali di:

- Santa Maria Nuova (Firenze)
- Santo Stefano (Prato)

Ospedale per intensità di cura
Livello 2A

Monitor multiparametrici posizionati su ruote e collegati tramite wi-fi al sistema centralizzato di monitoraggio

Telemetrie complete di accessori (bracciali NibP, Fruste per SpO2 e traccia ECG) collegati al sistema centralizzato di monitoraggio



Smartphone interfacciato via Wi-fi con sistema di allarmi centralina

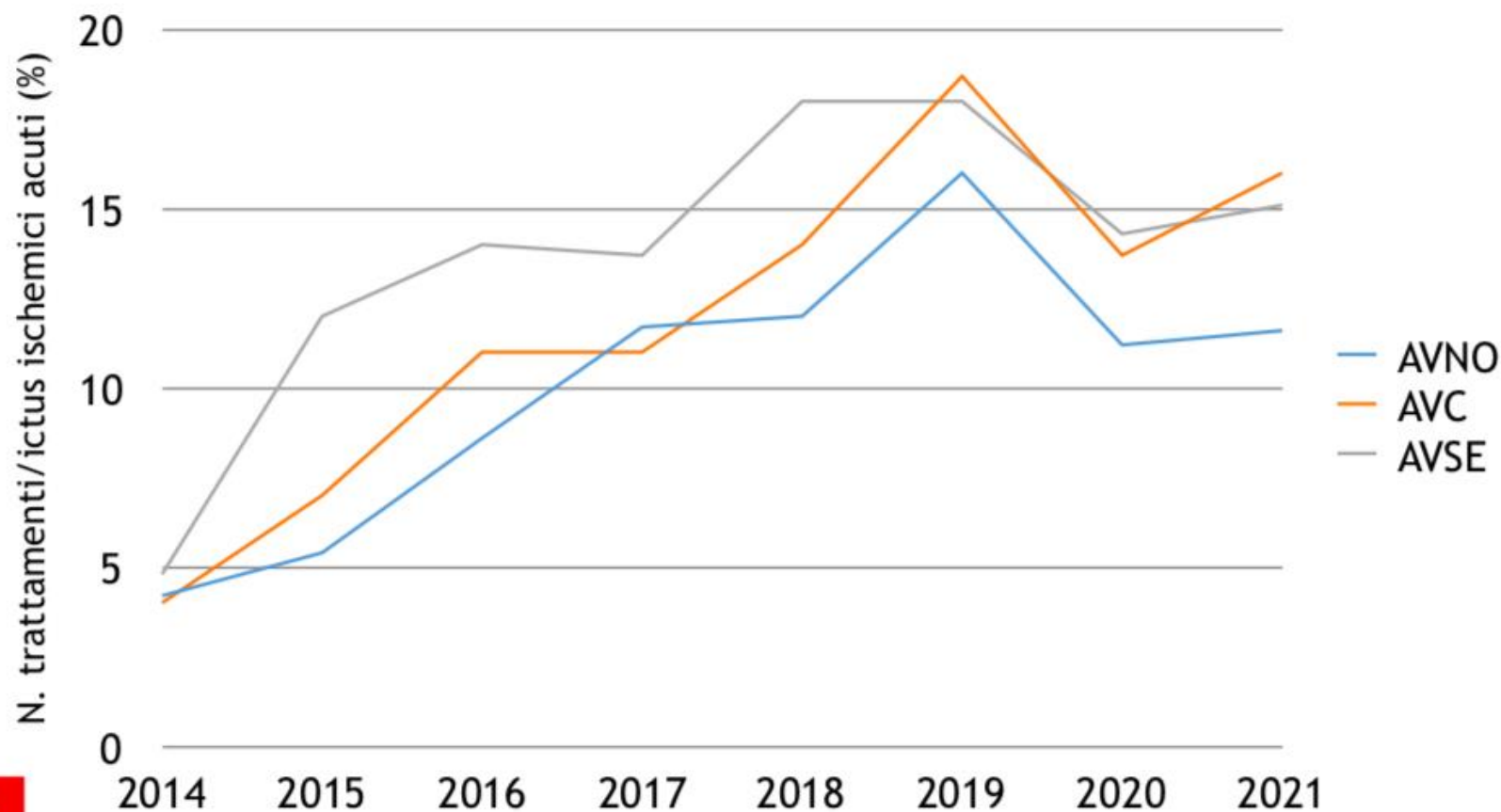




PPOP Ospedale Santo Stefano		DATA	LUN	MAR	MER	GIOV	VEN	SAB	DOM	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
		INGRESSO	4/08	5/08	06/08	07/08	08/08	09/08	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	1/2	2/2	8/2
27/1	ALOT PSE	PLAN				▲			●	TC CAMPID			FRAMBA ENFALOG	TCAL PUBAO		
6/2		ACTUAL								TC CAMPID				CAMPID		TC CAMPID
28/1	CELUACMA	PLAN														
3/2		ACTUAL														
3/2		PLAN			▲	▲										●
3/2		ACTUAL														●
5/2		PLAN														
5/2		ACTUAL														
1/2		PLAN														
1/2		ACTUAL														
26/1	NO TROMBOSI	PLAN														
