

Fabio SAMANI

Federsanità ANCI FVG
vicepresidente

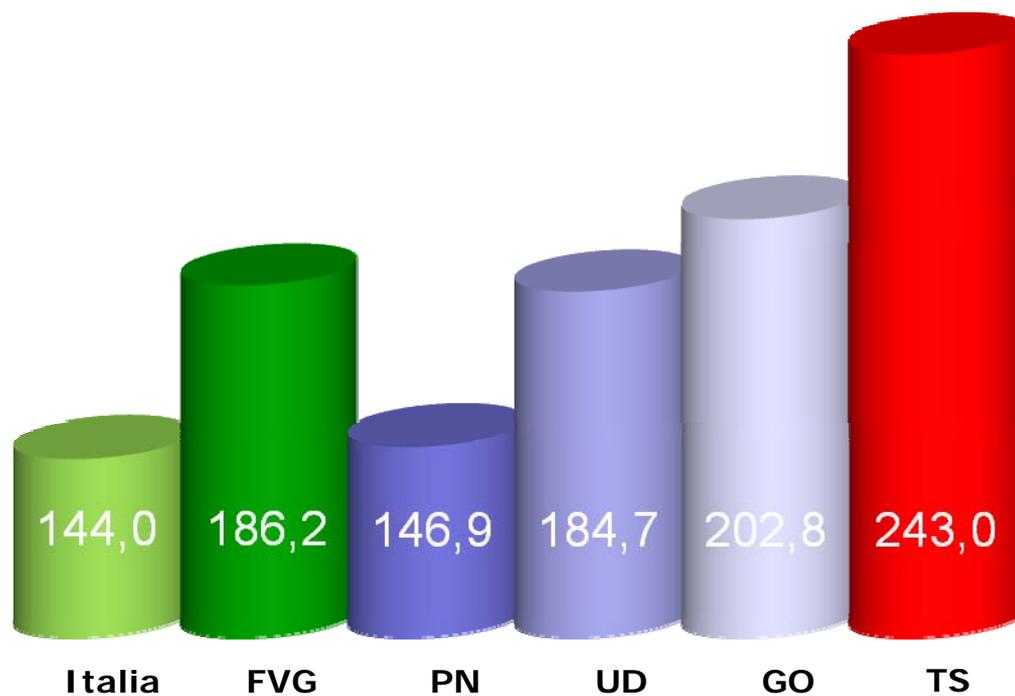


ASS1 "Triestina"
direttore generale





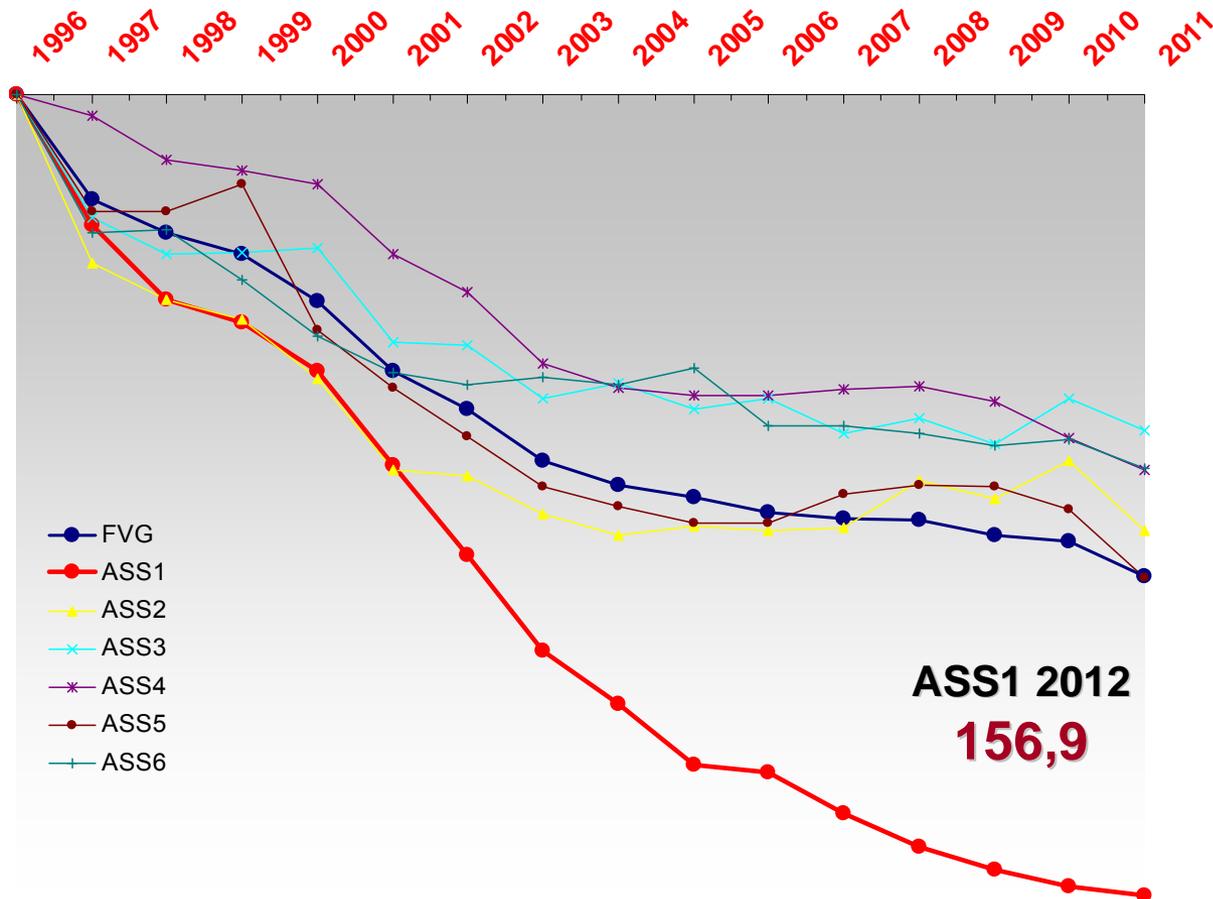
- provincia di Trieste: 236.556 abitanti
- comune di Trieste: 86,9% degli abitanti della provincia
- ≥ 65 **27,8%**
- ≥ 75 **14,2%**
- ultracentenari: **60/100.000**
(Italia 25/100.000)

Elderly Index

 ISTAT
 2011

	% 0-14	% 15-64	% 65+	Abitanti	Indice Vecchiaia	Età Media
FRIULI VENEZIA GIULIA	12,6%	64,0%	23,4%	1.235.808	186,2%	45,4
Pordenone	13,9%	65,6%	20,5%	315.323	146,9%	43,3
Udine	12,4%	64,7%	22,9%	541.522	184,7%	45,2
Gorizia	12,2%	63,1%	24,7%	142.407	202,8%	46,2
Trieste	11,4%	60,8%	27,8%	236.556	243,0%	47,9

dall'atto aziendale:

“L’Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina riconosce come propria mission la **promozione della salute delle persone e della comunità** dell’area di riferimento territoriale cui è preposta. Per fare ciò si impegna a garantire l’erogazione di prestazioni sanitarie appropriate e di alta qualità e a concorrere alla realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale.”



Il tasso dell'ASS1 è sceso negli ultimi 10 anni di oltre **50** punti a fronte dei **20** di quello regionale e presenta una curva di discesa delle ospedalizzazioni che dal 2002 si distingue nettamente in maniera virtuosa da quella delle altre Aziende regionali.

In pratica, ora si ricoverano ogni anno in ospedale 22mila triestini meno di 15 anni fa (circa 37.500 attuali ricoveri di residenti ASS1/anno – dato 2012).

Collaborazione ospedale territorio
Credibili alternative distrettuali al ricovero

Fonte SISSR

tasso ospedalizzazione
FVG dal 1996



in acuto

- circa 600 chiamate/anno per sospetto ictus
- aderenza tra intervista e sulla scena: 90%
- accesso al PS (preavvisato) in codice giallo
- tempi tra chiamata e accesso in PS <1h (in cinque anni 2 casi sentinella)
- potenzialmente eseguibili circa 70 trombolisi/anno
- trombolisi eseguite: 20 nel 2010, 23 nel 2011, 27 ad ottobre 2012.

protocollo di continuità riabilitativa

valutazione multidimensionale (clinica, infermieristica, sociale e funzionale):

