IL PRONTO SOCCORSO TRA TERRITORIO ED OSPEDALE

Giuseppe Matarazzo

- Cenni Evoluzione normativa sistema Emergenza – urgenza
- Cenni Organizzazione Pronto Soccorso
- Il Pronto Soccorso come nodo di una rete
- Causa di maggiore frequenza del P.S.
- Alcuni indici statistici
- Il fenomeno del sovraffollamento
- Conclusioni

Evoluzione Normativa Sistema

1938	Tutti gli Ospedali devono far funzionare un servizio di Pronto Soccorso indipendente.
Legge Mariotti 132/1968	Si definiscono presenza e caratteristiche dei Pronto Soccorso
1996	Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza
1996	Linee guida per il sistema di emergenza/urgenza

Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza – 27 Marzo 1992

1. Punti di Primo Intervento

2. Pronto Soccorso ospedaliero

3. Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di I Livello

4. Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di II Livello

SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA
Linee guida n. 1/1996

I servizi di pronto soccorso e di accettazione svolgono:

1. attività di accettazione per i casi elettivi e programmati

2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza

3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di { urgenza differibile / urgenza indifferibile, / emergenza

Rete dei Presidi ospedalieri dell'Emergenza 3 livelli funzionalmente differenziati ma organizzati in maniera gerarchica con:

PSA

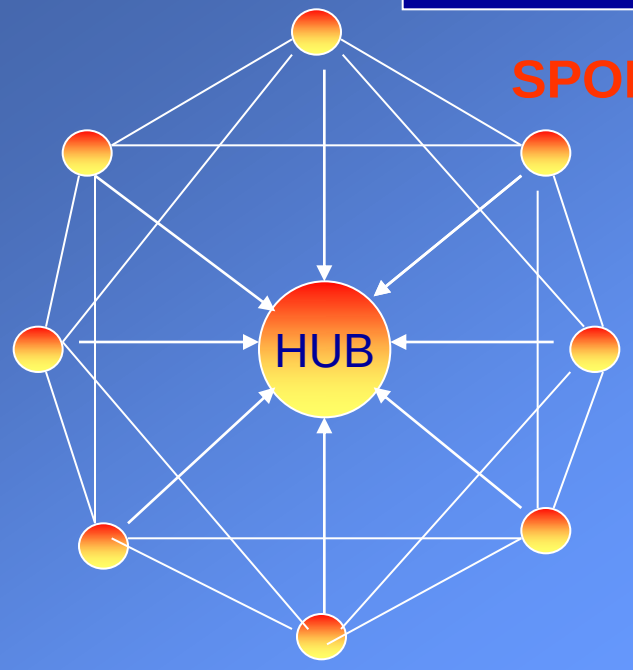
D.E.A. di 1° livello

D.E.A. di 2° livello

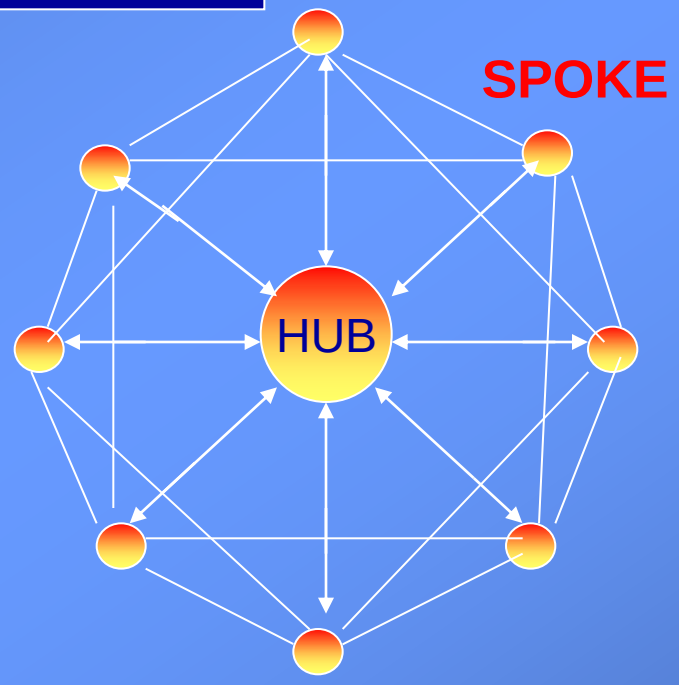
Il Pronto Soccorso come nodo di una rete

