

VENERDI' 23 ottobre 2015

(Ore 8,30 - 18,00)

TORINO (Corso Bramante, 88)

Sala A.M. Dogliotti "Molinette incontra" (g.c.)

**"ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E/O CON DEMENZA
Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio
sanitarie intra ed extra ospedaliere"**

La centrale operativa unica per la presa in carico del malato e dei familiari: al DEA



Franco Aprà
SIMEU Piemonte Valle d'Aosta

Contesto

- Il modello con cui furono ideati i dipartimenti di emergenza sono stati pensati per un mondo che non esiste più
- I dipartimenti d'emergenza hanno tuttavia avuto un *successo* senza precedenti negli ultimi 30 anni
- Il giovane medico d'urgenza aspira a lavorare in un dipartimento d'emergenza che non esiste più

Avremmo voluto essere così



Ma forse dovremmo essere così



Il successo dei dipartimenti d'emergenza

I PRONTO SOCCORSO IN ITALIA

844 IN TOTALE **513** DI LIVELLO BASE **331** COMPLESSI



24 MILIONI LE VISITE ESEGUITE OGNI ANNO

2.800 GLI ACCESSI OGNI ORA AI PRONTO SOCCORSO

3,5 MILIONI I RICOVERI NEI REPARTI DISPOSTI DAI PRONTO SOCCORSO

1-2% L'AUMENTO MEDIO DI CASI OGNI ANNO

3-4% L'AUMENTO MEDIO DI CASI GRAVI OGNI ANNO

12 MILA I MEDICI CHE LAVORANO NEI PRONTO SOCCORSO

25 MILA GLI INFERMIERI CHE LAVORANO NEI PRONTO SOCCORSO



6-12 ORE

L'ATTESA MEDIA PER RICOVERI NEI PERIODI CRITICI DELL'ANNO NEI PICCOLI OSPEDALI

24-72 ORE

L'ATTESA MEDIA PER RICOVERI NEI PERIODI CRITICI DELL'ANNO NEI GRANDI OSPEDALI



Accessi Pronto Soccorso

- 2011: 14.479.595
- Codici rossi 2%
- Codici gialli 18%
- Aumento degli accessi diretti

Home | Signed in: Giuseppe GRISTINA | Sign out

INTENSIVE CARE MEDICINE

OFFICIAL JOURNAL OF THE
EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE
AND THE
EUROPEAN SOCIETY OF PAEDIATRIC & NEONATAL INTENSIVE CARE

Online First (59)
Current Issue
Past Issues
Supplements
Top 5 Articles
Most Cited Article

All issues ▼ for

The worst is yet to come. Many elderly patients with chronic terminal illnesses will eventually die in the emergency department OPEN ACCESS

Erwin J. O. Kompanje
Editorial
Volume 36, Issue 5 / May , 2010
Pages 732 - 734

Advanced Search

ICM 2013 READERS POLL

Connect with ICM

- Il fatto che molte persone anziane muoiono di malattie croniche in Pronto Soccorso è probabilmente il segno di un fallimento di un'adeguata cura territoriale nella società dell'invecchiamento.
- Il numero assoluto di anziani con malattie croniche e limitazioni è in aumento nella maggior parte dei paesi occidentali.
- Dobbiamo prepararci al fatto che il peggio deve ancora venire.

Le cause di eccessivo ricorso del cittadino al PS sono dovute:

- al crescente bisogno di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- alla convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi;
- al ruolo di rete di sicurezza rappresentato dal PS;
- alla non conoscenza del compito affidato ai servizi di emergenza-urgenza;
- al modello organizzativo della medicina territoriale non sempre adeguato alle esigenze del cittadino.

Sistema di emergenza-urgenza:
appropriatezza nell'utilizzo dei servizi
di primo contatto

di Angela Panuccio
Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della salute

Uno degli indicatori del cattivo funzionamento delle Cure primarie è l'affollamento del Pronto soccorso.

Riflessioni sul futuro dell'assistenza sanitaria di base

di Gavino Maciocco
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

Agenas, 11° supplemento al numero 2013 di monitor

Perché il Pronto Soccorso?

DIVERSITA' PRIMARIE: Gli **STRAND** dell'equità



sex



age



skin color



religion



disability



ethnicity



Sexual orientation

Dr. Massimo Marcon
Direttore Attività Socio-Sanitarie AUSL

DIVERSITA' SECONDARIE



Localizzazione geografica

Attitudini



Condizione



**Back-ground
formativo/scolarità**

*La scuola
fa male!*



Condizioni socio-economiche

Dr. Massimo Marcon
Direttore Attività Socio-Sanitarie AUSL Modena

Cosa pensavamo una volta

Nel Dipartimento d'emergenza arriva sempre più gente

Accessi Pronto Soccorso

- 2012: 13.433.427
- 1.000.000 di accessi in meno
- Regioni con più netto calo sono per il nord Lombardia, Veneto e Liguria e per il sud Puglia, Sicilia, Basilicata e Campania.