- assistenza medica sulle 24H → ricovero in struttura riabilitativa ospedaliera;
- bisogno maggiormente assistenziale o problematiche sociale → ricovero presso RSA;
- buona rete familiare/sociale → trattamento riabilitativo domiciliare o ambulatoriale.

protocollo di continuità riabilitativa

3 criteri clinici in ordine di gravità:

- Barthel ≥ 15 LACI (LAC Infart)
- Barthel tra 14 e 4 LACI, POCI (POsterior Circulation Infart) in parte e PACI (Partial Anterior Circulation Infart)
- Barthel ≤ 4 TACI (Total Anterior Circulation Infart) ed in parte POCI

Il criterio clinico individuato, insieme alle problematiche sociali e alla compliance al trattamento del paziente, determina un algoritmo che identifica il percorso riabilitativo post dimissione.

protocollo di continuità riabilitativa

749 pazienti dal 2008 al 2012

- 3,7% usciti dal protocollo
(ricoverati presso altri reparti per complicanze)
- 1,6% deceduti durante la degenza
- 7,2% percorso riabilitativo completato durante il ricovero
- 2,4% peggiorati durante il ricovero
(attivato percorso di continuità infermieristica)
- 85% (637) percorso riabilitativo post dimissione.

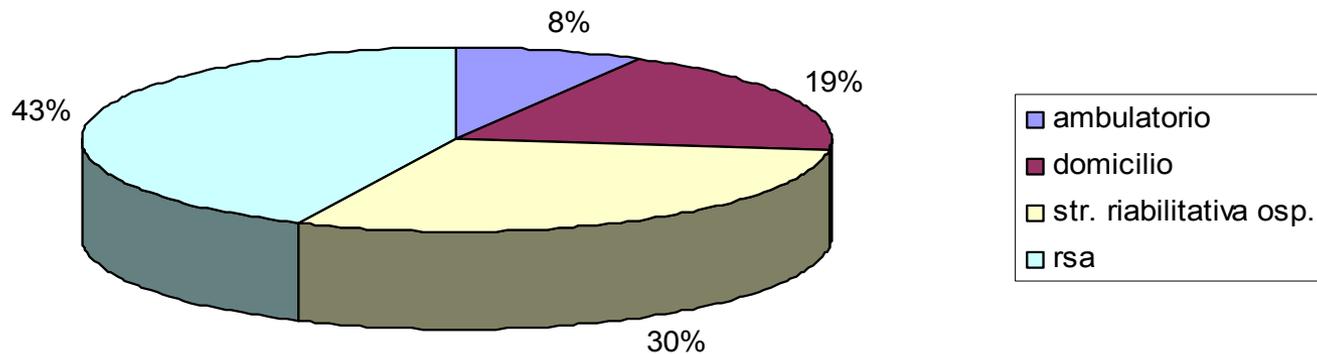
protocollo di continuità riabilitativa

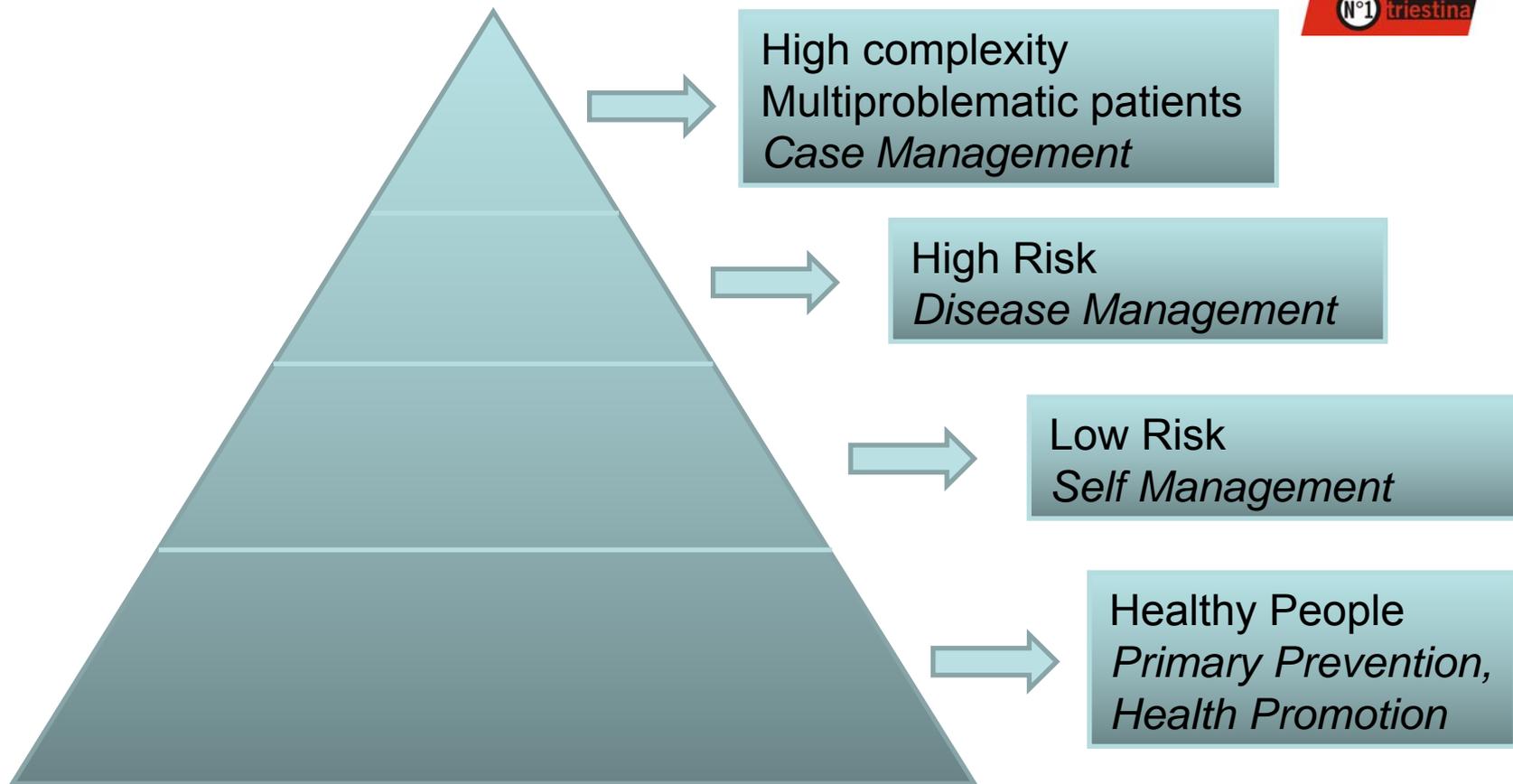
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