EMERGENCY

Il modello Hub & Spoke



L'Hub in genere è ricettivo, ma in caso di saturazione delle risorse può reindirizzare i pazienti che hanno superato la fase acuta verso lo Spoke



Il sistema Hub & Spoke esprime un'idea dinamica dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità:quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità periferiche a unità centrali di riferimento.

RETI PATOLOGIE AD ALTA COMPLESSITA'

- Infarto miocardico acuto
- Trauma grave
- Ictus cerebrale

Sono gravi patologie i cui esiti in termini di mortalità e disabilità dipendono fortemente dal fattore tempo e dalla integrazione in rete di tutti i professionisti che intervengono nel percorso del paziente.

Il modello Hub & Spoke nello STEMI

I centri spoke sono centri che:

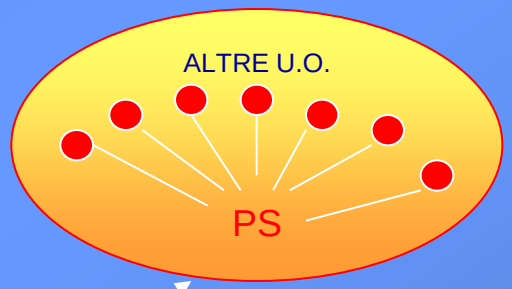
- **Identificano** il paziente con STEMI
- **Trasmettono** l'ECG al centro di riferimento
- **Inviano/trasportano** il paziente ad alto rischio al centro Hub
- **Eseguono** terapia riperfusiva trombolitica in pazienti con STEMI a basso rischio

I centri hub sono quelli in cui viene eseguitala terapia riperfusiva mediante angioplastica.

