



x congresso nazionale

**simeu**

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016



**Il volto della Medicina  
di Emergenza-Urgenza:**

identità professionale e servizio pubblico.

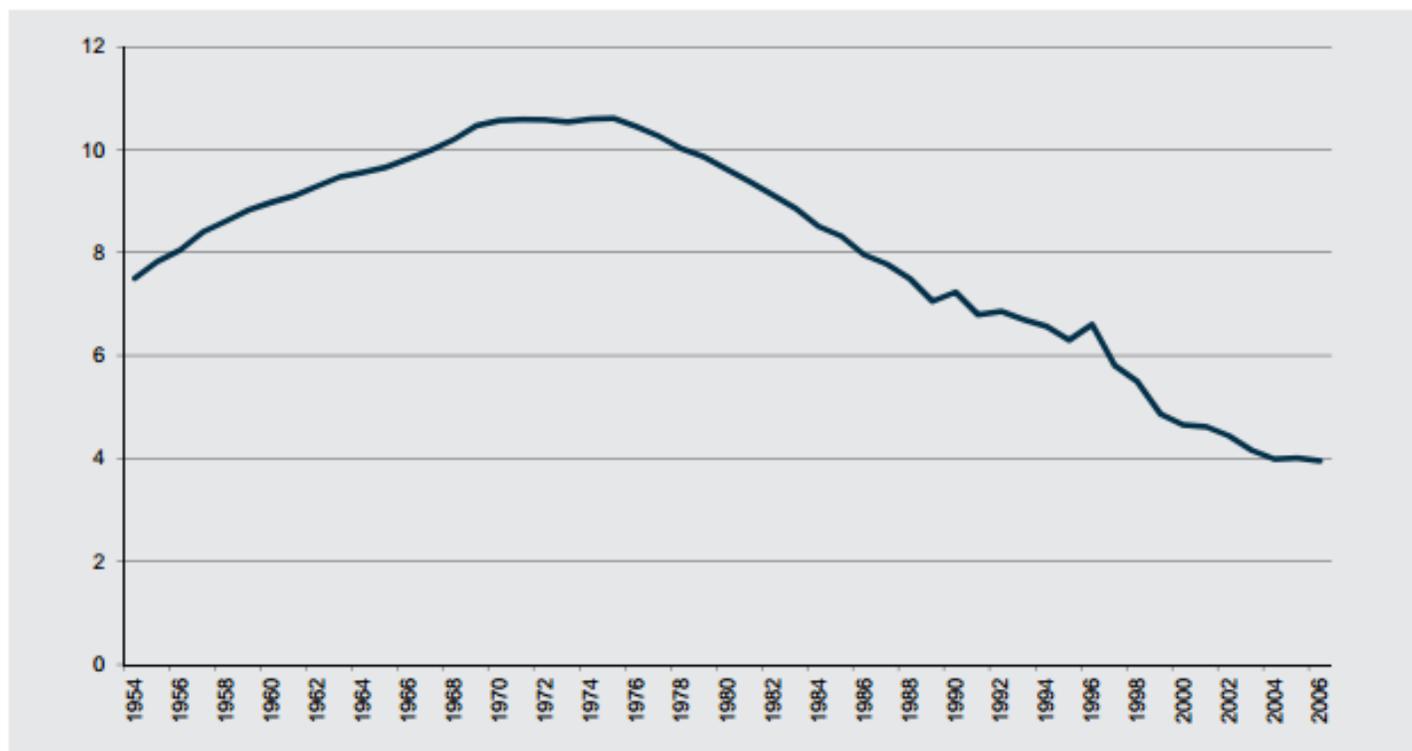
# LA SFIDA DELL'INTEGRAZIONE PRONTO SOCCORSO E TERRITORIO

PROPOSTA OPERATIVA

*Giuseppina Fera  
DEA I Livello ASL 4 Chiavarese*

