

L'impatto sociale sul Pronto Soccorso: dati e strategie organizzative



Dott.ssa Patrizia Giuntini
Responsabile UOS

Dr. P. Moscatelli
Direttore UOC Med. d'Urg. e P.S.



**IRCCS Azienda Ospedaliera
Universitaria
San Martino - IST Genova**



x congresso nazionale
simeu

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016

P.S. OSSERVATORIO “PRIVILEGIATO”



IMPATTO INDIRETTO

•Contesto socioassistenziale fattore condizionante dimissibilità, rientro a domicilio, presa in carico....

IMPATTO DIRETTO:

Soggetti emarginati e deboli:

- Senza tetto
- Etilisti e tossicodipendenti
- Soggetti anziani soli
- Soggetti con difficoltà economiche e scarsa tenuta
- Migranti
-

OSSERVATORIO

- Violenza e maltrattamento
- indiretto: violenza assistita

PRONTO
SOCCORSO



IL PS COME OSSERVATORIO E CROCEVIA

dell'interazione fra bisogni sociali e sanitari;

Luogo di selezione e identificazione di prestazioni sanitarie giunte in “urgenza” da **reindirizzare** quando necessario verso i servizi sanitari e sociali presenti sul territorio;

Rapporto ISTAT “La povertà in Italia” nel 2012

-il 15,8% della popolazione vive in povertà relativa (9 milioni 563 mila)

-l'8% in povertà assoluta (4 milioni 814 mila)

Rapporto ISTAT Reddito e condizioni di vita nel 2012

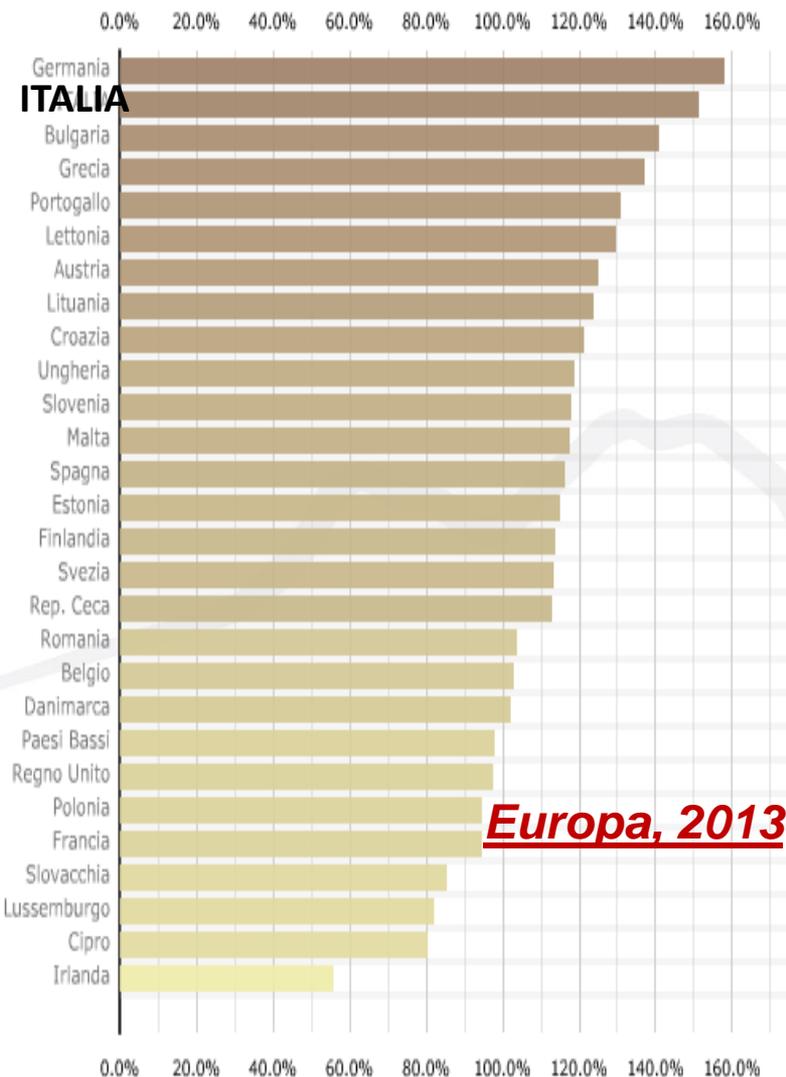
•il 29,9% delle persone residenti in Italia è a rischio di povertà o esclusione sociale(+1,7%)

•quota di persone in famiglie severamente deprivate: dall'11,2% al 14,5%

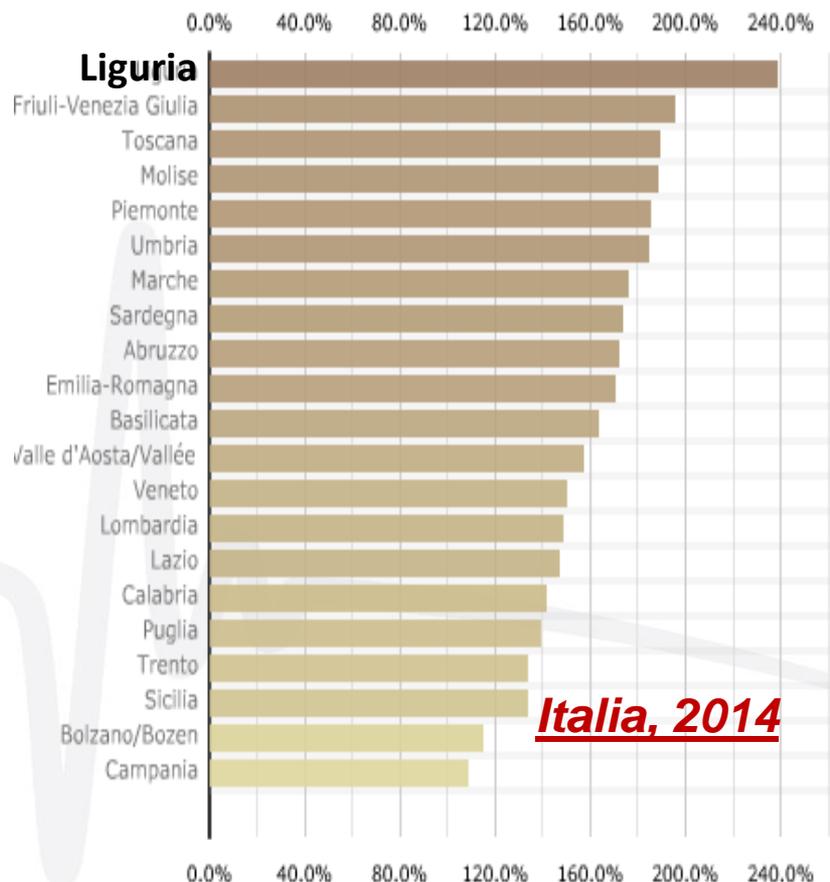
INDICE DI VECCHIAIA = $\frac{\text{(individui } \geq 65 \text{ aa)}}{\text{individui 0-14 aa di età}} \times 100$

