

*INCONTRO SOCIETA' MEDICO CHIRURGICA DI FERRARA  
29 APRILE 2017*

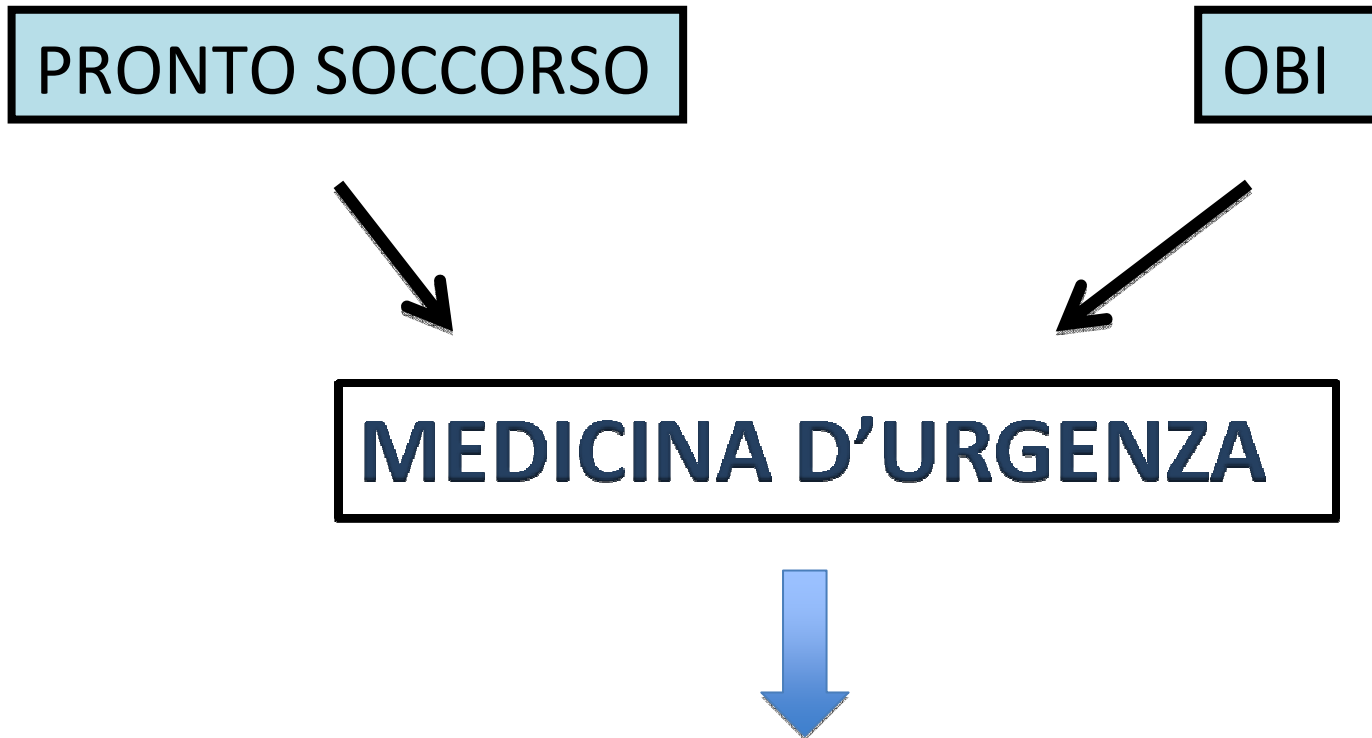


**QUANDO LA VALUTAZIONE/TRATTAMENTO NON  
SI ESAURISCONO IN PRONTO SOCCORSO:**

**IL RUOLO DELLA MEDICINA D'URGENZA**

**Rita Previati**

*UO Medicina Emergenza-Urgenza  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Ferrara*