Percorso del paziente fino alla definitiva collocazione ospedaliera

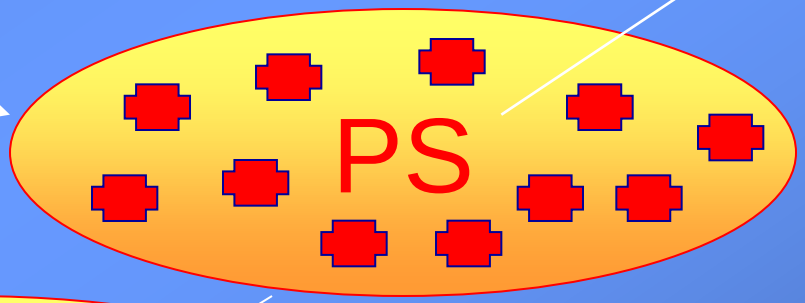
PERCORSO IMA

RETE INTRAOSPEDALIERA

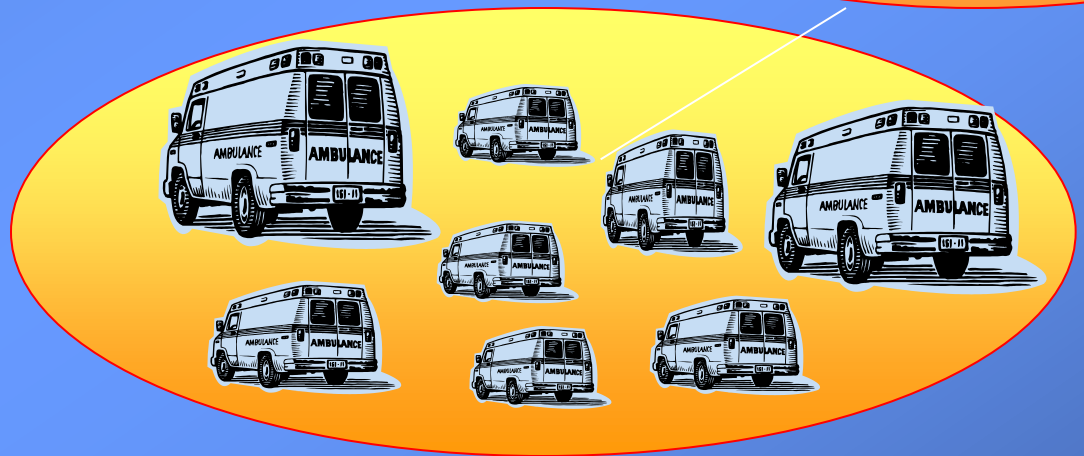


CO118

RETE DEL PRONTO SOCCORSO



rete emergenza territoriale



PERCORSO ICTUS

PERCORSO

TRAUMA

Cronaca di Roma

Tre giorni e due notti al San Camillo in attesa di ricovero

Paraplegico. Bloccato in barella al pronto soccorso. Aveva tentato anche al Grassi e al Fatebenefratelli

il caso

E' «Pronto soccorso»?

Per sei ore al San Matteo

Segnalo un fatto vergognoso (uno dei tanti, purtroppo) che mette in luce gravissime carenze organi... di Pro... ortope... traum...

— ore 13.56, registrazione in accettazione, attesa in corridoio spazioso ma con sole 21 sedie, insufficienti ...

chiamata per il referto; — ore 19.45 circa, diagnosi del medico e doccia di immobilizzazione

ASL 4 CHIAVARESE

Attese interminabili al pronto soccorso scatta la denuncia

Bufera sull'emergenza: una lavagnese esasperata ha chiesto l'intervento di una pattuglia dei carabinieri

Il direttore sanitario: «Il personale è sufficiente, ma spesso è improprio il ricorso al servizio di emergenza»

Pazienti in attesa al pronto soccorso dell'ospedale di Lavagna

LA REGIONE ASSICURA IL POTENZIAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA D'URGENZA

Negli ultimi anni si è assistito ad un utilizzo crescente delle strutture dedicate all' emergenza - urgenza con incremento degli accessi di circa il 50%.

Le cause sono da riconoscersi in:

a) Incremento della popolazione anziana, sempre più affetta da pluripatologie

b) miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da gravi patologie, che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza

c) informazione sanitaria diffusa e convinzione dei cittadini di poter autonomamente gestire le proprie esigenze di salute.

d) un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere, in tempi brevi, una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali.

altre cause sono :

e) il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli

f) incremento dei traumatismi in generale

g) preminenza del modello di salute centrato sull'ospedale rispetto al modello centrato sulla medicina del territorio