E' il rapporto tra anziani e giovani

Indice di vecchiaia



Indice di vecchiaia al 1° gennaio



Over 65 il **48,0%** delle persone sole

61,6% donne

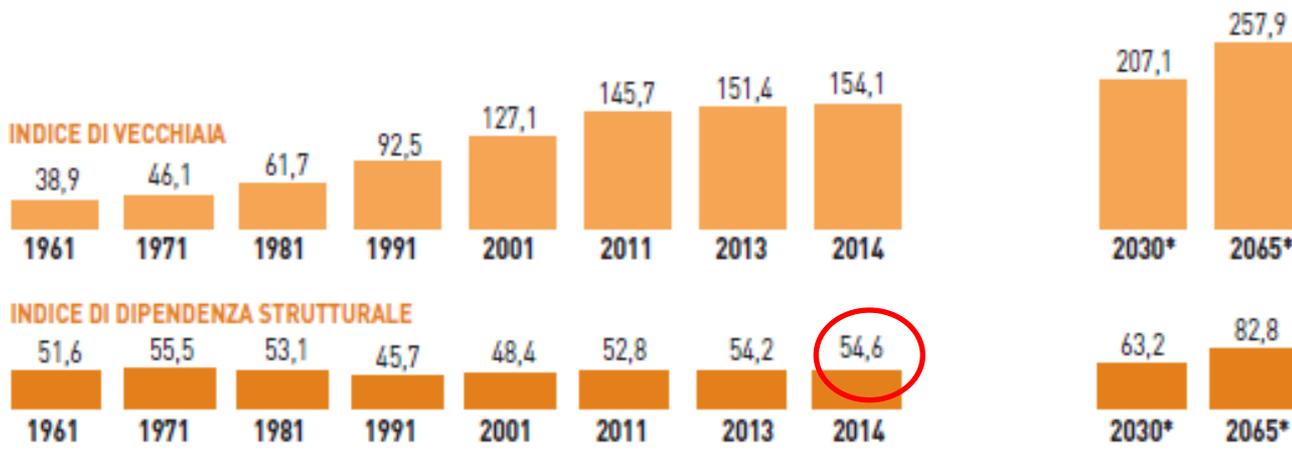


29% uomini

valori percentuali, anno 2014

INDICATORI DEMOGRAFICI

Censimenti 1961-2011, 1° gennaio 2013 e 2014 e previsioni 2030-2065



* previsione

INDICE DI DIPENDENZA

$$\text{STRUTTURALE} = \frac{\text{pop. in età non attiva (0-14 aa e } \geq 65 \text{ aa)}}{\text{pop. in età attiva (15-64 aa)}} \times 100.$$

Metà della popolazione dipende dall'altra

PROSPETTO 6. INDICATORI STRUTTURALI DELLA POPOLAZIONE PER REGIONE

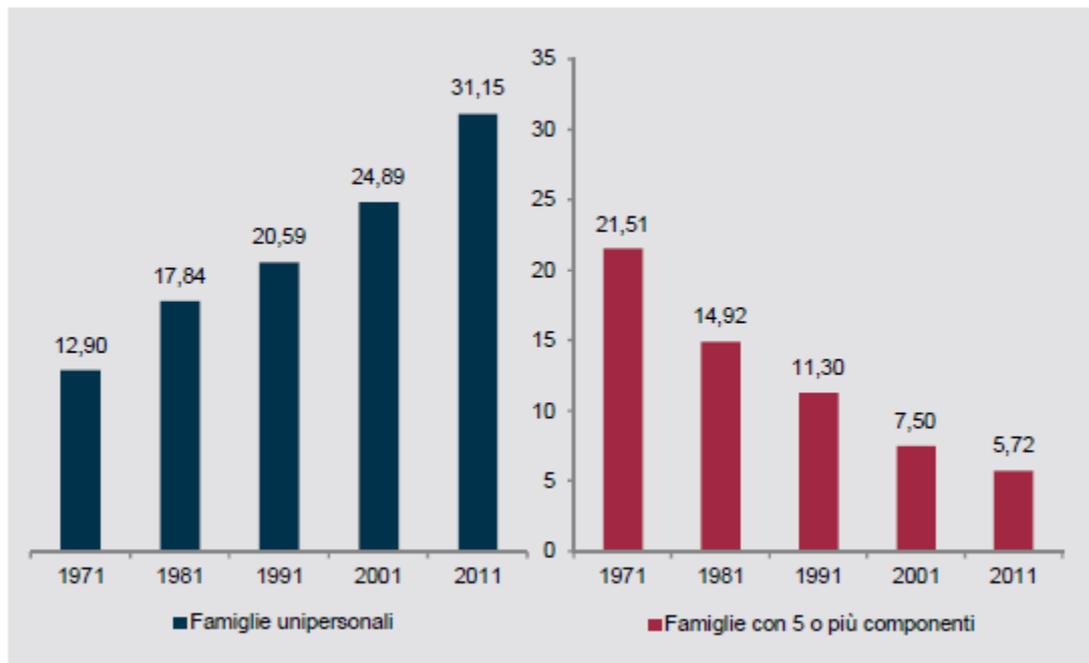
Anno 2016, dati al 1° gennaio, stime

Regioni	% pop. 0-14 anni	% pop. 15-64 anni	% pop. 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Liguria	11,5	60,3	28,2	65,7	46,7	245,5	48,5
Emilia-Romagna	13,4	63,0	23,6	58,8	37,5	175,5	45,7
Toscana	12,8	62,3	24,9	60,5	40,0	195,4	46,5
ITALIA	13,7	64,3	22,0	55,5	34,2	161,1	44,6
Nord	13,6	63,4	23,1	57,8	36,4	170,2	45,3
<i>Nord-ovest</i>	13,5	63,2	23,3	58,1	36,8	172,9	45,4
<i>Nord-est</i>	13,7	63,5	22,8	57,4	35,9	166,6	45,2
Centro	13,3	63,9	22,8	56,6	35,8	171,8	45,3
Mezzogiorno	14,0	65,8	20,1	51,9	30,6	143,5	43,3
<i>Sud</i>	14,2	65,9	19,9	51,7	30,1	140,1	43,1
<i>Isole</i>	13,7	65,6	20,7	52,3	31,5	150,8	43,8