- ◆ **CONTINUITA' DI APPLICAZIONE DEL METODO ABCDE INTEGRATO NELLA VALUTAZIONE /RIVALUTAZIONE DEL PAZIENTE**
- ◆ **VALUTAZIONE SECONDARIA CON ULTERIORE DIAGNOSTICA (TAC, RMN, doppler , eco cardio, coronarografia, angiografia...)**
- ◆ **DECISIONE ESITO DEL PAZIENTE (dimissione, trasferimento)**

# DEFINIZIONE DI MEDICINA D'URGENZA:

**“L'ATTIVITA' DELLA MEDICINA D'URGENZA COMPRENDE LA GESTIONE IN REGIME DI DEGENZA CHE NON SUPERI LE 72 ORE DI PAZIENTI CON PROBLEMI CLINICI DIVERSI E DI DIVERSA COMPLESSITA' IL CUI ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO D'URGENZA NON E' ESAURIBILE NELLE ORE A DISPOSIZIONE DEL PS E DELL'OBI ..”**

...

- *Atto d'Intesa Stato Regioni Linee Guida per l'Emergenza Sanitaria GU 17/5/96 in appl. DPR 27/5/92*
- *Standard organizzativi SIMEU-FIMEUC strutture emergenza urgenza , ottobre 2011*



**DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA COMPLESSA PS-MEDICINA D'URGENZA**



**MEDICINA D'URGENZA E PS INTEGRATE IN UNA UNICA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE IN EMERGENZA-URGENZA**

# DEFINIZIONE DI MEDICINA D'URGENZA:

**“DEGENZA BREVE CHE GESTISCE LETTI DI TIPO ORDINARIO PER IL TRATTAMENTO DELLA FASE ACUTA E L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO,..”**

..SONO AUSPICABILI PERCORSI DI RAPIDA ACQUISIZIONE DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E CONSULENZE SECONDO PROTOCOLLI CONDIVISI .. PER I PAZIENTI CRITICI DEVE ESSERE PREVISTA LA POSSIBILITA' DI ACQUISIZIONE DELLE ATTIVITA' AL LETTO DEL PAZIENTE...

**..OBIETTIVO E' LA STABILIZZAZIONE DI URGENZE  
CARDIORESPIRATORIE, NEUROLOGICHE,  
TOSSICOLOGICHE,TRAUMATOLOGICHE,  
INFETTIVE,GASTROENTEROLOGICHE E METABOLICHE, ANCHE  
TRAMITE IL RICORSO ALLE OPPORTUNE CONSULENZE...**

*Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture Emergenza Urgenza  
Regione Emilia Romagna , Delibera di Giunta 17/1/2005*

# DEFINIZIONE DI MEDICINA D'URGENZA:

**IN QUESTA SEDE DEVONO ESSERE COLLOCATI UN NUMERO ADEGUATO DI LETTI PER LA GESTIONE DI PAZIENTI CRITICI E INSTABILI...**

...LETTI DI TIPO ORDINARIO ... E LETTI DI **AREA CRITICA...**

*Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture Emergenza Urgenza Regione Emilia Romagna , Delibera di Giunta 17/1/2005*

..LE MEDICINA D'URGENZA COMPRENDE DEGENZA BREVE ..E **ALTA INTENSITA' DI CURE O SEMINTENSIVA...**

*Standard organizzativi SIMEU FIMEUC 2011  
Progetto Ricerca AGENAS Ministero Salute 2011*