h) possibilità di ricevere prestazioni qualificate ed in tempo reale 24h/24h

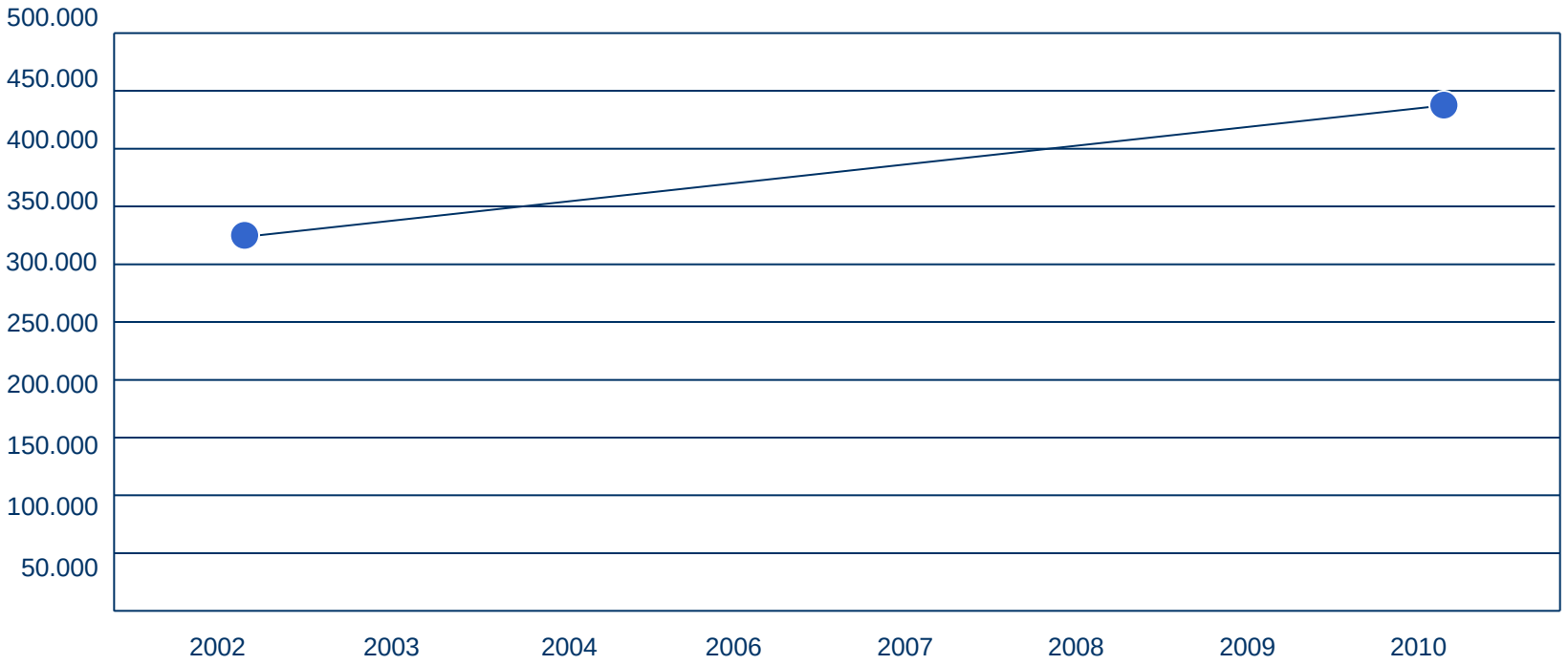
i) la consapevolezza di trovare in Pronto Soccorso risposte tecnologiche e professionali di alto livello

Il problema degli anziani

In sanità una persona > 75 anni consuma prestazioni circa 20 volte più di un quarantenne!

Popolazione anziana residente over 75 anni dal 2002 al 2010

in Campania



Attività di Pronto Soccorso per Azienda sanitaria – Anni 2007-2008-2009

	Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
ASL	Accessi	% Ricoveri	Accessi	% Ricoveri	Accessi	% Ricoveri
Avellino	44.710	20,4	45.034	18,6	46.496	18,89
BN	38.989	29,2	41.144	25,68	39.868	24,32
Caserta	229.807	10,68	238.969	9,58	248.155	7,48
NA 1 Centro	499.370	12,91	489.794	11,91	524.095	11,54
NA 2 Nord	225.614	13,33	227.458	12,36	232.304	14,37
NA 3 Sud	304.141	11,83	326.249	11,31	316.415	10,14
Salerno	413.020	18,91	443.341	18,44	427.509	19,89

FONTE ARSAN Regione Campania

Attività di Pronto Soccorso per Azienda sanitaria – Anni 2007-2008-2009

	Accessi 2007	% Ricoveri 2007	Accessi 2008	% Ricoveri 2008	Accessi 2009	% Ricoveri 2009
A. O. A.Cardarelli	141.685	46,38	137.356	49,56	148.637	42,73
A.O. S. G. Di Dio Salerno	81.680	15,21	85.021	14,96	90.360	13,73
A. O. S.G. Moscati Avellino	47.959	17,5	49.879	25,91	49.373	17,67
A. O. G.Rummo Benevento	43.464	18,43	46.161	16,18	48.703	14,78
A. O. Sant'Anna e San Sebastiano Caserta	67.294	14,69	69.855	12,92	69.430	11,67
Totale Complessivo AASSLL+AAOO	**2.137.733**	**16,75**	**2.200.261**	**16,15**	**2.241.345**	**15,52**

FONTE ARSAN Regione Campania

Tasso medio regionale di accesso in PS x Mille Abitanti

Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
Accessi	Per 1000 abitanti	Accessi	Per 1000 abitanti	Accessi	Per 1000 abitanti
2.137.733	375	2.200.261	386	2.241.345	394