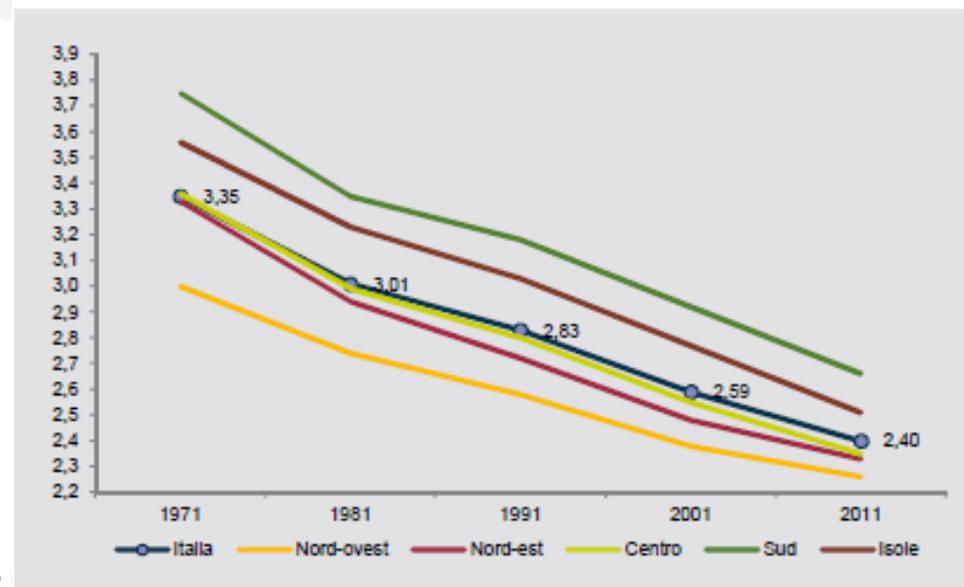
INDICE DI DIPENDENZA ANZIANI = $\frac{\text{pop. in età non attiva } (\geq 65 \text{ aa})}{\text{pop. in età attiva (15-64 aa)}} \times 100.$

Figura 3.1**Famiglie unipersonali e con 5 o più componenti**

Censimenti 1971, 1981, 1991, 2001 e 2011; valori percentuali sul totale delle famiglie



Fonte: Istat, 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni al 9 ottobre 2011 (R)

AUMENTANO LE FAMIGLIE UNIPERSONALI**Figura 3.2****Numero medio di componenti della famiglia per ripartizione geografica**
Censimenti 1971, 1981, 1991, 2001 e 2011

Fonte: Istat, 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni al 9 ottobre 2011 (R)

«*È più importante conoscere che tipo di
paziente ha una malattia piuttosto che
conoscere che tipo di malattia ha un
paziente»*

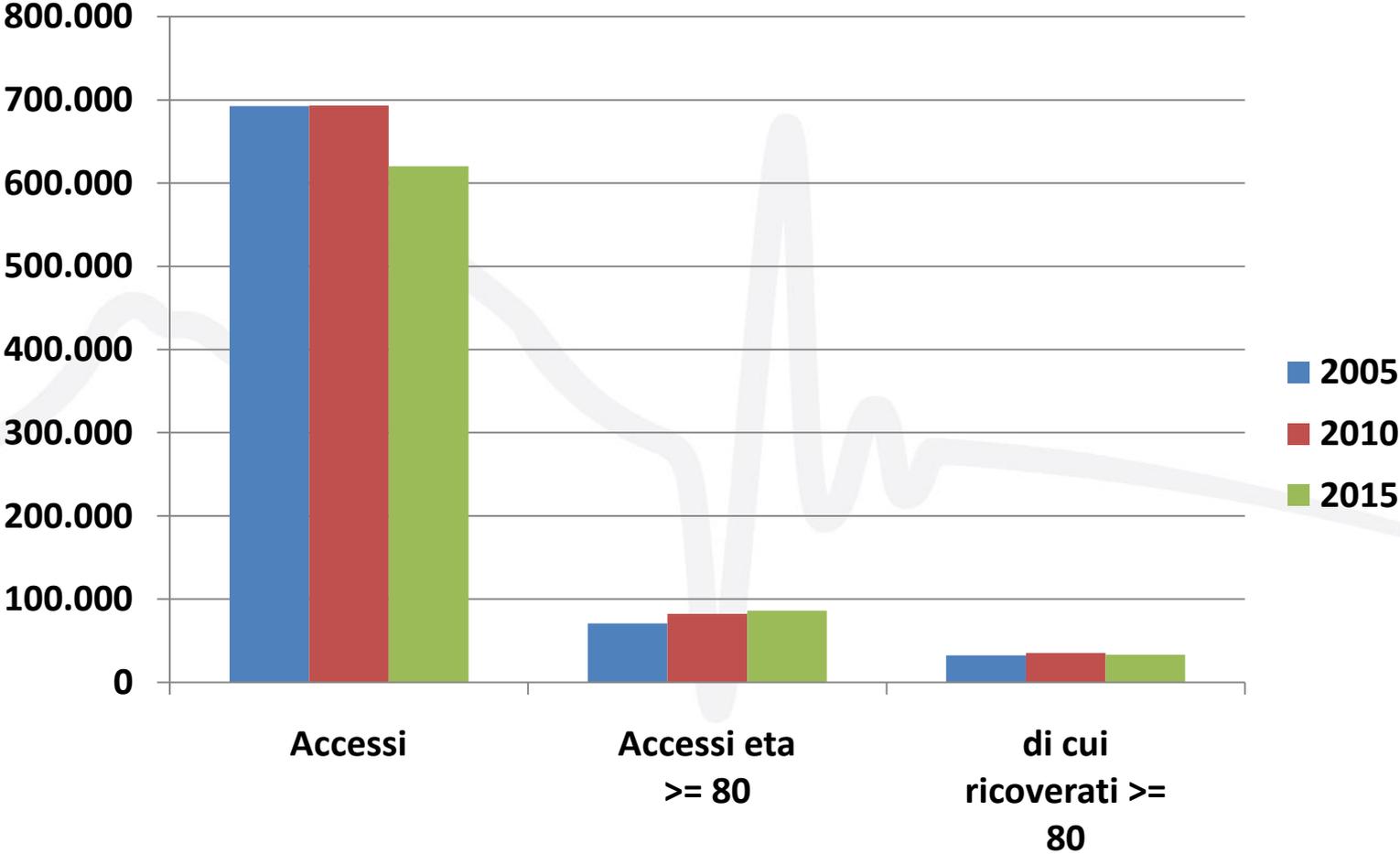
(William Osler, Remark on specialism, 1892)

Ma le emergenze sociali come si inseriscono,
modificano il percorso del malato?