IN MEDICINA D'URGENZA LETTI A DEGENZA ORDINARIA E LETTI **AD ELEVATA ASSISTENZA...**

*IO Aziendale 2013*

MEDICINA D'URGENZA ORGANIZZATA IN DEGENZA BREVE E **AD ALTA INTENSITA' DI CURE..**

*Documento aziendale riorganizzazione medicina d'urgenza dic 2016*

**MEDICINA D'URGENZA:**



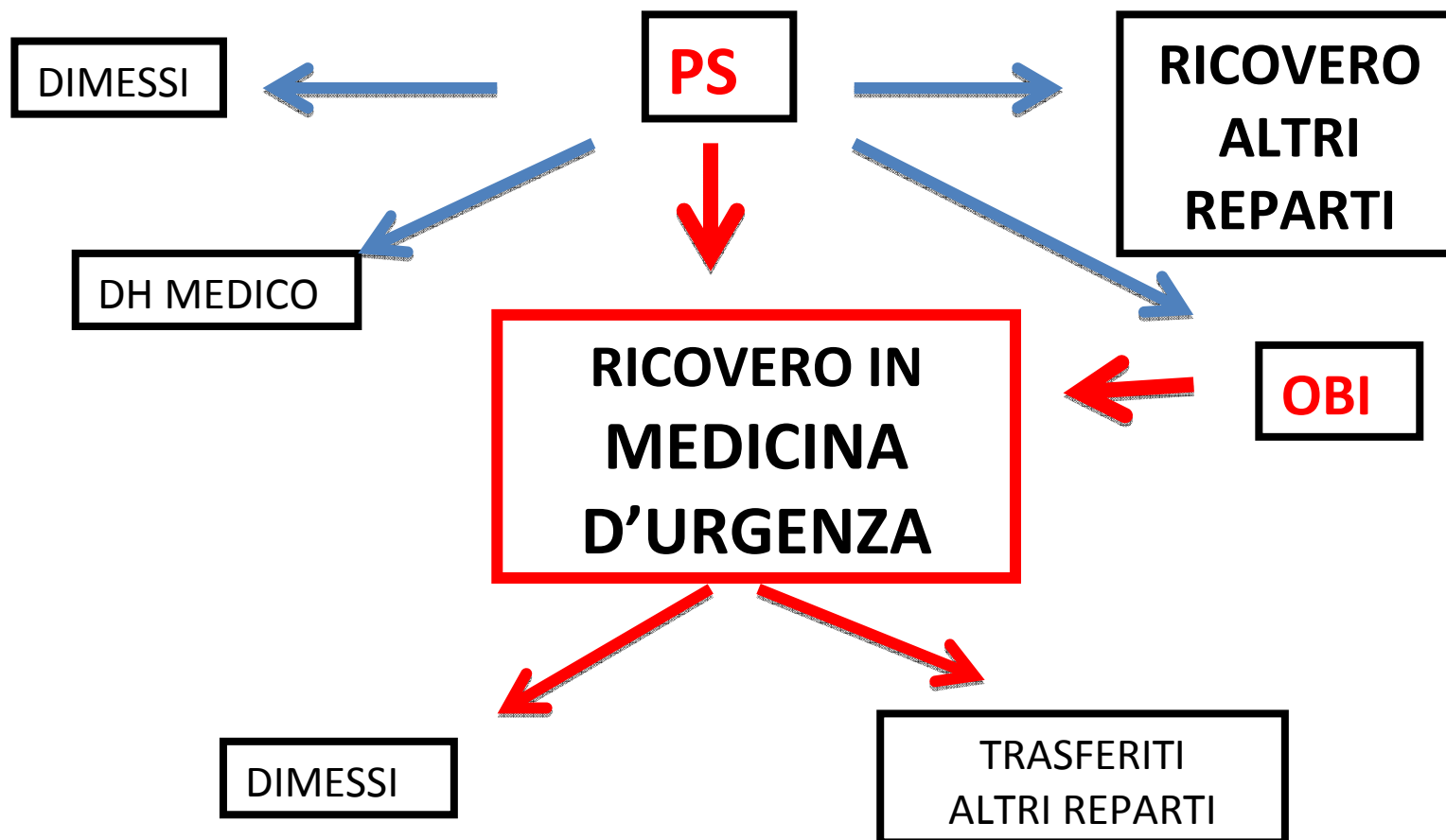
**DEGENZA  
"ORDINARIA"**



**"AREA CRITICA"**



**FLUSSI PAZIENTI**  
**PS → OBI → MEDICINA URGENZA**



# ESEMPI DI PATOLOGIE PER LA MEDICINA D'URGENZA:

## ➤ PATOLOGIE IL CUI ITER PUO' ESSERE COMPLETATO ENTRO 72 ORE:

- ✓ SCOMPENSO VENTRICOLARE SINISTRO DA CARDIOPATIA NOTA
- ✓ POLITRAUMA NON CON INDICAZIONE CHIRURGICA O INTENSIVISTICA
- ✓ EMORRAGIA DIGESTIVA ALTE VIE NON VARICOSA
- ✓ DIVERTICOLITE
- ✓ IRC RIACUTIZZATA
- ✓ INTOSSICAZIONE ACUTA
- ✓ BPCO RIACITIZZATA
- ✓ POLMONITE CON NECESSITA' DI RICOVERO, NON IN PZ CON PLURIPATOLOGIE O "FRAGILE"

## ➤ PAZIENTI CHE RIENTRANO IN PERCORSI AVVIATI DAL PS (PERCORSO TIA, PERCORSO VERTIGINE, PERCORSO DOLORE TORACICO)

*(Istruzioni Operative specifiche)*

## ➤ PAZIENTI INTERNISTICI (in caso mancanza letti)

- *Istruzione Operativa Aziendale 2013*
- *Requisiti specifici accreditamento RER 2005*
- *Standard organizzativi FIMEUC 2011*
- *Statement Medicina d'Urgenza SIMEU ER 2016*