A
S
S Azienda
Servizi
Sanitari

N°1 triestina

Percorsi riabilitativi 2008-2012



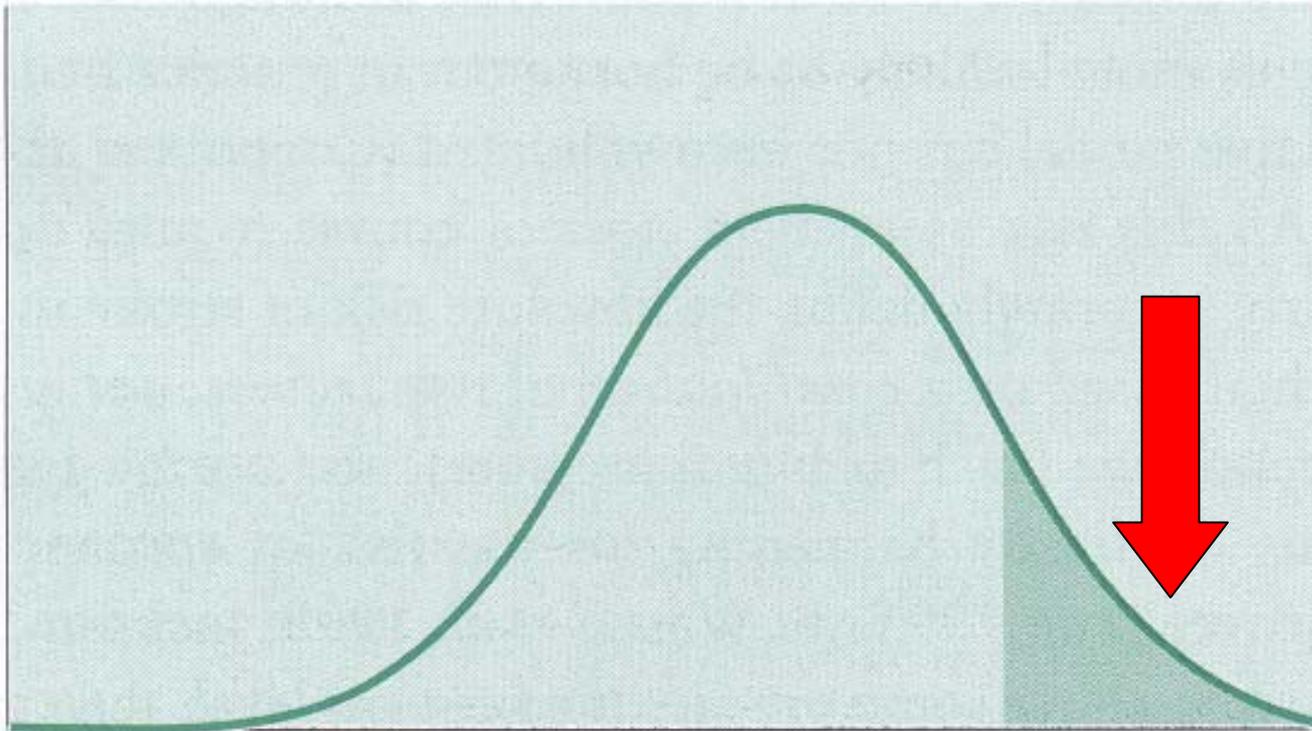




High risk strategy

Identification and treatment of people at particular high risk

Number of events (i.e. patients with the disease of interest)

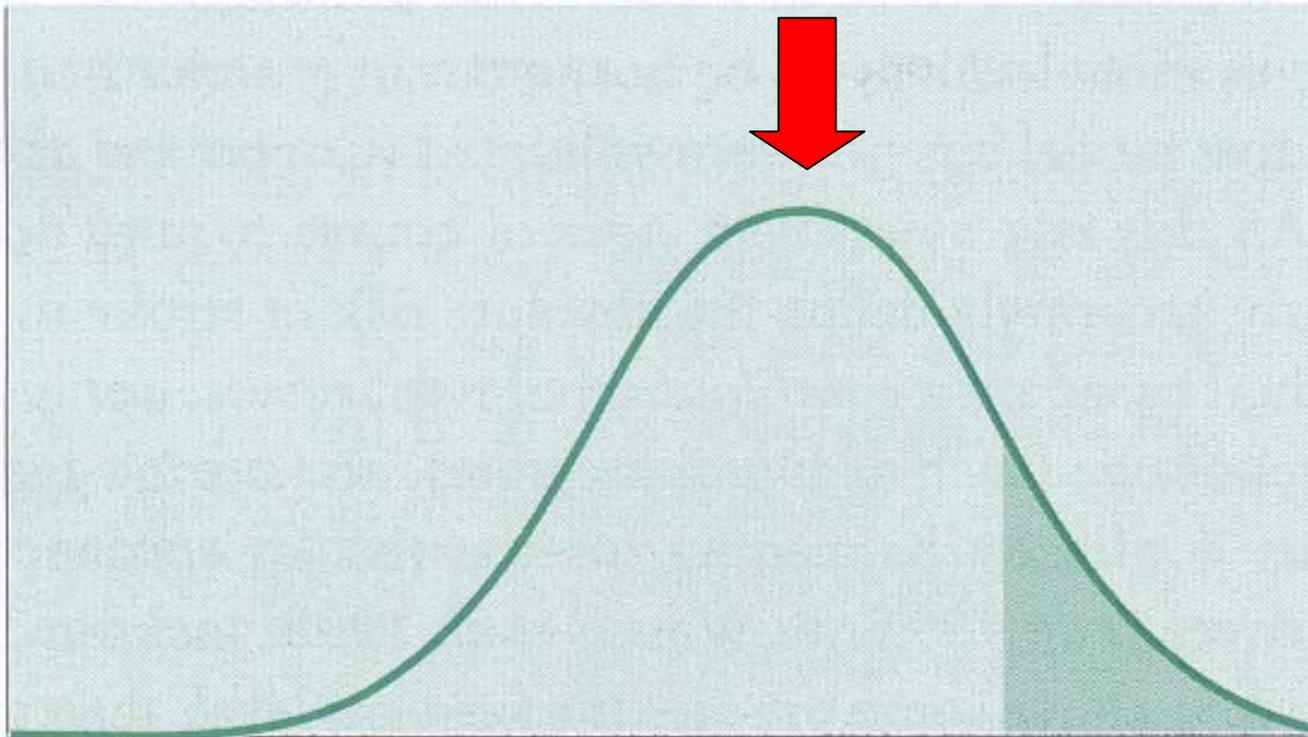


Increasing risk of the disease of interest in the population

The prevention paradox:

most events occur in people
with intermediate levels of risk factors

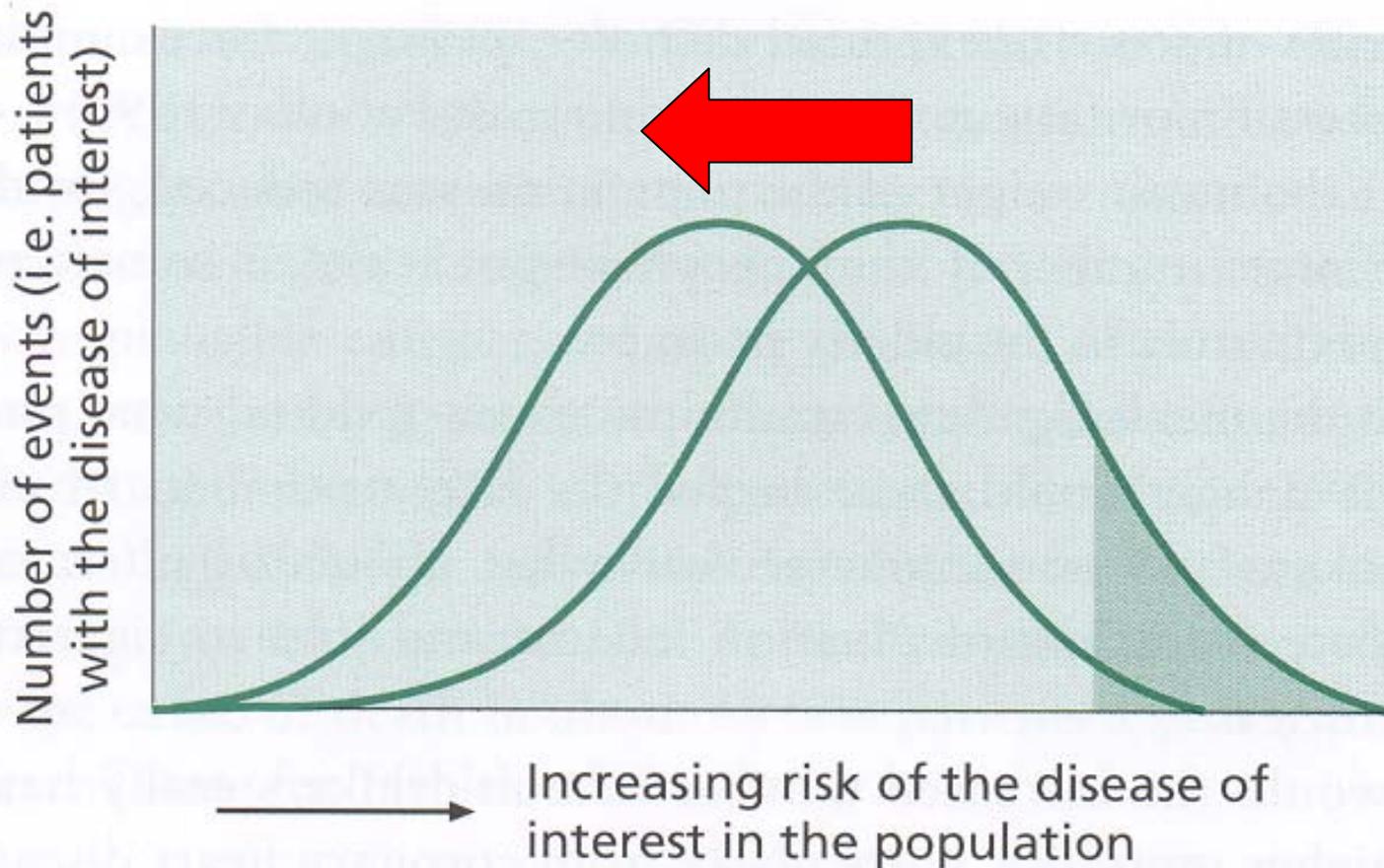
Number of events (i.e. patients
with the disease of interest)



Increasing risk of the disease of
interest in the population

Population strategy:

a small left shift in the risk distribution



A Trieste sono stimabili:

- circa 20.000 persone ad alto rischio cerebro-cardiovascolare
- quasi 22.000 a rischio intermedio
- non meno di 16.000 diabetici
- circa 55.000 ipertesi...