FRAGILITA':

CONCETTO USUALMENTE
RIFERITO ALL'ANZIANO
(essendo stato sviluppato in
ambito geriatrico)

ACCESSI NEI PS LIGURI



Fragilità

è una sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva funzionale e resistenza agli stress, provocata da un declino cumulativo di più sistemi fisiologici

Fried LP, et al Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implication for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004,59:255 – 63

Vi è una fragilità sociale e una fragilità biologica;

si riferisce a una condizione di privazione economica e mancanza di risorse materiali

LA FRAGILITÀ SOCIALE



LA FRAGILITÀ
BIOLOGICA

fa riferimento a parametri sanitari

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

- Schematicamente, le aree tematiche fondamentali, o 'dimensioni', che configurano la natura multipla della valutazione, sono rappresentate da:
 - salute fisica,
 - stato cognitivo (o salute mentale),
 - stato funzionale,
 - condizione economica
 - condizione sociale.

Inoltre:

Distinzione fra fragilità e complessità clinica.

- La complessità clinica è maggiormente connessa alla specifica patologia, alle caratteristiche che assume nel singolo soggetto in particolare in riferimento alle comorbidità.

La complessità si può misurare

(Scale numeriche)

- **Complessità sanitaria:** es. Indice di Severità di Malattia (ISM) Cumulative Index Rating Scale (CIRS)
- **Complessità assistenziale:** es. Barthel Index, Index of Activitis of Daily Living (ADL), Index of Indipendence in Activities of Daily Living (IADL)
- **Complessità ambientale:** es. Scheda Ordine Nazionale Assistenti Sociali

Le Scale sono settoriali e disomogenee

NB rapporto tra Complessità e dimissibilità entro 24 !

Complessità sociale

(Scheda Ordine Nazionale Assistenti Sociali)

Quantifica gli aspetti:

1. Economici
2. Abitativi
3. Nucleo familiare e persone che forniscono aiuto
4. Capacità relazionali*
5. Capacità di coinvolgimento*

Capacità relazionali e capacità di coinvolgimento sono “Fattori personali” e non “Fattori ambientali”

CONDIZIONANO LA GESTIONE DEL MALATO IN PS

Complessità
sanitaria

Complessità
ambientale

Complessità
assistenziale

Fragilità

INOLTRE: Per la persona fragile l'ospedalizzazione, é un significativo fattore di rischio di esiti avversi (*complicanze post-operatorie, prolungata degenza, istituzionalizzazione post ricovero*)

(Makary 2010, Robinson 2011).

... e un fattore ostacolante il recupero da una condizione accertata di fragilità ed è anche un fattore aggravante della fragilità stessa.

(Gill 2011)

***RUOLO E RIFERIMENTO
SOCIALE DEL PS***

**VIOLENZA E
MALTRATTAMENTO**



Il PS è il luogo dove:

- La paziente può essere accolta senza vincoli o limiti temporali;
- Trova tutela;
- Riceve informazioni, sostegno e cure;
- Riceve un'attestazione/referto che può essere importante per l'eventuale iter legale-giudiziario

Il PS deve avere:

- Approccio multidisciplinare
- Ruoli definiti e distinti
- Sensibilizzazione, formazione e TEMPO!!!

2009 Raccolta Protocolli e Linee Guida in uso presso UUOO PS/DEA riguardanti Violenza di Genere:

- Identificazione macro-argomenti
- Confronto stesure
- Attuazione sintesi

2012 Invio a UUOO PS/DEA

- Condivisione allargata del protocollo

2013 ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO

- Avvio del programma di formazione degli operatori sanitari coinvolti nella gestione della violenza.
- Adattamento del protocollo alle specifiche realtà di ogni PS/DEA.

***Prefettura di Genova,
Sala degli Specchi
20 aprile 2015, ore 10,30***



***Le istituzioni al lavoro per far emergere e contrastare
violenza e maltrattamenti verso le donne ed i minori***

***Protocollo d'intesa per la promozione di politiche attive
finalizzate alla prevenzione ed al contrasto
della violenza di genere e nei confronti dei minori***

istituzione di un percorso di accoglienza della vittima di violenza presso il pronto soccorso

Napoli, 18 novembre 2016

OBIETTIVI GENERALI DEL PROTOCOLLO

- far emergere la violenza non dichiarata al P.S. con un riesame dei referti e degli accessi presso le strutture di Pronto Soccorso
- costituire in via permanente di un'unità di lavoro interistituzionale, già avviata con il Protocollo sperimentale
- l'istituire un percorso di accompagnamento dedicato della donna e del minore vittima di fatti di violenza volta a facilitare le denunce spontanee e a garantire il sostegno
- promuovere un percorso di sostegno e trattamento della persona maltrattante;
- promuovere la formazione di tutti gli operatori coinvolti
- individuare strategie di prevenzione e di intervento sulle cause e sulle situazioni che possono portare ad innescare comportamenti di violenza
- la costruzione di un sistema condiviso di rilevazione, raccolta, ed analisi dei dati

U.O. MEDICINA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO H00	IRCCS AOU San Martino – IST PROTOCOLLO	DOCPROCH00_0010		
	VIOLENZA SESSUALE	Rev. 4	Data	Pag 1 di 29

VIOLENZA SESSUALE

	TITOLO	PAG
1	Scopo applicabilità, obiettivi, oggetto	2
2	Bibliografia di riferimento	2
3	Definizioni- conseguenze della violenza- dati epidemiologici- raccomandazioni	3-4
4	Obblighi di legge per il medico	5
4.1	Denuncia referto all'Autorità Giudiziaria	6
4.2	Reati perseguibili d'Ufficio	7
5	MANUALE PROCEDURE aspetti generali- comunicazione e relazione	8-9
5.1	Procedure al triage	10
5.2	Procedure Infermieristiche	11
5.3	Procedure Mediche Raccolta Scritta Dati Clinici e Forensi	12-
	Anamnesi Informazione e Acquisizione dei Consensi Previsti	13
	Esame obiettivo, consulenze	14
6	Raccolta di materiale biologico a fini clinici/ ai fini eventuali dell'attività giudiziaria	15
6.1	Modalità di raccolta	15
6.2	Tabella esami previsti	16
6.2	Sequenza manovre di interesse ginecologico	17
7	Invio del materiale, catena di custodia, attività Laboratorio Analisi	18
8	Terapia e Profilassi	19
9	Ricovero- Osservazione Dimissione	20-21
10	Archiviazione dati	22