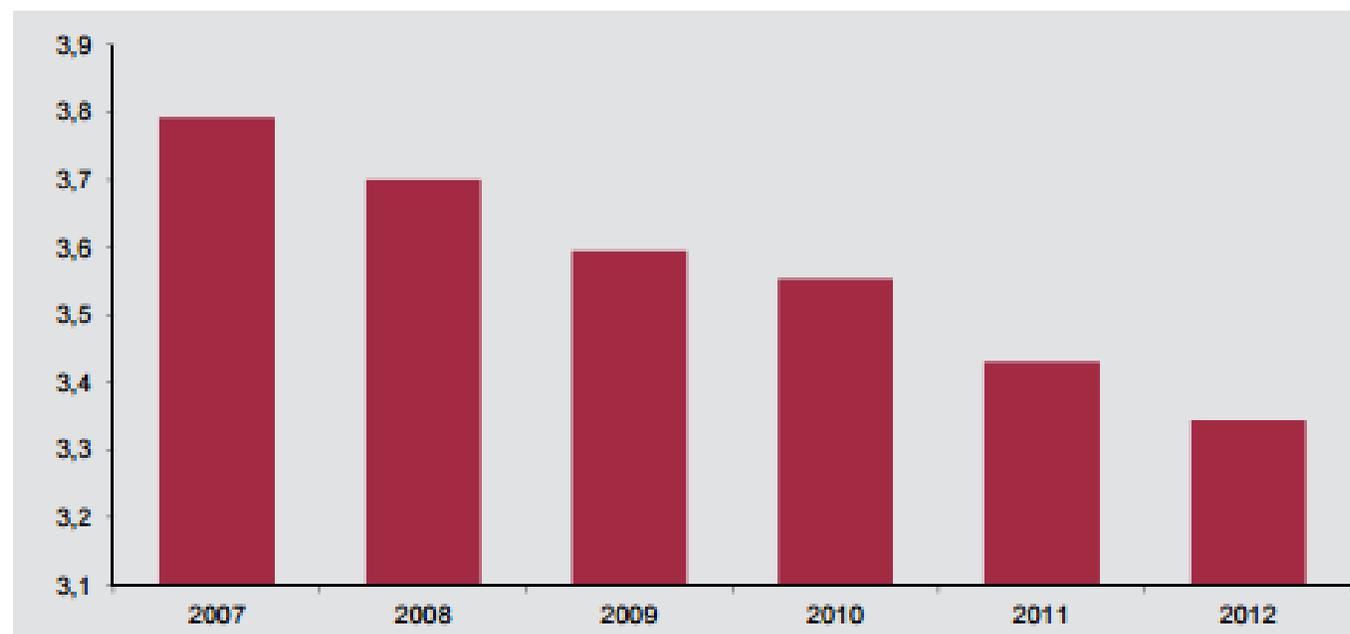
# OFFERTA OSPEDALIERA

**Figura 4.1 - Posti letto degli istituti di cura (per 1.000 abitanti) - Anni 1954-2006**



Fonte: Istat, Struttura ed attività degli istituti di cura

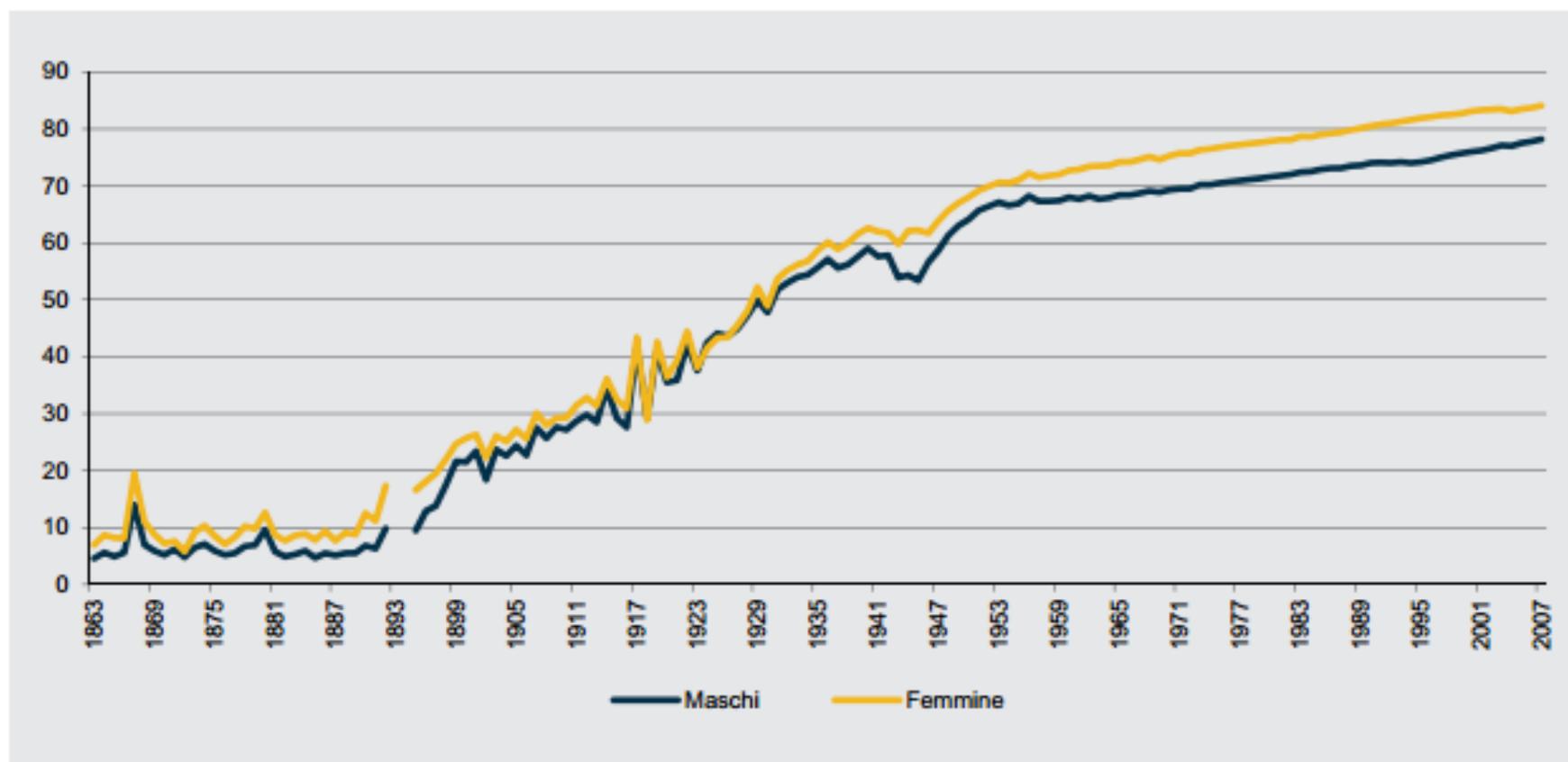
**Figura 4.1** Posti letto ospedalieri in regime ordinario del Servizio sanitario nazionale  
Anni 2007-2012, rapporti per 1.000 abitanti