Secondary Prevention of Stroke in Italy

A Cross-Sectional Survey in Family Practice

Alessandro Filippi, MD; Angelo Antonio Bignamini, PhD; Emiliano Sessa;
Fabio Samani, MD; Giampiero Mazzaglia, MD, PhD, MSc



**TABLE 1. Main Demographic and Clinical Characteristics
Variables of the Sample**

Variable	Stroke n=2555	TIA n=2755	Total n=5310
Age, mean±SD	72.8±12.9	73.9±11.4	73.4±12.2
Years from event, mean±SD	4.2±3.8	4.0±3.8	4.1±3.8
Blood pressure, mean±SD			
Diastolic	81±8.7	80.4±8.7	80.7±8.7
Systolic	139.9±18.4	140.3±17.8	140.1±18
Smoking status (%)			
Never smoker	498 (53.1)	709 (55.3)	1207 (54.3)
Ex-smoker	319 (34.0)	396 (30.9)	715 (32.2)
Current smoker	119 (12.7)	173 (13.5)	292 (13.1)
Noncigarettes	2 (0.2)	5 (0.4)	7 (0.3)
Concurrent diseases (%)			
Diabetes	613 (24.0)	518 (18.8)	1131 (21.3)
Atrial fibrillation	277 (10.8)	282 (10.2)	559 (10.5)
AMI	141 (5.5)	143 (5.2)	284 (5.3)

AMI indicates acute myocardial infarction.

**TABLE 3. Systolic and Diastolic Blood Pressure Control in Patients With History
of Stroke or TIA**

Blood Pressure Control	Stroke (%)		TIA (%)		Total (%)	
	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP
Overall						
Controlled	656 (43.3)	1217 (80.5)	872 (42.1)	1700 (82.1)	1528 (42.6)	2917 (81.5)
Uncontrolled	856 (56.7)	295 (19.5)	1197 (57.9)	369 (17.9)	2053 (57.4)	664 (18.5)
Detailed						
Optimal	308 (20.4)	348 (22.8)	427 (20.6)	565 (27.3)	735 (20.5)	913 (25.5)
Acceptable	348 (23.0)	869 (57.5)	445 (21.5)	1135 (54.9)	793 (22.1)	2004 (56.0)
Uncontrolled	724 (47.9)	277 (18.5)	1024 (49.5)	344 (16.6)	1748 (48.8)	621 (17.3)
Unacceptable	132 (8.7)	18 (1.2)	173 (8.4)	25 (1.2)	305 (8.5)	43 (1.2)

Results—We selected 2555 patients with diagnosis of stroke and 2755 with TIA. Among all of the subjects, 32.6% had no BP recorded. Among the remaining subjects, 58.7% reported uncontrolled BP. Isolated systolic hypertension has been shown in 68.8% of patients with uncontrolled BP. Antiplatelet and anticoagulant drugs were prescribed in 72% of these cases. Factors that made the prescription significantly more unlikely were diagnosis of TIA (odds ratio [OR], 0.47; 95% confidence interval [CI], 0.41 to 0.54), total invalidity (OR, 0.66; 95% CI 0.56 to 0.78), and time from event of 5 years or more (OR, 0.81; 95% CI, 0.70 to 0.94).

Conclusions—Italian FPs could improve secondary prevention of cerebrovascular accidents. The primary target of intervention should be the control of systolic BP, and the group of patients with unacceptably high BP should be given priority. All of these patients should have been prescribed antiplatelet drugs or anticoagulant agents, except in cases of extremely short life expectancy or substantial contraindications. (*Stroke*. 2003;34:1010-1014.)

A
S
S Azienda
Servizi
Sanitari

N°1 triestina