I FLOW CHART GESTIONE VIOLENZA
 II. CONTENUTO KIT RACCOLTA PROVE
 II NUMERI TELEFONICI UTILI
 III LISTA ACCERTAMENTI BIOLOGICI PER VITTIME VIOLENZA SESSUALE
 IV MODULI INVIO TRASPORTO PER MATERIALE BIOLOGICO
 V DENUNCIA AUTORITA' GIUDIZIARIA
 VII LETTERA PROSECUZIONE CURE –INDICAZIONI PER IL DOPO

approvato da:

Direttori

Direzione Sanitaria
 U.O. Gestione Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP
 U.O. Medicina Legale
 U.O. Medicina d'Urgenza
 U.O. Clinica Ostetrica e Ginecologica
 U.O. Ostetricia e Ginecologia
 U.O. Medicina di Laboratorio
 U.O. Clinica Psichiatrica
 U.O. Psicologia Clinica
 Direzione Dipartimento DEA

A. Morando
 G. Orengo
 F. De Stefano
 P. Moscatelli
 P. L. Venturini
 C. Gustavino
 M. Mussap
 P. Amore
 G. Ferrandes
 A. Gratarola

Redatto M. Tomellini, P. Giuntini, D. Gerbaldo	Controllato	Approvato Napoli, 18 novembre 2016
--	-------------	---------------------------------------

PROTOCOLLO IRCCS SAN MARTINO-IST



CARTELLA CLINICO FORENSE

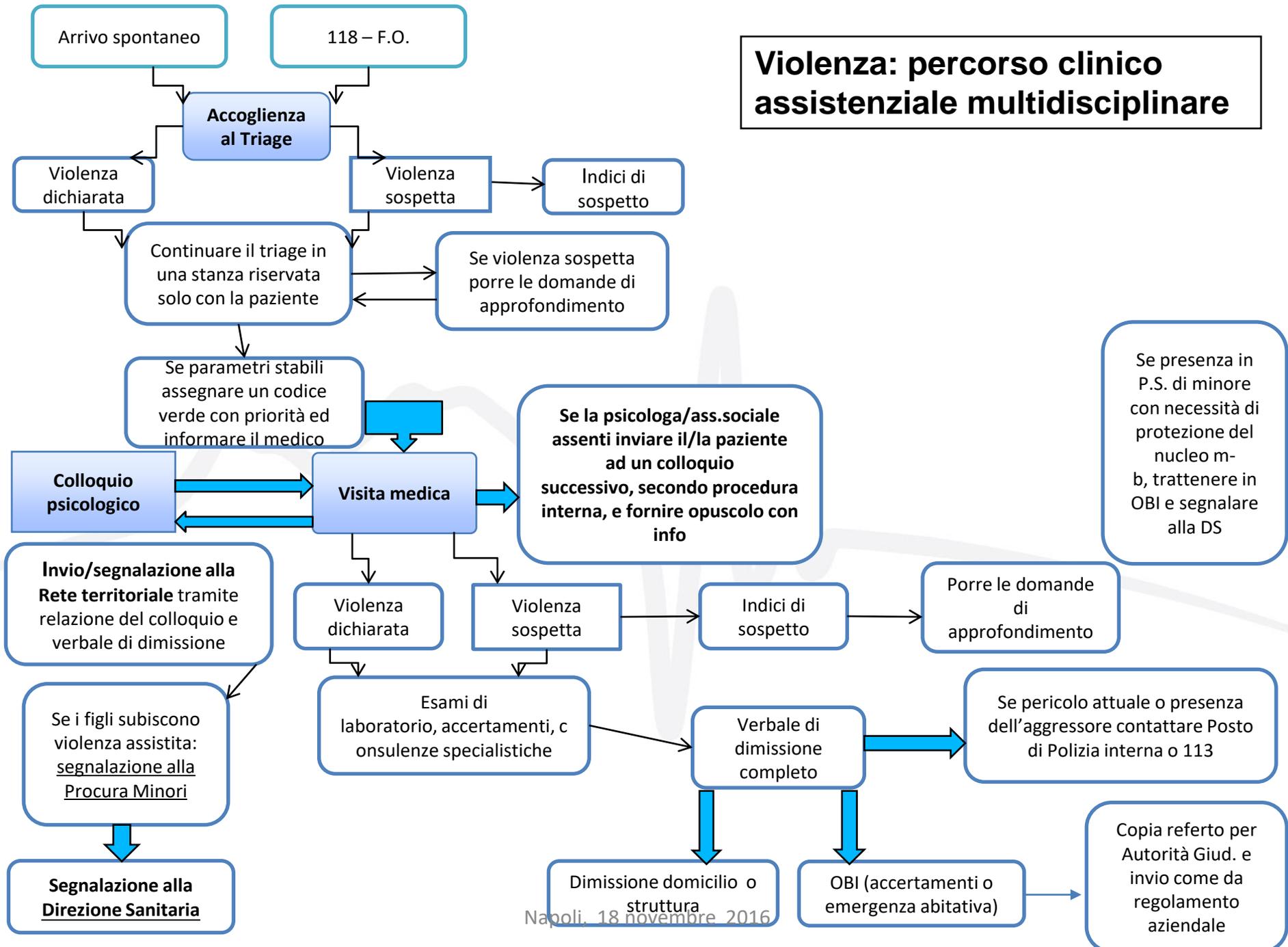


NB: La Cartella Clinico Forense è conservata:

- presso Pronto Soccorso (DEA o Ginecologico) quando effettuata prestazione PS/ ambulatoriale
- allegata alla Cartella Clinica di Degenza Ordinaria se avvenuto ricovero.

Napoli, 18 novembre 2016

Violenza: percorso clinico assistenziale multidisciplinare





SETTIMANA DEL PS SIMEU

L'accoglienza delle vittime di maltrattamento e violenza.