Fonte: Istat, Struttura ed attività degli istituti di cura (E)

TERRITORIO

Figura 4.3 - Età mediana alla morte per sesso - Anni 1863-2007 (a) (b)



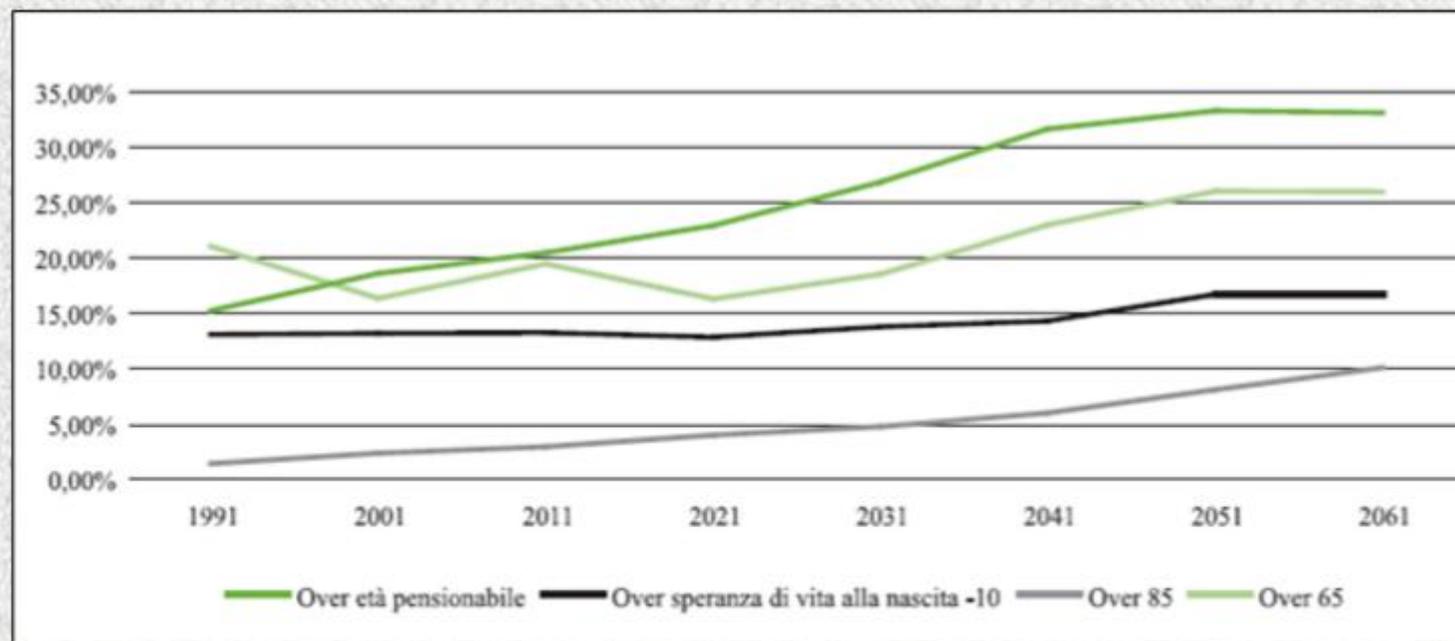
Fonte: Ministero di agricoltura, industria e commercio, Movimento della popolazione secondo gli atti dello stato civile (1863-1880); Statistica sulle cause di morte (1881-1928); Istat, Indagine sulle cause di morte (dal 1929)

(a) Per assicurare l'omogeneità di calcolo con i primi anni della serie, dal 1973 l'età mediana alla morte è calcolata come l'età in corrispondenza della quale la distribuzione per età dei decessi osservati si dimezza.