Accessi totali ai Pronto Soccorso Piemonte

N° Ospedali con PS e N° accessi negli anni 2007 e 2008

	2007	2008
n° ospedali con PS	53	52
n° accessi	1.695.048	1.819.766

Analisi degli accessi a bassa priorità presso le strutture di Pronto Soccorso della Regione Piemonte (Relazione progettuale 2009/2010)

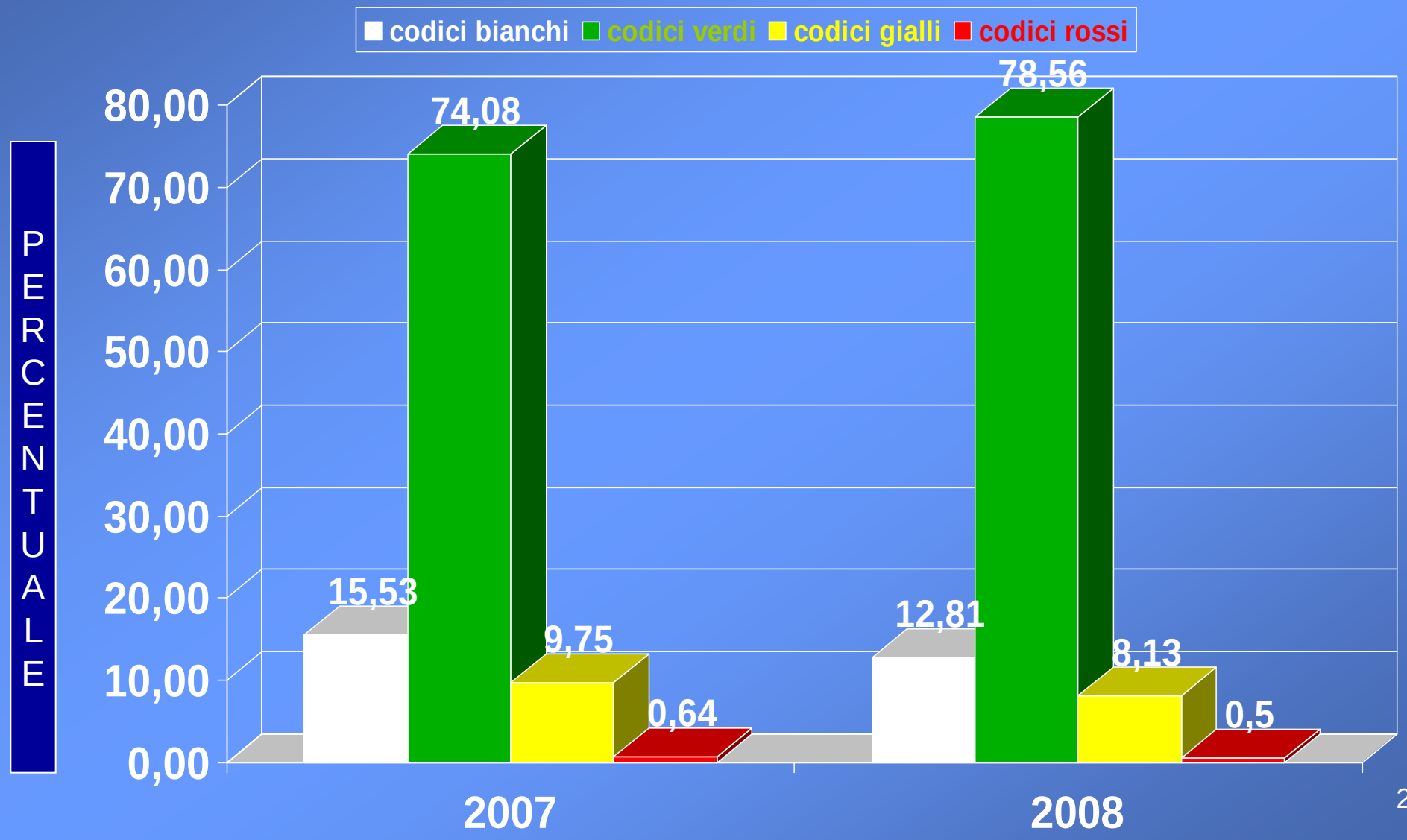
Fonte :ARESS Piemonte

Distribuzione modalità di accesso (anno 2008)

accesso diretto assistito	86,85%
inviato MMG	1,39%
tramite 118	11,61%
trasferito da istituto pubblico	0,14%