**L'esperienza dell' IRCCS AOU S. Martino – IST
Castello Simon Boccanegra
Venerdì 22 maggio 2015**

PROGRAMMA

14.30 Introduzione – (Morando, Moscatelli)

14.45 – 15.00 Progetti Regionali – (Giuntini) (15')

15.15 COSA SI FA IN OSPEDALE – Moderatore Orenco Murialdo

Percorso Rosa: procedura aziendale per le violenze (Tomellini) (10')

... E non solo: i maltrattamenti sui soggetti deboli (Biffa, Ferrandes) (10')

Il contesto (accordo regionale e Amaltea) (Giuntini)

15.45 L'ACCOGLIENZA

VIDEO "Piccole cose di valore non quantificabile" tutto il video (10') (Biffa, Ferrandes)

L'infermiere di PS (Nurra Delle Piane) (8')

Il Medico di PS (Giuntini) (8')

L'Assistenza ginecologica (Gustavino) (8')

L'intervento psicologico (Ferullo) (8')

La Medicina Legale (De Stefano) (10')

Il laboratorio (Mussap) (8')

L'Apporto delle Forze dell'Ordine (Polizia di Stato) (10')

La Rete Assistenziale: dal PS al Territorio (Pinna) (10')

CONCLUSIONI (Moscatelli)

Documentazione dimissione

- Verbale dimissione completo
 - Relazione del colloquio
 - Referto Autorità Giudiziaria
 - Consulenze specialistiche
- A chi?
- Paziente
 - Rete Territoriale
 - Autorità Giudiziaria

Segnalazione minori coinvolti

Nb violenza assistita

Rete Territoriale

- U.D.I e Centro Antiviolenza Provinciale
- Servizi sociali del comune – ATS (ambiti territoriali sociali)
- S.C assistenza consultoriale ASL- Centro Giovani
- Dipartimento Salute mentale e dipendenze
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Procura dei minori presso Tribunale dei minori e Procura ordinaria
- Questura centrale - reati contro la persona
- Centro mobbing – servizi medicina preventiva e del lavoro “San Martino”
- Volontariato sociale per i richiedenti asilo e rifugiati politici
- Rete territoriale del “Progetto Amaltea”
- Gruppo regionale contrasto Maltrattamenti e Abusi infanzia e adolescenza

PS e sociale

STRANIERI E MIGRANTI



Stranieri

soggetti con fragilità sociale

- 25-30% pazienti valutati in OBI in alcuni PS ambito metropolitano sono di altre etnie /stranieri
 - Giovani
 - Difficoltà economiche
 - Patologie misconosciute (TBC,..)

The homeless in the emergency department: a patient profile

G F Little, D P Watson *JAccid Emerg Med* 1996;13:415-417

Coexisting medical problems (%)

- *Alcohol abuse* 14.8
- *Psychiatric illness* 20.0
- *IV drug abuse* 7.4
- *COAD/asthma* 8.1
- *Epilepsy* 3.7
- *Diabetes* 1.5
- *Peptic ulcer* 2.2 *Vascular ulcer* 0.75 *Amputee* 0.75 *Blind* 0.75
Scabies 0.75 *Eczema* 0.75
- *Glue sniffing* 1.5 *Ischaemic heart disease* 1.5 *Anaemia* 0.75
None 34.8

Esigenze contrastanti

- Appropriata accessi e permanenza
- Protezione sociale, specie mesi invernali
- Difficoltà di gestione

ESPERIENZA “IL BASILICO”

- Struttura presente all'interno dell'H attivata nel periodo invernale con personale di associazioni e medici volontari che risponde a bisogni di assistenza sanitaria primaria (terapie e medicazioni per patologie non gravi ma non gestibili sulla strada)
- Filtro e selezione dei pazienti a monte
- Periodo limitato di permanenza

NUOVE SFIDE

- Flussi migratori e Pronto Soccorso



14/047/CU01/C8

NOTA CONFERENZA UNIFICATA

EMERGENZA FLUSSI NON PROGRAMMATI - DOCUMENTO DI INDIRIZZO

16 aprile 2014

La situazione in corso, da ultimo rappresentata al Tavolo di coordinamento nazionale presso il Ministero dell'Interno del 10 aprile u.s., riguarda un numero altissimo di profughi in arrivo in Italia, 18mila dall'inizio dell'anno, collegata all'operazione Mare Nostrum, iniziativa lodevole e da difendere ma che comporta la necessità di organizzare il sistema di accoglienza in modo da poter rispondere in maniera dignitosa e veloce all'arrivo contemporaneo di numeri estremamente elevati di migranti.

Si tratta di un flusso in ingresso che, attraverso l'Italia, in realtà si dirige verso l'Europa, e pertanto è necessario che il Governo italiano attivi tempestivamente un serrato confronto con l'Unione Europea affinché sia condivisa una strategia comune di accoglienza ed integrazione, valorizzando gli strumenti già oggi disponibili, ed adeguando le normative, con particolare riferimento al Regolamento Dublino III.

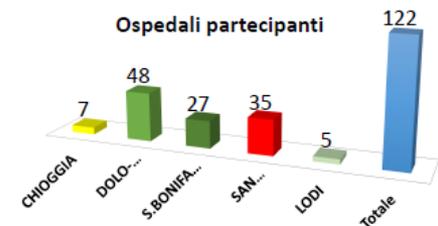
La situazione che oggi i territori rappresentano è di grande allarme e preoccupazione per

BACKGROUND

Il sovraccarico dei Dipartimenti d'Emergenza e Accettazione (DEA) determina non solo un allungamento nei tempi di visita, di processo e di diagnosi, ma anche un incremento della mortalità intraospedaliera. Molti sono i pazienti che si rivolgono ai sistemi d'emergenza per problematiche croniche per le quali non sono necessari interventi in regime di urgenza. L'anziano fragile con multimorbidità può essere considerato il paradigma di tale situazione e costituisce una percentuale rilevante degli accessi ai DEA. In letteratura sono disponibili pochi dati sulle motivazioni di accesso ai DEA e sulle reali esigenze di salute di questi pazienti e dei loro familiari.

MATERIALI E METODI

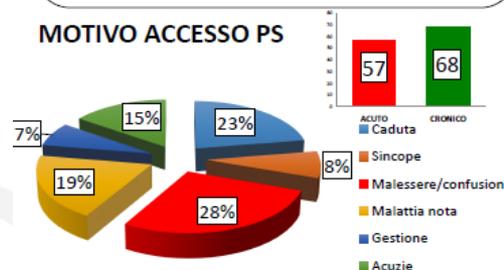
Durante la Settimana del Pronto Soccorso 2016 promossa da SIMEU è stato diffuso un questionario tramite mailing list SIMEU Giovani da somministrare agli accompagnatori dei pazienti con età >75 anni. Il questionario era costituito da 9 domande che indagavano motivo accesso, condizioni assistenziali di base, aspettative sull'accesso in ospedale. La Clinical Frailty Scale (CFS) è stata utilizzata per valutare il grado di fragilità.