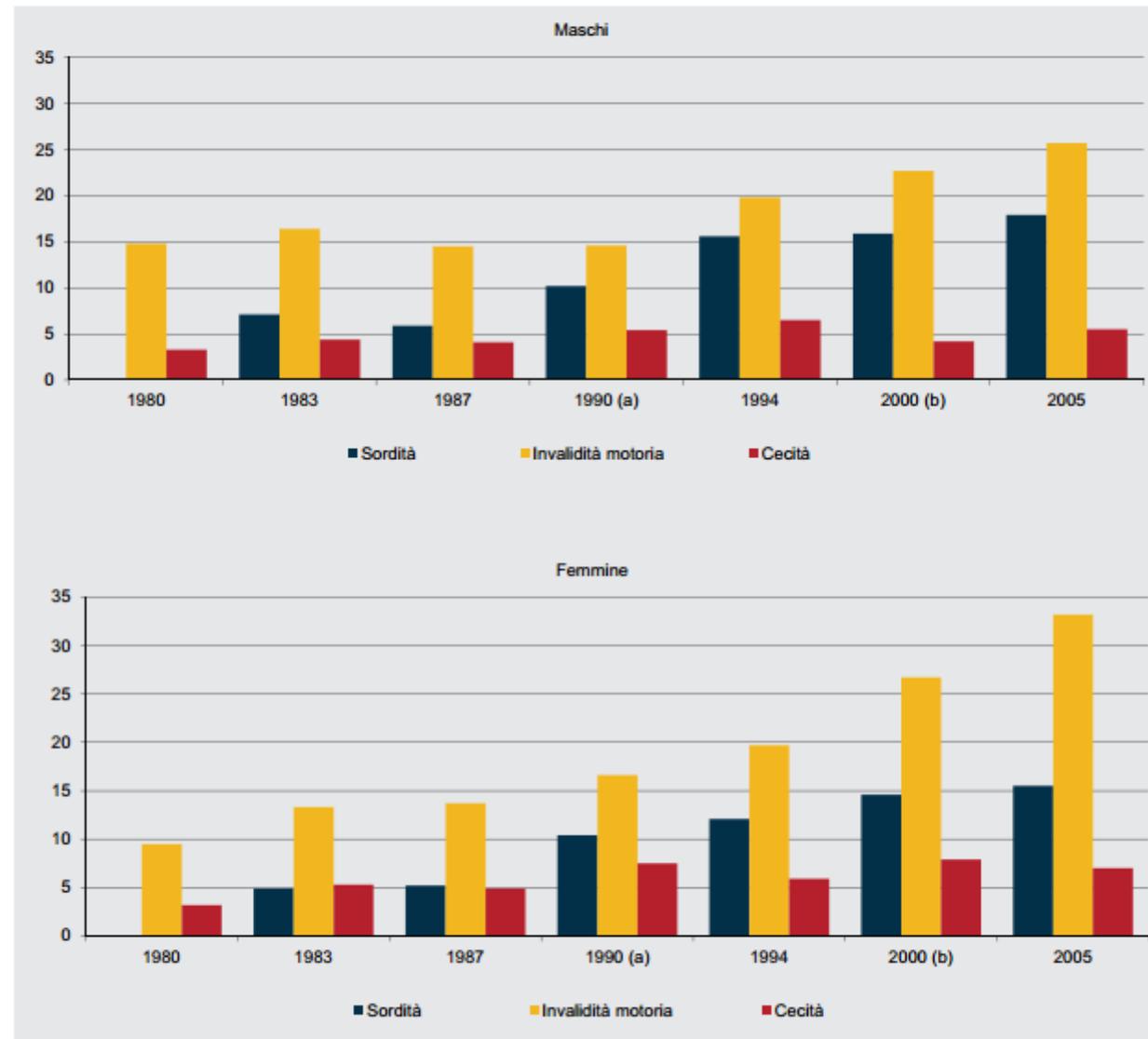
(b) I valori dell'indicatore nei decenni immediatamente successivi all'Unità d'Italia risentono degli elevati livelli di mortalità infantile.



## Misure di invecchiamento della popolazione italiana Valori %, anni 1991-2061



**Figura 4.5 - Persone invalide per alcuni tipi di invalidità e sesso - Anni 1980, 1983, 1987, 1990, 1994, 2000, 2005**  
(per 1.000 persone dello stesso sesso)



Fonte: Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

(a) La rilevazione è stata effettuata da giugno 1990 a novembre 1990.

(b) La rilevazione è stata svolta durante i periodi settembre-dicembre 1999 e marzo-giugno 2000.

**IL PRONTO SOCCORSO E IL 118  
SONO IL FULCRO TRA IL  
TERRITORIO E L'OSPEDALE**

# TERRITORIO

età media e patologie  
croniche e/o invalidanti

contesto assistenziale sociale familiare

servizi sociali e sanitari

sistema dell'emergenza-urgenza

*“il contesto in cui i Servizi Sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati i livelli di prestazione creando un ambiente che favorisce l’espressione dell’eccellenza clinica”  
(1998 Dept of Health)*