26/1		ACTUAL														
26/1		PLAN														
26/1		ACTUAL														
26/1		PLAN														
26/1		ACTUAL														
26/1		PLAN														
26/1		ACTUAL														
26/1		PLAN														
26/1		ACTUAL														

Piano Per Ogni Paziente e Briefing

RETE STROKE TOSCANA 2014 – 2021. Ictus ischemico acuto. % Trattamenti/casi attesi nelle 3 Aree Vaste





RTD ICTUS : Ictus e COVID 19 Confronto 2020 e 2019

	Trattamenti totali	Trombolisi	Endovascolari
AVC	623 vs 696 - 3,4%	441 vs 468 - 5,8 %	161 vs 155 +3,9%
AVNO	432 vs 525 - 17,7 %	344 vs 393 - 12,4 %	88 vs 132 - 33 %
AVSE	355 vs 388 - 8,5%	207 vs 243 - 14,8%	148 vs 145 + 2,1%



Cerca ...

ICTUS ischemico, percentuale dimessi che hanno effettuato trombolisi venosa

Anno

2021

Geografia

AV CENTRO

ICTUS ischemico, percentuale dimessi che hanno effettuato trombolisi venosa

Anno 2021 - Totale

Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Numeratore	Denominatore	Rapporto
REGIONE TOSCANA	735	5.197	14,14
AV CENTRO	335	2.178	15,38
AV NORD-OVEST	227	1.769	12,83
AV SUD-EST	173	1.250	13,84