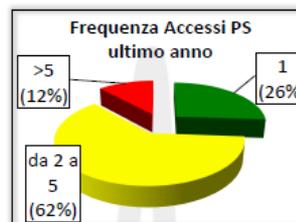
UN ESEMPIO SIMEU DI
ANALISI DELLA FRAGILITA'.....

LA SURVEY SIMEU GIOVANI

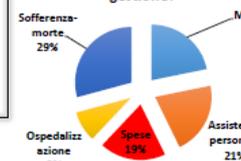
MOTIVO ACCESSO PS



Frequenza Accessi PS ultimo anno



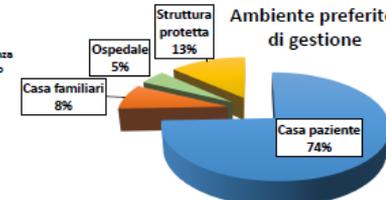
Quali sono le maggiori preoccupazioni riguardo alla sua gestione?



RISULTATI

Sono stati raccolti dati in 5 presidi ospedalieri per un totale di 122 pazienti. L'età media era di 84,7±5,8, il 54,4% erano femmine, il compilatore era un familiare nell'82,7%, una badante nel 4,5%, altro nel 12,7%. La CSF media era di 5,4±1,7. I motivi accesso erano: caduta (23,1%), perdita di coscienza (7,7%), decadimento generale (24,8%), riacutizzazione di malattia nota (16,2%), difficoltà di gestione (3,4%), altra problematica acuta (16,2%). Il 56% assumeva >5 farmaci/die, il 55% necessitava di assistenza domiciliare 24h/24, il 62% aveva effettuato da 2 a 5 accessi ospedalieri nell'ultimo anno. Nei 12 mesi precedenti, il 42% effettuava >10 visite presso medico curante e il 26% >5 visite specialistiche. L'ambiente di cura preferito per la gestione del paziente risultava il proprio domicilio nel 74% dei casi indipendentemente dal grado di CSF.

Ambiente preferito di gestione



CONCLUSIONI

Abbiamo cercato di indagare le motivazioni e le aspettative degli accompagnatori di anziani fragili nei DEA. Nonostante l'ampia proposta di partecipazione, la risposta è risultata parziale. Le motivazioni possono essere varie: difficoltà nelle rilevazioni osservazionali, scarsa condivisione e comunicazione del progetto, scarso interesse sull'argomento. Dai dati emerge che la popolazione in oggetto è costituita da persone con età media sopra l'aspettativa di vita della popolazione italiana, con multimorbidità (abbiamo usato la polifarmacoterapia come indicatore indiretto) e con alto grado di dipendenza. Più della metà giunge per problematiche croniche ma al tempo stesso gli accompagnatori ritengono che il "luogo di cura" più appropriato, se possibile, sarebbe il proprio domicilio. Questo denota una disparità tra esigenze di salute percepite e assistenza sanitaria garantita. Un'assistenza più centrata sul territorio potrebbe condurre ad una riduzione degli accessi ai DEA.

Area lavoro

Organizzativa-Gestionale-Sociale

Area clinica

Gestione paziente geriatrico

Area gestione

Anziano fragile

Autore

Stefano Sartini, UOC Pronto Soccorso e Med. Urgenza, IRCCS San Martino Genova

Co-autori

Spina Maria Teresa UO Pronto Soccorso ASST Lodi; Piccoli Pietro UOC Pronto Soccorso ULSS 13 Mirano; Capra Claudio UO Pronto Soccorso Ospedale S. Bonifacio ULSS 20 Verona; Tizzeo Andrea UOS Pronto Soccorso ULSS 14 Chioggia; Cutuli Omiretta, IRCCS San Martino Genova; Germini Federico UO Pronto Soccorso Policlinico Ca' Granda Milano; Donati Valeria UO Pronto Soccorso Ospedale San Donato ULS Arezzo; Moscatelli Paolo IRCCS San Martino Genova; Ingrassia Stella, Bergamo UO Pronto Soccorso ASST Papa Giovanni XIII Bergamo;

RISPOSTA ORGANIZZATIVA

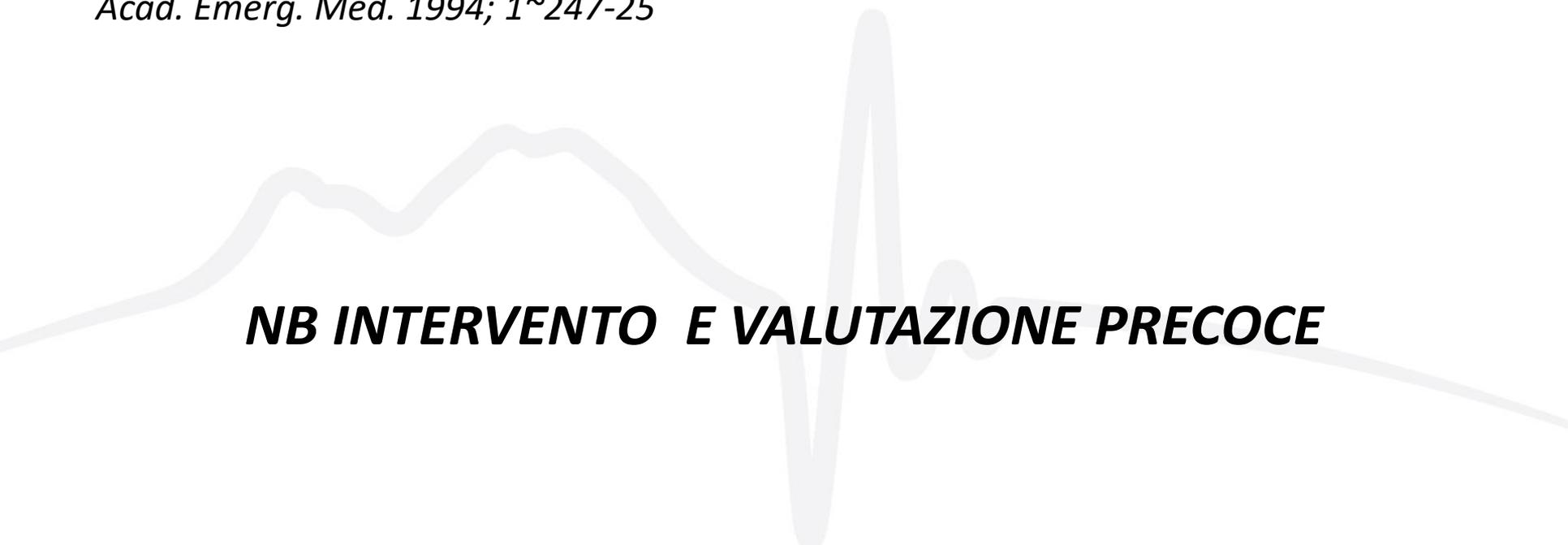


Napoli, 18 novembre 2016

Social-work Services in an Emergency Department: An Integral Part of the Health Care Safety Net

Keith Wreniz, MD, Nancy Rice, CSW MSW

Acad. Emerg. Med. 1994; 1~247-25



NB INTERVENTO E VALUTAZIONE PRECOCE

Perchè avere servizi sociali in PS?