Fonte : ARESS Piemonte

Distribuzione accessi per codice di triage anni 2007 e 2008



Il sovraffollamento in Pronto Soccorso

Situazione in cui la richiesta di prestazioni supera la capacità di fornire assistenza di qualità in un lasso di tempo ragionevole.

Il sovraffollamento del PS rappresenta oggi uno dei problemi più importanti che devono affrontare i PS di tutto il mondo

Sovraffollamento : indicatori

Sono stati intervistati 575 medici di PS per indagare il fenomeno del sovraffollamento. Dai soggetti intervistati sono emersi alcuni indicatori per poter definire un PS sovraffollato:

a) Pazienti in attesa di visita medica per più di 60 minuti;

b) Letti di PS occupati per più di 6 ore al giorno;

c) Cure mediche fornite in corridoio per più di 6 ore al giorno;

d) Sala di attesa affollata per più di 6 ore al giorno;

e) Carico di lavoro eccessivo per più di 6 ore al giorno.

Derlet R, Richards J, Kravitz RL. Frequent overcrowding in US emergency departments. Acad Emerg Med 2001;8:151-5.

MAIN PROBLEMS IN EMERGENCY DEPARTMENTS

Derlet et coll.

Several studies demonstrated that presence of satisfaction with and effectiveness of a usual source of care (other than EDs) significantly decreased the utilization of ED

The changing profile of patients who used Emergency Department Services in the United States : 1997 to 2005-k.Tom Xu et Al. – Ann. Emerg. Med. 2009;54:805-810

Accanto a questo aumento di utilizzo abbiamo assistito ad una trasformazione globale della stessa funzione dei nostri

PRONTO SOCCORSO

- **La riduzione dei posti letto per acuti, in Italia dai 5,3 posti letto per acuti ogni mille abitanti nel 1995 ai 3,2 nel 2010**