Anno

2015

Geografia

AV CENTRO

TOTALE

ICTUS ischemico, percentuale dimessi che hanno effettuato trombolisi venosa

Anno 2015 - Totale

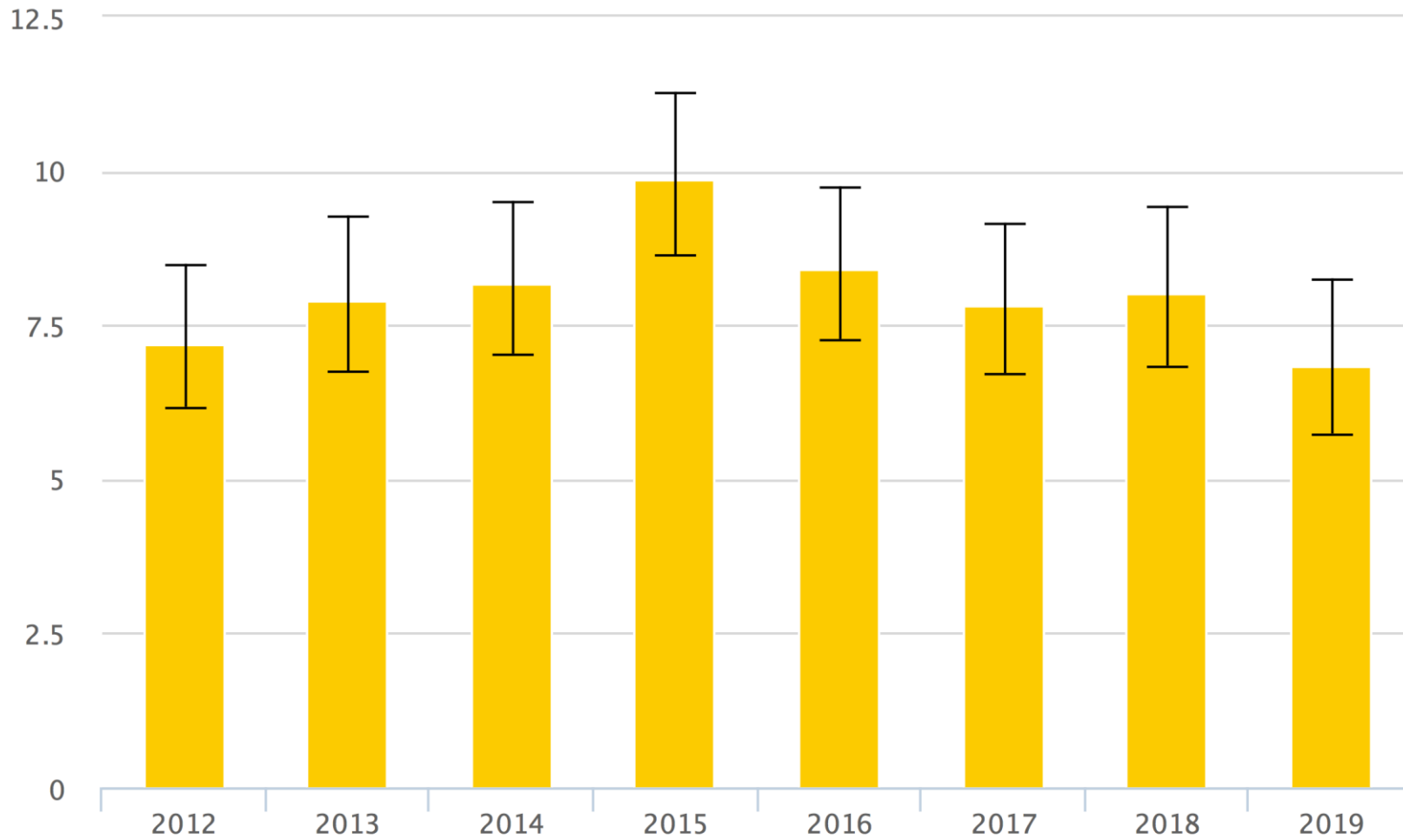
Fonte: RT Scheda dimissione ospedaliera (SDO)

Luogo	Numeratore	Denominatore	Rapporto
REGIONE TOSCANA	413	5.819	7,10
AV CENTRO	137	2.386	5,74
AV NORD-OVEST	114	2.074	5,50
AV SUD-EST	162	1.359	11,92

ASL Azienda UsI Toscana Centro



Mortalità
ictus is
a 30 gi



• ITALIA 11,12%

• ASL TOSCANA CENTRO 6,94%

Struttura	Regione	Località	Casi	Mortalità a 30 giorni	RR ADJ	P	GRAFICO
Az. Ospedaliero - Universitaria Careggi - Firenze	FI	Toscana	262	7.25	6.45	0.022	
Osp. S. Antonio Abate - Fivizzano	MS	Toscana	13	7.69	-	-	
Osp. Civ. S. Antonio - Pontremoli	MS	Toscana	12	8.33	-	-	
Stabilimento Ospedaliero Santa Croce - Castelnuovo Di Garfagnana	LU	Toscana	24	8.33	-	-	
Stabilimento Ospedaliero San Francesco - Barga	LU	Toscana	17	11.76	-	-	
Ospedale Lorenzo Pacini - San Marcello Pistoiese Piteglio	PT	Toscana	6	16.67	-	-	

esporta

T	RR ADJ	P	GRAFICO
-	-	-	
.55	0.77	0.198	
.82	0.43	0.02	
.07	0.37	0.002	
.88	0.62	0.142	
.46	0.31	0	
5.1	0.46	0.044	
.44	1.21	0.39	
.24	0.74	0.515	
.34	0.75	0.434	
.78	0.43	0.007	
.06	0.37	0.005	
.83	0.61	0.25	
.65	0.42	0.055	
.29	0.39	0.042	
.19	0.65	0.115	
.78	0.61	0.049	
.05	0.63	0.252	
.86	0.8	0.308	
.06	1.26	0.176	
.64	0.78	0.176	