...possono rendere gli ospedali più efficienti nell'uso delle loro scarse e costose risorse...

.....

- *Ruolo dei servizi sociali nei dipartimenti di emergenza nel prevenire ricoveri e rericoveri*
- *accelerano le valutazioni e riducono le dimissioni tardive specie per gli anziani....*

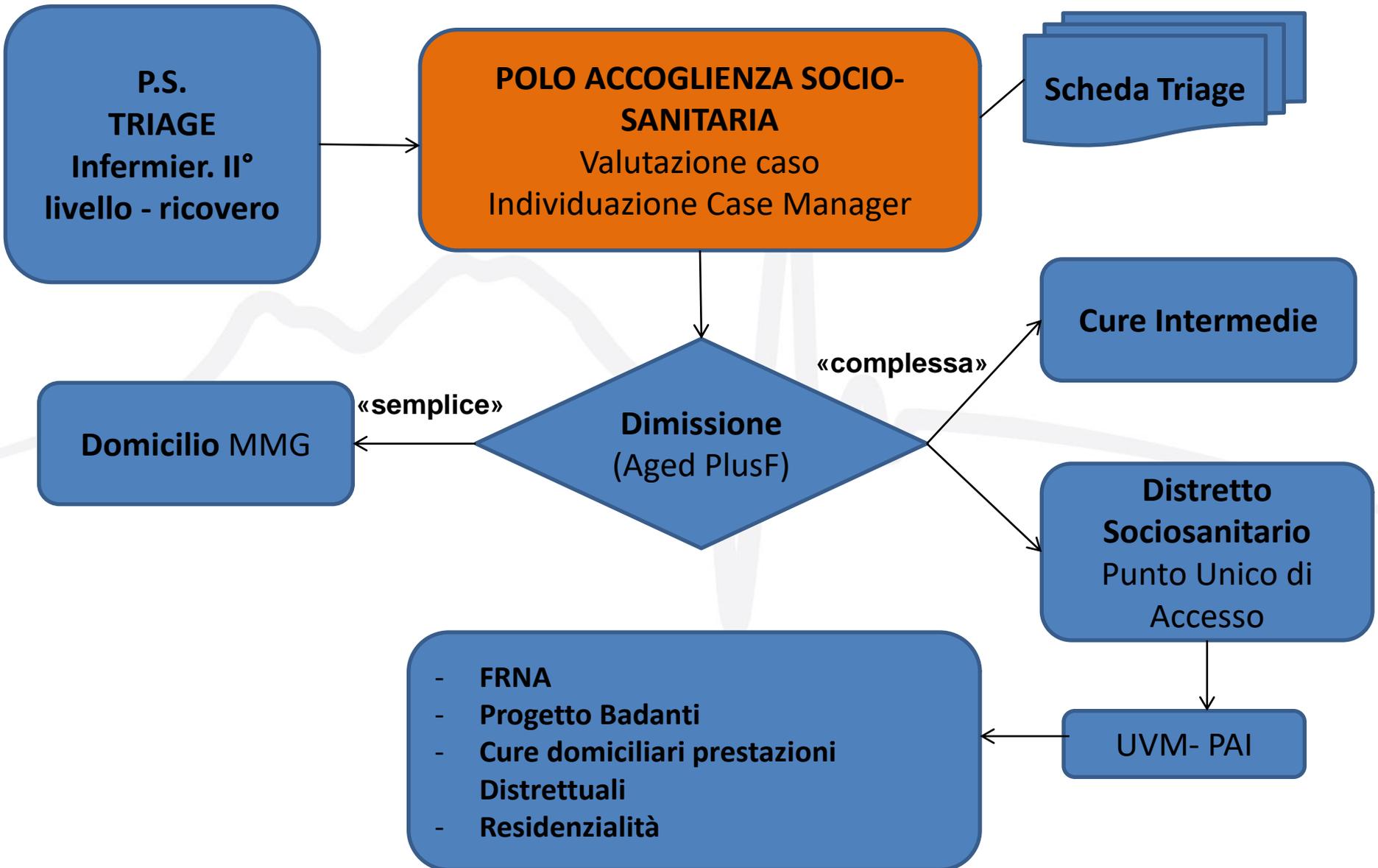
.... Gli ospedali sono in punto chiave di accesso ai servizi sociali...

Identificazione della fragilità in PS ...

Caratteristiche personali e sociali:

- Età > 75 anni
- Giunto solo e/o in ambulanza
- Accompagnato da badante/coniugi e/o accompagnatori di età comparabile
- Parenti irreperibili o non residenti nel comune
- Rifiuto dei parenti all'assistenza
- Povertà culturale
- Trascuratezza nell'igiene e nel vestire
- Segnalazione da parte di servizi territoriali
- Ripetuti accessi in PS

ESPERIENZA IRCCS SAN MARTINO IST



ATTIVITA' SVOLTE.....(ASSISTENTI SOCIALI E SANITARIE)

- Utilizzo sistema informatico Triage/sale PS con parole chiave e indicatori di fragilità
- Valutazione 6-12 nuovi casi die
- Presa in carico del 40-50 %
- Raccordo informatico con strutture territoriali /data base ASL
- Definizione PRECOCE del profilo socioassistenziale (all'ingresso in PS) autonomamente o per segnalazione del medico
- Contatto con la famiglia/caregiver (amministratori di sostegno, servizi associazioni di volontariato di supporto...) e colloqui
- Ritorno al Medico d'Urg delle informazioni
- Contatto con strutture esterne post acuzie per eventuale presa in carico
- Presa in carico

SINTESI

- La variabile “sanitaria” è fortemente condizionata in ciò dalla variabile socioassistenziale
- Necessità di “lettura” precoce del profilo socioassistenziale
- Necessità di identificazione del percorso adeguato
- Necessità di sostenibilità della fase post dimissione



GRAZIE