



Nuovi equilibri tra Ospedale e Territorio. E il 118 dove lo metto? Strategie di sviluppo

17 giugno 2011

Palazzo dei Congressi P.le Kennedy 1 Roma

d.p.r. 27 marzo 1992

la creazione di un sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria strutturato:

Fase di Allarme e prima risposta sul territorio (istituzione del numero unico di chiamata 118, delle Centrali Operative e delle postazioni-mezzi di emergenza territoriali)

Fase di Risposta Ospedaliera disposta su più livelli di intervento.

Centrale operativa 118

dotata di numero di accesso breve ed unico su tutto il territorio nazionale, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario, in grado di coordinare il Sistema di Emergenza Territoriale.

Emergenza Territoriale (Preospedaliera)

composta da operatori, dai mezzi, dalle postazioni di sosta e di partenza e dalle procedure che garantiscono il governo clinico dell'intervento sul territorio e nella fase di avvicinamento al Pronto Soccorso di destinazione.

Una rete di strutture

funzionalmente differenziate ed in grado di rispondere alle necessità d'intervento in base alle loro caratteristiche strutturali ed organizzative:

- Punti di Primo Intervento,
- Pronto Soccorso,
- Dipartimento di Emergenza Urgenza di I livello (DEA Spoke),
- Dipartimento di Emergenza Urgenza di II livello (DEA Hub).

A distanza di 20 anni ...

si può dire che tale modello, pur con tempi di realizzazione differenti, è ben rappresentato su tutto il territorio nazionale



l'attuale fotografia del “sistema di Emergenza Sanitaria” ci mostra però tanti “sistemi di emergenza urgenza - 118” ove ogni Regione o addirittura ogni Azienda ha posto in essere modalità organizzative spesso assai dissimili.



ricordiamoci

.. la risposta ad un bisogno è uguale
ovunque ..

Quali strategie di sviluppo *di fronte*

Nuovi equilibri tra Ospedale e Territorio.

E il 118 dove lo metto?

Il 118 dobbiamo lasciarlo dov'è!

A garanzia delle domande di soccorso in emergenza urgenza per patologie acute, croniche riacutizzate e i traumi,

quando le variabili «tempo», competenza e appropriatezza della risposta sono elementi determinanti.

SICUREZZA E QUALITÀ EMERGENZA URGENZA

Ospedali in rete x acuti HUB - SPOKE

PS



Dea I



Dea II



accreditato

SICUREZZA E QUALITÀ EMERGENZA URGENZA



$$118 + PS = DEU$$



FIRENZE

13 MAGGIO 2011 ore 09.30

ORDINE DEI MEDICI E CHIRURGI

- Accredитamento dei percorsi territorio – ospedale
- Il Rischio Clinico nel percorso
- Gli standard
- Il medico e le professioni

INTEGRAZIONE

**Conferenza Nazionale
 EMERGENZA URGENZA**

11.30 Dr. Livio De Angelis
 - Informatizzazione, alta tecnologia e quali professionalità per i Sistemi 118?
 11.45 Discussione

11.30 Dr. Stefano Mugnai
 - Dr. Stefano Mugnai
 Vice Presidente Commissione Sanità Reg. Toscana
 - Ing. Daniela Scaramuccia
 Assessore alla Salute Regione Toscana



S.P.E.M.E.



CURE PRIMARIE E SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA

Si ritiene utile esplorare tutte le possibilità di sinergia tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Continuità Assistenziale e Sistema dell'Emergenza Urgenza.

Tale ricerca e confronto diviene fondamentale per garantire l'equità, continuità delle cure e di soccorso (quando necessario), in particolare in aree disagiate, remote, montane ...

E' auspicabile l'attivazione di un sistema di monitoraggio basato e con uso di indicatori di qualità e di risultato (condivisi) dei percorsi assistenziali individuati.

Il Sistema d'Emergenza-Urgenza Territoriale deve trovare su tutto il territorio nazionale uniformità di obiettivi e di standard assistenziali erogati. E' auspicabile e ragionevole perseguire che a ciò corrisponda una omogeneità organizzativa, strutturale e formativa.

Il Sistema d'Emergenza-Urgenza Territoriale rappresenta la prima fase diagnostico-terapeutica del percorso di cura del paziente e come tale deve prevedere la possibilità di utilizzare la competenza medica sia nella fase di governo da parte della CO 118 che direttamente sulla scena dell'evento, quando necessario.

Garantire la continuità delle cure, da intendersi non solo come standard assistenziali erogati, ma anche come capacità di audit e di feedback sia interno che di sistema. Il SET deve essere integrato al sistema d'emergenza ospedaliero (Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza) in termini strutturali,

intendendo con ciò appartenenza almeno allo stesso DEU e possibilità di rotazione del personale medico ed infermieristico tra assistenza intra ed extra-ospedaliera.

Il medico d'emergenza ed urgenza rappresenta la figura professionale di riferimento di questo sistema integrato, in stretta collaborazione con la figura infermieristica nell'equipe sanitaria. Tutor del percorso in emergenza-urgenza, dalla chiamata al 118 al ricovero nel reparto specialistico più idoneo al trattamento.

Il sistema deve tendere ad una omogeneità degli organici, soprattutto medici, al fine di garantire una maggiore efficacia ed efficienza dell'assistenza sia intra che extra ospedaliera.

Le direttrici su cui indirizzare i cambiamenti e lo sviluppo:

- Forte **integrazione** tra il sistema d'emergenza territoriale e l'emergenza ospedaliera, intesa come Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, per garantire continuità di cure al paziente in emergenza-urgenza.
- **Standardizzazione** del sistema in ambito organizzativo, strutturale, formativo.
- **Dinamicità** dei modelli organizzativi sulla base di:
 1. livello di "competence" realmente espressa dalle diverse componenti professionali mediche, infermieristiche e tecnico-sanitarie
 2. tipologia dei sistemi EU risultanti dall'insieme della componente territoriale e di quella ospedaliera di riferimento, potendosi ipotizzare strategie (quindi professionalità prevalenti) diverse in relazione alla "qualità" della rete dell'emergenza urgenza.

GRAZIE PER L'ASCOLTO

MAURO MARZIALI, MD

Medico di Emergenza Urgenza – 118

Coordinamento Emergenza Urgenza

CIMO-ASMD