# QUANDO TRASFERIRE DALLA MEDICINA D'URGENZA?

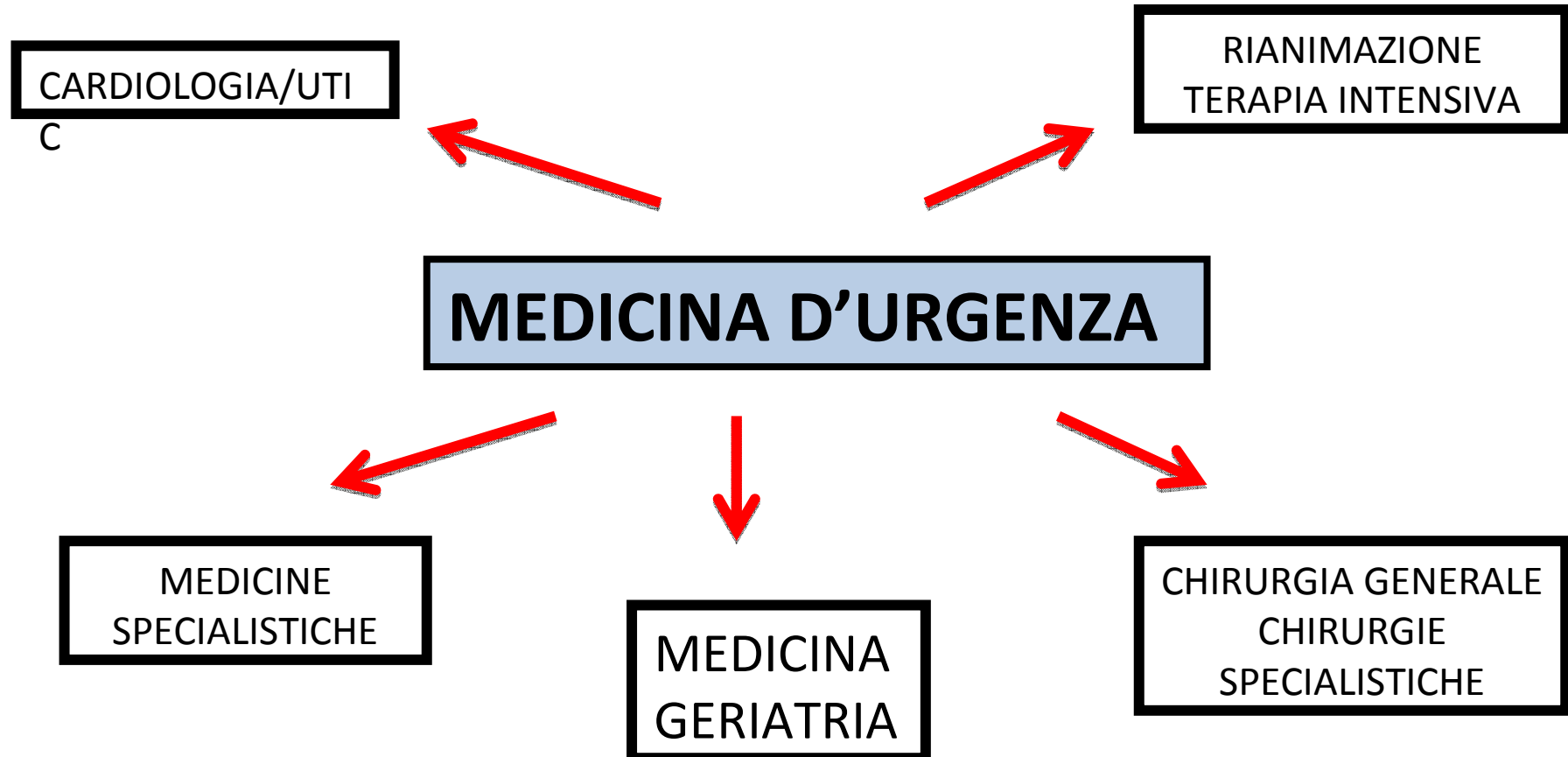
- ✓ PAZIENTI STABILIZZATI , CHE NECESSITANO DI > 72 ORE PER COMPLETAMENTO ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
- ✓ PAZIENTI IL CUI ITER DIAGNOSTICO SI È CONCLUSO VERSO UNA INDICAZIONE CHIRURGICA (GENERALE O SPECIALISTICA)
- ✓ PAZIENTI IL CUI ITER DIAGNOSTICO SI E' CONCLUSO VERSO UNA INDICAZIONE SPECIFICA MEDICO -SPECIALISTICA
- ✓ PAZIENTI NON STABILIZZATI /EMODINAMICAMENTE COMPROMESSI IN CUI SI RENDE NECESSARIO UN RICOVERO IN AMBIENTE INTENSIVO
- ✓ PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CON NECESSITA' DI PASSARE DALLA NIV ALLA VENTILAZIONE INVASIVA
- ✓ PAZIENTI DI COMPETENZA INTERNISTICO/GERIATRICA

# PAZIENTI DI COMPETENZA INTERNISTICO/GERIATRICA:

*(DA “Requisiti specifici per l’accreditamento delle Strutture di Medicina Interna”, RER Ottobre 2011)*

- **“LA MEDICINA INTERNA GESTISCE LA DIAGNOSI E TERAPIA DI PAZIENTI COMPLESSI, POLIPATOLOGICI, FRAGILI”**
- CARATTERISTICHE CLINICO ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI INTERNISTICI:
  - Adulti, generalmente anziani
  - Con diverse comorbidità
  - Con prevalenti malattie croniche/riacutizzate
  - In alcuni casi “fragili”
  - **Nella maggioranza dei casi complessi**
  - A volte disabili, con perdita della autosufficienza
  - In trattamento polifarmacologici
  - Con limitata speranza di vita
  - **In trattamento polifarmacologico o con ricoveri ripetuti**
  - **Che richiedono il giusto tempo di ascolto e valutazione**
  - **Che richiedono continuità assistenziale**