Cosa pensavamo una volta

Nel Dipartimento d'emergenza il paziente cronico si aspetta di trovare ciò che cerca ma

- o non sa che va nel posto sbagliato
- o non trova altre risposte ai suoi problemi

Dobbiamo cambiare prospettiva

Nuovi problemi

- Povertà
- Difficoltà di accesso ai servizi
- Mancanza di rete sociale

Nuove risposte

Non possiamo risolvere questi problemi facendo più esame di laboratorio o TAC e mandando più persone in sala operatoria.

Pronto Soccorso

- Progettare un nuovo Pronto Soccorso
- Struttura *forte* nella sua organizzazione interna (efficienza, efficacia, capacità di risposta, identità culturale e professionale, ecc.)
- Struttura *debole* nell'interazione con le altre strutture sia sanitarie che non sanitarie: capacità di collaborazione di adattamento alle situazione, alla risoluzione dei problemi, ecc.

Vecchio modello

- Dimissione
- Ricovero

Nuovo modello

- Il ricovero e le dimissioni possono non essere la soluzione migliore per tutti i pazienti
- Il ricovero in un ospedale per acuti di un paziente non acutamente malato che richiede una struttura di continuità assistenziale significa un ricovero più lungo che provoca morbidità causata dal ricovero stesso
- Il paziente deve essere valutato e stratificato non solo su una base meramente medica

Il Pronto Soccorso come Agenzia di Servizi tra
Ospedale e Territorio per poter dare la migliore
risposta a ogni singolo individuo

Problemi del Pronto Soccorso

Accoglie pazienti di diverse ASL e diversi comuni

- Ciascuna ASL ha diverse procedure spesso ciascun distretto ha diverse procedure
- Ciascun Comune garantisce diversi servizi ai suoi residenti

Ne consegue che le diverse persone finiscono per avere diversi trattamenti e quindi diversi diritti

Problemi del Pronto Soccorso

Ha bisogno di risposte rapide come quelle che cerca di dare con le sue risorse interne

- Evitare ricoveri che non portano vantaggi al paziente
- Evitare inutili disagi al paziente che già è in una situazione difficile,

Soluzioni

- All'interno dell'Ospedale: un servizio di gestione dei letti (Bed Management)
- Fuori dell'Ospedale: una centrale unica che copra un ambito territoriale significativo

Centrale unica che copra un ambito territoriale significativo

- Deve avere a disposizione una quantità di risorse sufficiente
- Deve controllare la gestione di queste risorse
- Deve garantire l'equità di trattamento
- Deve contribuire all'appropriatezza dei trattamenti



Carta dei diritti dell'area metropolitana torinese

proclamata il 22 maggio 2015



1. diritto alla presa in carico

Indipendentemente dalle caratteristiche del servizio di emergenza urgenza in cui avviene l'accesso, ogni individuo ha diritto a ricevere trattamenti adeguati e a essere indirizzato, nel minor tempo possibile, verso le strutture più appropriate.



2. diritto alla dignità personale

Ogni individuo che viene a trovarsi in situazioni di emergenza e urgenza ha il diritto a non subire riduzioni della dignità personali dovute a strutture inadeguate, carenze di organizzazione o comportamenti arbitrari.



3. diritto alla continuità dei percorsi di cura

Ogni individuo ha diritto a interventi di emergenza o urgenza coordinati con le eventuali cure già in atto e seguito da percorsi appropriati e tempestivi di convalescenza e riabilitazione.



4. diritto alla prevenzione delle emergenze evitabili

Ogni individuo ha diritto a non essere costretto a ricorrere alle strutture di emergenza urgenza soltanto per rimediare alla insufficiente organizzazione dei servizi e dei percorsi di cura.



5. diritto all'informazione

Ogni individuo ha diritto ad accedere ad informazioni aggiornate e attendibili sulla organizzazione dei servizi di emergenza relativi al territorio di residenza e sulle prestazioni effettivamente disponibili nei diversi Pronto soccorso.



6. diritto alla competenza

Ogni individuo ha il diritto ad avere una cura e una assistenza competenti, appropriate e proporzionate alle esigenze del malato.



7. diritto alle "sei ore"

Ogni individuo ha diritto a permanere in Pronto soccorso il tempo minimo indispensabile e comunque non oltre le sei ore necessarie per i trattamenti di stabilizzazione e il sollecito trasferimento a una sistemazione idonea.