EMERGENZA  
OSPEDALIERA

OSPEDALE  
PER ACUTI

EMERGENZA  
EXTRAOSPEDALIERA

OSPEDALI A MEDIA E  
BASSA INTENSITA' DI  
CURE - SPECIALISTICA

MMG – CONTINUITA'  
ASSISTENZIALE

**COLLABORAZIONE**

SERVIZI SOCIALI

ADI

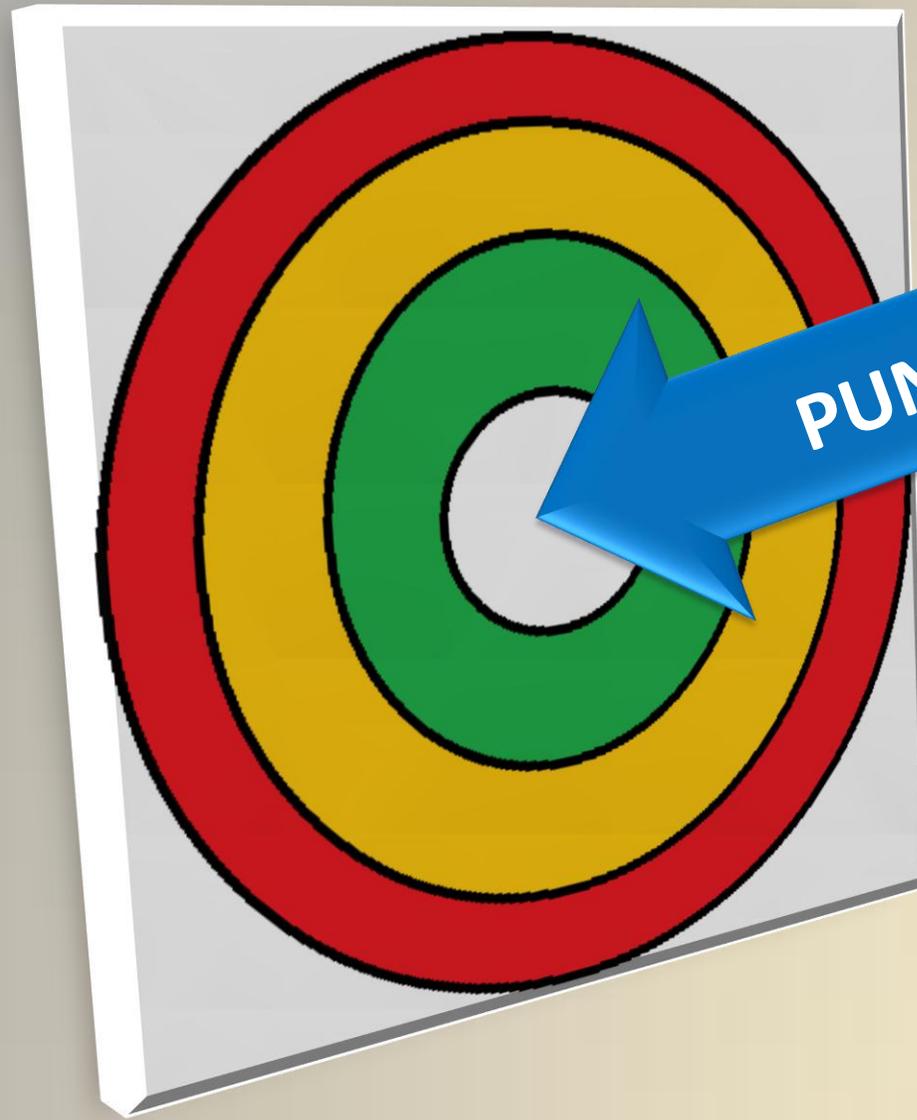
RESIDENZIALITA'

# RAZIONALE

Evitare l'uso improprio del PS per problematiche sociali e per patologie senza caratteristiche di acuzie gestibili sul territorio.

Predisporre un percorso PS – Territorio per le situazioni sociosanitarie particolarmente complesse

Fornire un'adeguata assistenza ed una buona qualità di vita sia per il benessere del cittadino bisognoso che per una corretta allocazione delle risorse sanitarie.



**PUNTI STRATEGICI**

# **Dialogo diretto tra Medici del Pronto Soccorso e MMG**

Pronto Soccorso: Telefono dedicato attivo h 24 dove risponde medico di PS o OBI che prenderà in carico il paziente segnalato nel minor tempo possibile

MMG: fornisce un numero telefonico diretto dove essere raggiungibile nella fascia oraria 8 – 20.