PNE 2021 Programma Nazionale Esiti - edizione 2021

Home Documentazione ▾ Ospedale ▾ Territorio Equità



Ictus ischemico: mortalita' a 1 anno - Italia 2019

Ordina/filtra

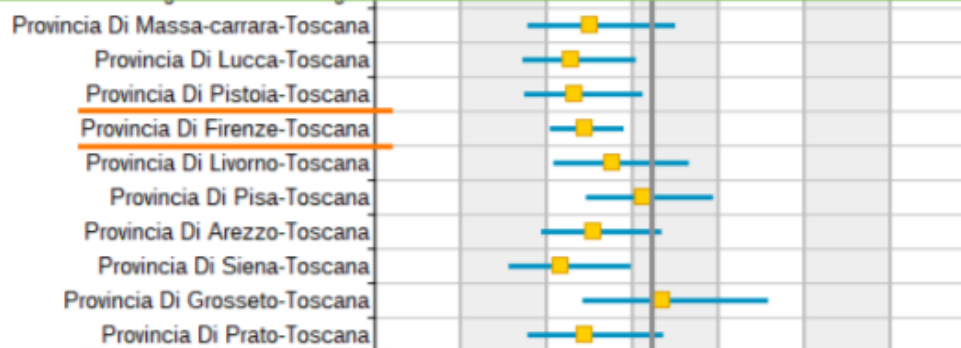
vedi tabella

protocollo

Filtri attivi: → Tutte le aree → Tutte le regioni → Confronto media nazionale Ordinato per Regione

• ITALIA 16,11%

• PO-FI-PT. 12 %



PNE²⁰²¹ Programma Nazionale Esiti - edizione 2021



Home Documentazione ▾ Ospedale ▾ Territorio Equità



Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni - Italia 2020

Ordina/filtra

vedi tabella

protocollo

→ Tutte le strutture → Tutte le regioni → Confronto media nazionale + Ordinato per Regione

- ITALIA 7,26%
- ASL TOSCANA CENTRO 6,28%





VINCITORI *dei premi*

Trimestre

2° trim. 2022

Paese

Italia

Stato del premio

Diamante


Cerca vincitori

Inserire qui il testo della ricerca



Fai clic sull'intestazione della colonna per ordinare i premi

Trimestre	Paese	Ospedale	Stato del premio
2° trim. 2022	Italia	ISTITUTO CLINICO HUMANITAS	Diamante
2° trim. 2022	Italia	NUOVO OSPEDALE PRATO SANTO STEFANO	Diamante
2° trim. 2022	Italia	OSPEDALE SAN GIACOMO	Diamante
2° trim. 2022	Italia	OSPEDALE SAN JACOPO - PISTOIA	Diamante
2° trim. 2022	Italia	OSPEDALE SANTA MARIA NUOVA - FIRENZE	Diamante
2° trim. 2022	Italia	OSPEDALE SANTA MARIA ANNUNZIATA - FIRENZE	Oro



La rete organizzativa dell'ictus nella ASL Toscana Centro

H 15.00-15.30 introduzione *Giancarlo Landini, Pasquale Palumbo*

H 15.30-15.50 Il modello organizzativo mothership vs drip and ship *Pasquale Palumbo*

H 15.50-16.10 Trombolisi sistemica e trombectomia meccanica. Quali criteri di esclusione sono rimasti *Chiara Menichetti*

H 16.10-16.30 Trombolisi in corso di terapia con i nuovi farmaci anticoagulanti orali *Alba Caruso*

H 16.30-17.00 Discussione

19 Ottobre 2020