- **La richiesta di maggior appropriatezza nei ricoveri**

hanno progressivamente mutato la funzione del Pronto Soccorso

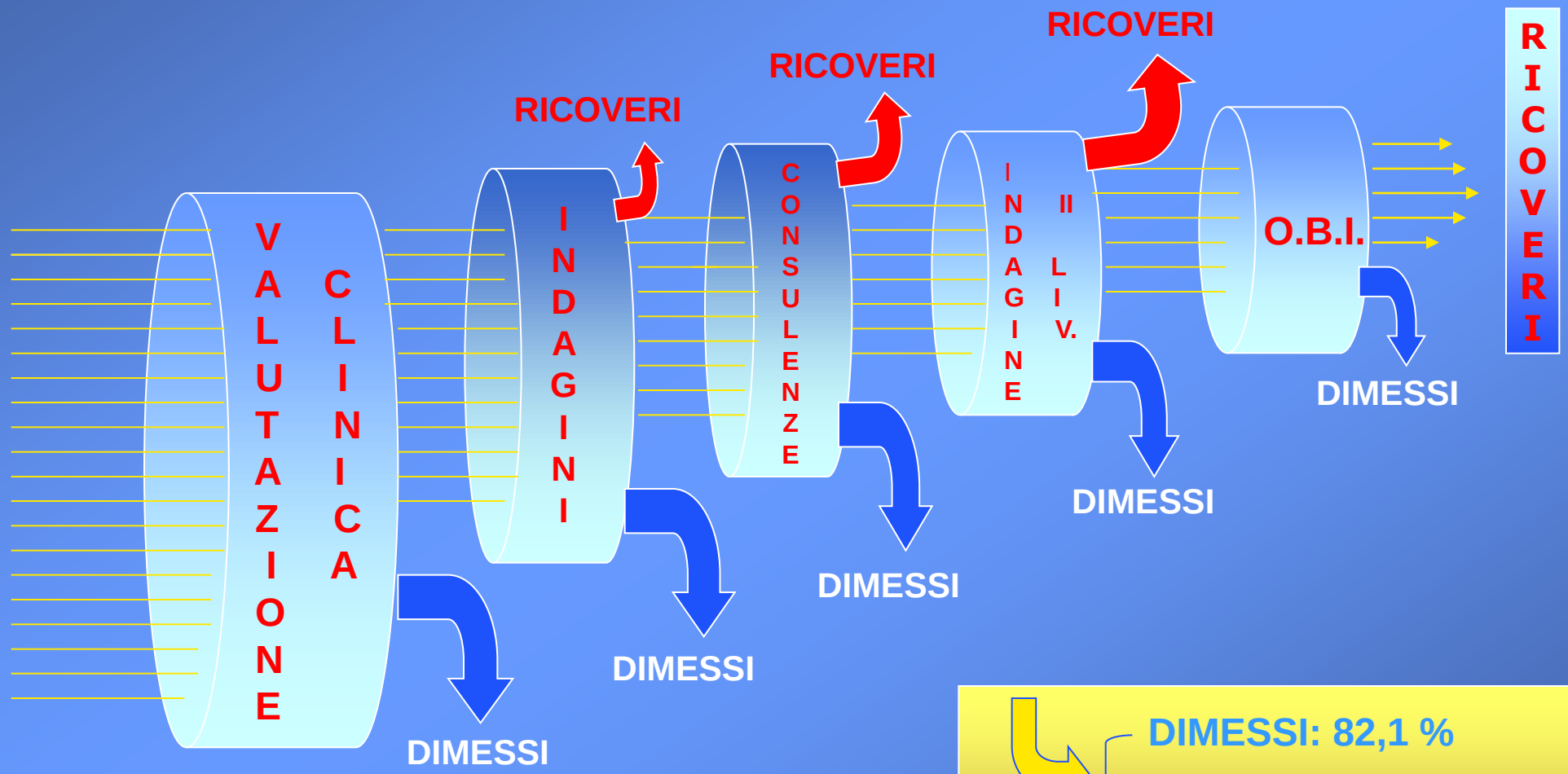
Da " Admit to work" a " Work to admit "

Da “ Admit to work” a “ Work to admit ”

con maggiore permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso e migliore inquadramento diagnostico / terapeutico che ha Indotto a dimettere dal PS con diagnosi, indicazioni terapeutiche e di percorso l’ 82,1 % dei pazienti visitati nel 2005 contro il 77,3 % nel 2000

(Fonte : Annuario statistico del SSN)

WORK TO ADMIT



DIMESSI: 82,1 %

RICOVERATI:17,9 %

Fonte:Annuario Statistico Nazionale 2005

Conclusioni:

Conseguenze legate al sovraffollamento dei PS

- Aumentato rischio di errori sanitari
- Paziente in attesa di posto letto in reparto
- Deviazione delle ambulanze
- Prolungamento del dolore e/o dello stato dell'ansia dei pazienti
- Insoddisfazione degli operatori sanitari con conseguente ridotto rendimento lavorativo
- Prolungamento dei tempi d'attesa per la visita medica
- Ritardo diagnosi e/o trattamento
- Mancanza di privacy
- Diminuita fiducia dei cittadini verso i servizi di emergenza
- Episodi di violenza in seguito agli eccessivi tempi di attesa
- Errori di comunicazione

Le proposte

- Miglioramento accesso cure primarie e territoriali
- Aumento numero strutture sanitarie di lungodegenza
- Mantenimento posti letto ospedalieri di Medicina in carenza dei primi due punti
- Sviluppo unità di osservazione breve
- Aumento numero di operatori da dedicare al PS
- Aumento spazi fisici del PS
- Miglioramento servizi diagnostici collegati al PS
- Sviluppo sistemi di allerta precoci

Grazie per l’attenzione