# Indicatori

**n. di telefonate da MMG in 6 mesi**

**n. di telefonate a MMG in 6 mesi**

**esito “dimissione” dei pazienti segnalati in 6 mesi**

**riaccesso entro 1 settimana per lo stesso motivo con esito dimissione**

# **Percorsi di dimissione con prosecuzioni di iter diagnostico ambulatoriale**

**MEDICO PS**

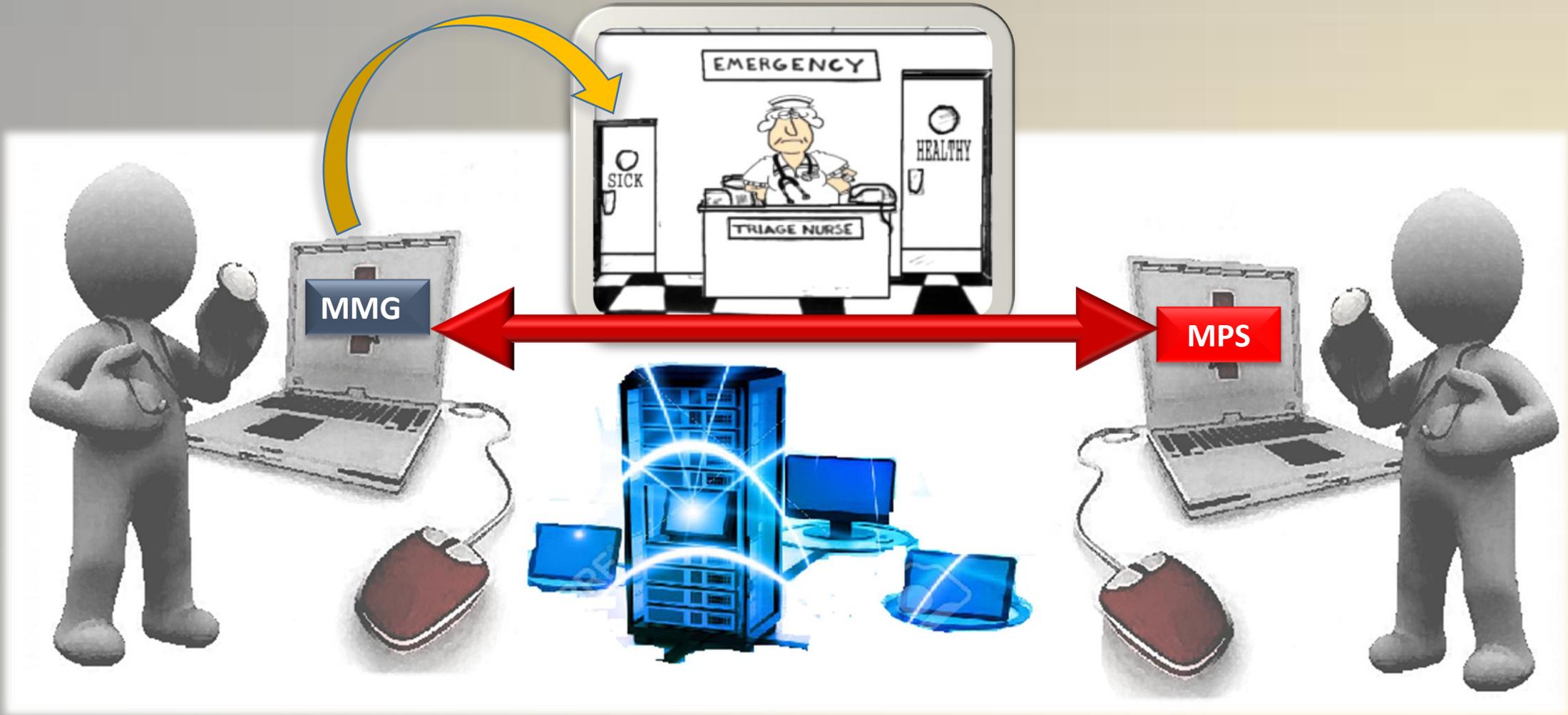
Iter diagnostico-terapeutico  
ambulatoriale con prenotazione e  
prescrizione

*CONDIVISIONE E/O INFORMAZIONE  
(TELEFONICA O INFORMATICA ANCHE SE  
AUTOPRESENTAZIONE DEL PAZIENTE)*

**MMG**

# Sviluppo e utilizzo ITC





**Dimissione complessa**

**PRONTO SOCCORSO**

**RICOVERO ACUTI O SUBACUTI**

**DISTRETTO S.S. CURE PRIMARIE**

**RIABILITAZIONE INTENSIVA**

**RSA**

**ADI**

**NO ADI**

# Indicatori

Percentuale di ricoveri ospedalieri da PS per i codici verdi e bianchi per patologie croniche non riacutizzate

**SPECIALISTI  
AMBULATORIALI**

**MEDICI  
CONTINUITÀ  
ASSISTENZIALE**

**Formazione**

**MMG**

**MEDICI  
OSPEDALIERI**

**MEDICI  
118**

# Linee Guida e Percorsi Assistenziali

ADEGUAMENTO DI LINEE GUIDA TERRITORIALI (SECONDO I CRITERI EBM) A PROSECUZIONE DI QUELLE OSPEDALIERE, SECONDO GLI STESSI CRITERI ADOTTATI IN OSPEDALE CON LA COSTITUZIONE DI GRUPPI DI LAVORO MULTIDISCIPLINARI

# **Prevenzione della riacutizzazione nella cronicità**

## INDICATORI

(MONITORAGGIO SEMESTRALE):