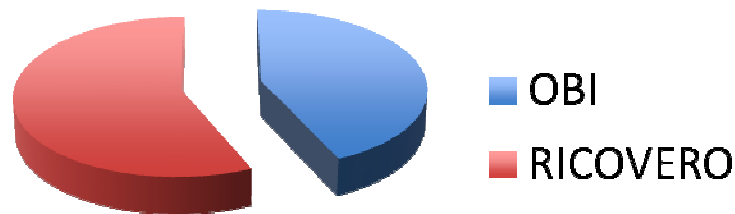
# TRASFERIMENTI DALLA MEDICINA D'URGENZA:



## ATTIVITA' IN MEDICINA D'URGENZA (6 MESI)

### 1. PAZIENTI IN MEDICINA D'URGENZA (PRIMO SEMESTRE 2016)

#### OBI+MED URG.



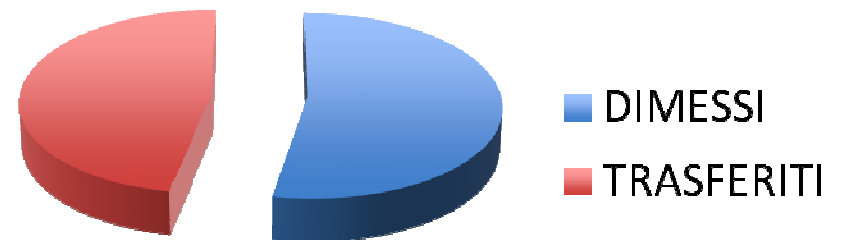
N.Totale accessi in reparto gennaio-giugno 2016: **1629**

OBI: 706

Medicina d'Urgenza: **923**

### 2. ESITO PAZIENTI RICOVERATI IN MEDICINA D'URGENZA (PRIMO SEMESTRE 2016)

#### ESITO FINALE



PAZIENTI TOTALI RICOVERATI : 923

**TRASFERITI: 434 (47%)**

**DIMESSI : 489 (53%)**

DEGENZA MEDIA PAZIENTI NON TRASFERITI: GIORNI 3.10

# IL RAGIONAMENTO CLINICO IN MEDICINA D'URGENZA

## ESEMPIO DI UN CASO CLINICO

- PAZIENTE **CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA** RICOVERATO IN LETTO MONITORATO AD ALTA INTENSITA' DI CURE
- DIAGNOSI: "SCOMPENSO VENTRICOLARE SINISTRO "IN FIBRILLAZIONE ATRIALE NON DATABILE"
- PAZIENTE **RICOVERATO DA PS→OBI**
- GIA' TRATTATO CON NIV



### **MOTIVO DEL RICOVERO IN MEDICINA D'URGENZA:**

- NECESSITA' DI ULTERIORE STABILIZZAZIONE CLINICA
- MONITORAGGIO NON INVASIVO CONTINUO
- ANCORA NIV?

# ***IL METODO CONTINUA...***



- A. Vigilanza – vie aeree pervie?**
- B. Valutazione ventilazione:**
  - FR-sat O<sub>2</sub>
  - Eco
  - EGA
  - Rx torace?
  - Ossigenoterapia? Come?
  - NIV?
- C. FC-PA-ECG**
  - Farmaci
  - Eco:
    - Cava
    - Cuore
- D. Diagnosi differenziale:**
  - H e T
  - Perfusione:
    - Volemia/resistenze/contrattilità/frequenza
- E. Necessari altri accertamenti?(diagnostica II livello, consulenze)**

# CONCLUSIONE...



**DEGENZA BREVE**  
(si conclude in 3 gg?)

SI

NO



**DIMISSIONE**

**STABILIZZAZIONE**  
**A-B-C ?**

SI

NO



**REPARTO**  
**MEDICO/**  
**INTERNISTICO**



**RIANIMAZIONE**  
**UTIC**  
**PNEUMO**

# ALTRO CASO CLINICO: COMPLETAMENTO DI UN PERCORSO

- PAZIENTE CON DOLORE TORACICO TRATTENUTO IN OBI
- ALTERAZIONI ECG E/O INCREMENTO TROPONINA



## MOTIVO DEL RICOVERO IN MEDICINA D'URGENZA:

- NECESSITA' ULTERIORE  
MONITORAGGIO/STABILIZZAZIONE
- PROBABILITA' MEDIO ALTA DI S CORONARICA ACUTA
- ESCLUSE ALTRE CAUSE DI DOLORE TORACICO?