**PERCENTUALE DI RIACCESSI IN PS. ENTRO 10 GIORNI PER UN PROBLEMA ASSIMILABILE ALLA CAUSA DEL PRIMO ACCESSO.**

**PERCENTUALE DI DECESSI NON PREVEDIBILI ENTRO 10 GIORNI, IMPUTABILI ALLA CAUSA DI ACCESSO IN PS**

# Informazione all'utenza e prevenzione primaria

## Indicatori:

Accessi di codici verdi e bianchi in PS

# PERIODO CAMPIONE ASL 4 CHIAVARESE

Marzo → Novembre 2015

# MODALITA' OPERATIVE

- Cellulare dedicato
- Tabella di registrazione su computer in sala OBI

## TELEFONATE

- Totali: 37
- Dal curante: 4
- Al curante: 33

# ERRORI DI REGISTRAZIONE E/O INFORMATICI

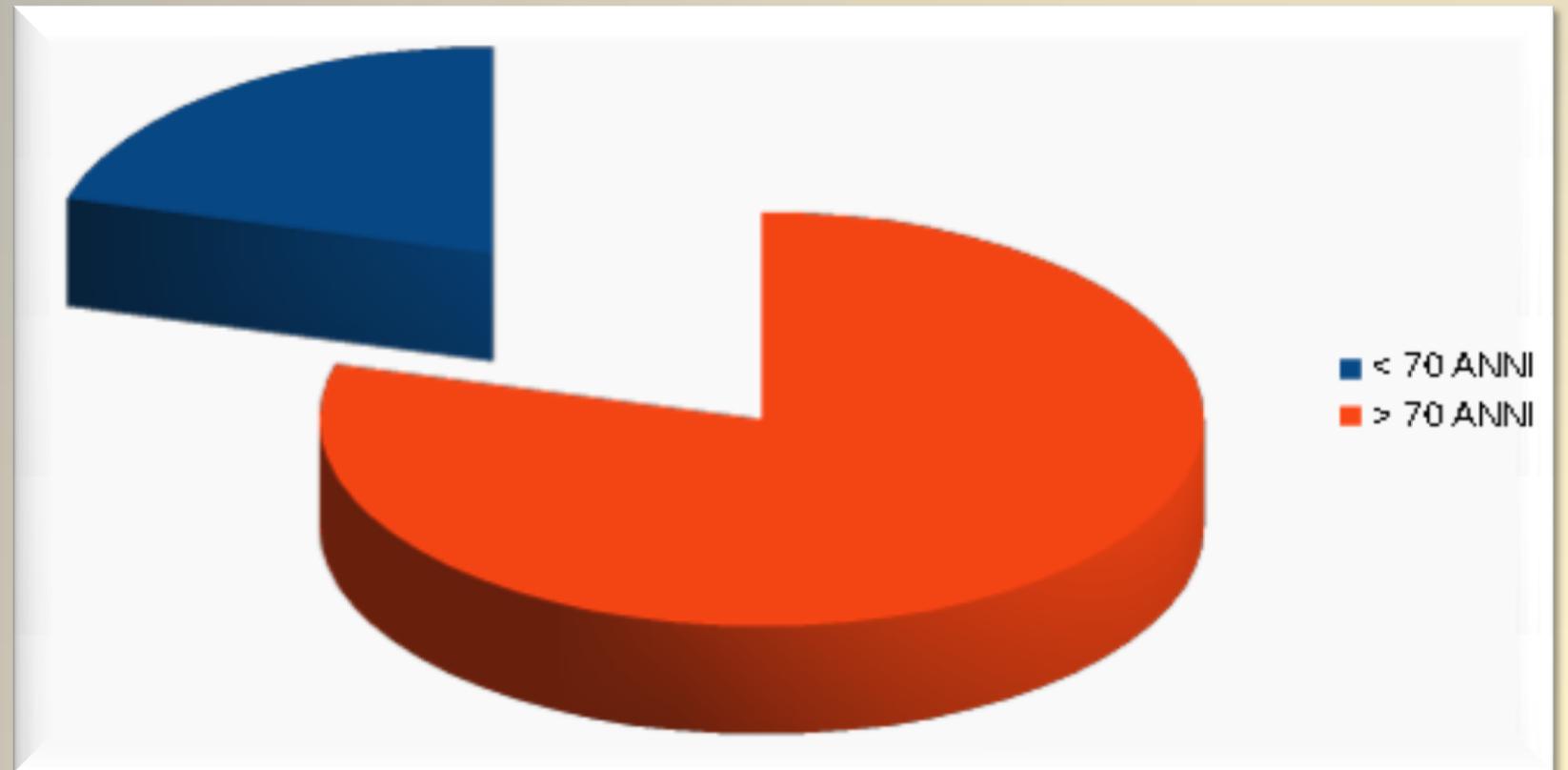
***PAZIENTI ESAMINABILI  
CORRETTAMENTE***

**29**

# Pazienti

**ETA' <80 ANNI =  
12 pazienti**

**ETA' >80 anni = 17  
pazienti**

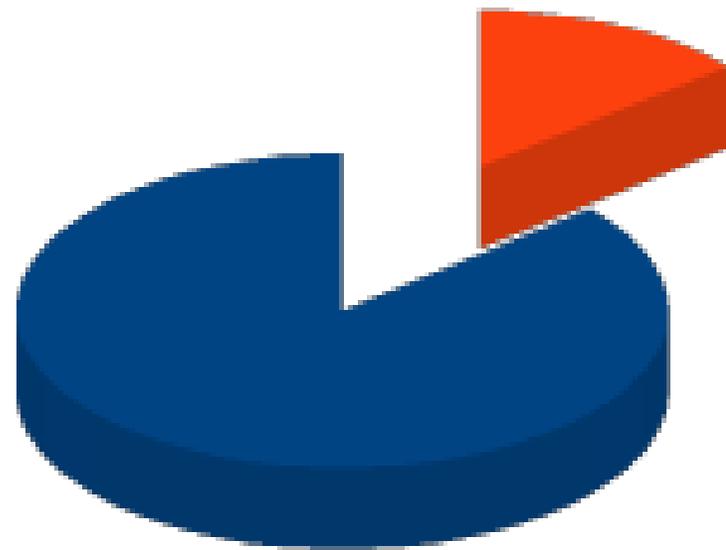


# DATI VALUTATI SU 29 TELEFONATE

**DIMISSIONI: 25**

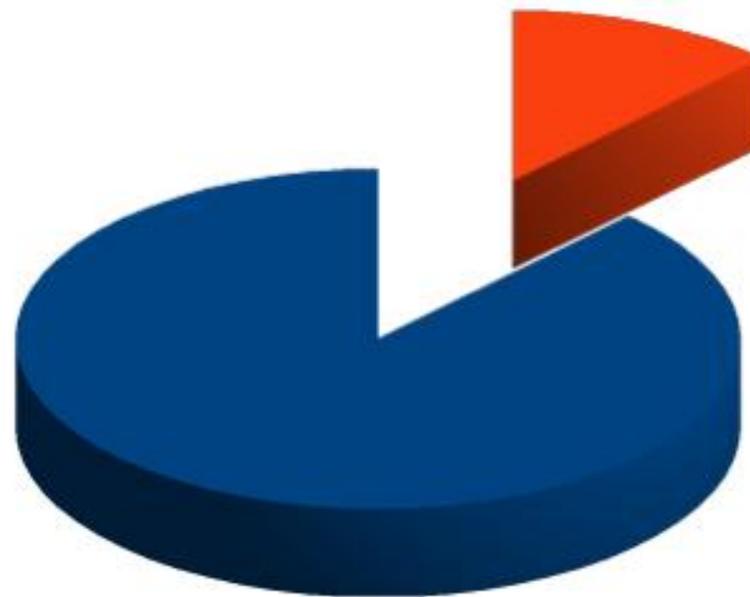
**RICOVERI: 4**

**RIACCESSI ENTRO UNA SETTIMANA: 4**



■ DIMISSIONI  
■ RICOVERI

8



■ Totali  
■ Riaccessi

# DIAGNOSI

fibrillazione atriale - Iperglicemia	Dolore emitorace destro in corrispondenza di lesione focale costale	Ipertensione e stato ansioso
<b>SCOMPENSO CARDIACO LIEVE</b>		Emiparesi destra in ipodensità cerebrale sx
Sincope verosimilmente da ipotensione ortostatica in portatore di aneurisma dell'aorta addominale	tia	
	febbre	Scompenso c.c. in paz. cardiopatica valvulopatica, affetta da LLC
paralisi del 7° nervo cranico	<b>PRESINCOPE IN MORBO DI PARKINSON</b>	
IRA su IRC		
trauma cranico minore con flc cuoio capelluto - trauma spalla sn - Sospetto focolaio broncopneumonico	Colica biliare in colelitiasi	trauma cranico minore con flc suturata al cuoio capelluto e all'arcata sopraciliare sn - scompenso cardiaco con versamento pleurico bilaterale
tia	<b>ANEMIA CORRELATA AD INSUFFICIENZA RENALE CRONICA ? . DIABETE MELLITO TIPO 2.</b>	
referito rimozione di peg .		
Proctorragia in NOA	Focolaio bpn	<b>FRATTURA DA SCOPPIO D12</b>
Febbre in disidratazione in paziente con s. da allettamento	episodio confusionale in demenza senila	tachifibrillazione atriale
Bronchite	Focolaio BPN	<b>FEBBRE E LINFOADENOMEGALIA DI NDD</b>
Fibrillazione atriale	fibrillazione atriale	

**MMG CHE HANNO USUFRUITO  
DEL PROGETTO = 26**

# CONCLUSIONI

## Dati positivi

- Buona risposta dal Territorio: le dimissioni nell'84% dei casi sono state definitive, nonostante le criticità della dimissione.
- Il paziente dimesso è più tranquillo e si sente «protetto» dal curante che condivide la nostra scelta.
- La dimissione garantisce un percorso di cura domiciliare condivisa Ospedale-Territorio, evitando ricoveri a bassa intensità di cura

## Dati negativi

- Inadeguatezza del sistema informatico che ha impedito la registrazione di tutti i contatti con il Territorio



***Grazie per  
l'attenzione***