# ***SEMPRE IL METODO ... A B C D E integrato***

- A. Vigilanza – vie aeree pervie?**
- B. Valutazione ventilazione:**
  - FR-sat O2
  - Eco
  - EGA
  - Rx torace?
  - Ossigenoterapia? Come?
  - NIV?
- C. FC-PA-ECG**
  - Farmaci
  - Eco:
    - Cava
    - Cuore
- D. Diagnosi differenziale:**
  - H e T
  - Perfusione:
    - Volemia/resistenze/contrattilità/frequenza
- E. Necessari altri accertamenti?(diagnostica II livello, consulenze)**



## PERCORSO DEL PAZIENTE:



- INDICAZIONE A DIAGNOSTICA II LIVELLO
- **CORONAROGRAFIA**



CORONAROGRAFIA  
POSITIVA E  
TRATTAMENTO CON  
PTCA



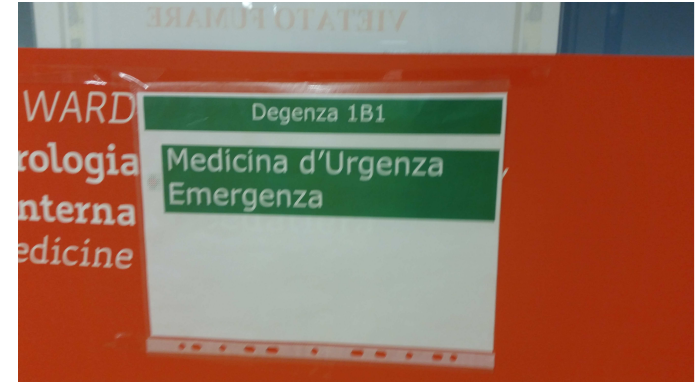
TRASFERIMENTO IN  
UTIC/CARDIOLOGIA

CORONAROGRAFIA NEG. O NON  
DIAGNOSTICA



- DIAGNOSI ALTERNATIVE?
- DIMISSIONE?
- TRASFERIMENTO  
ALTRI REPARTI?

# CENNI SULLA “RIORGANIZZAZIONE” DELLA MEDICINA D’URGENZA DA DICEMBRE 2016:



29 POSTI LETTO COMPLESSIVI

DI CUI:

23 ORDINARI + OBI

6 MONITORATI (“ALTA INTENSITA’ DI CURE”)

-DALLE 8 ALLE 20 : FUNZIONE DI PS CON RICOVERO NEI REPARTI DI  
COMPETENZA (Bed Manager per i ricoveri nei reparti internistici)

-DALLE 20 ALLE 8: DAL PS TUTTI I RICOVERI INTERNISTICI SOLO IN MEDICINA  
D’URGENZA

-IL GIORNO SUCCESSIVO TRASFERIMENTI DALLA MEDICINA D’URGENZA NEI  
REPARTI INTERNISTICI DEI PAZIENTI “INTERNISTICI”

-NECESSITA’ DI AVERE ALMENO 14 POSTI LIBERI IN MEDICINA D’URGENZA IL  
POMERIGGIO/SERA PER I RICOVERI NOTTURNI (anche trasferendo il  
pomeriggio /sera dalla medicina d’urgenza in altri reparti)

## ALCUNE PERPLESSITA'...dopo 5 mesi...



- Il ricovero H12 di tutti i pazienti internistici in medicina d'urgenza rischia di occupare letti ad alta intensita' con pazienti che non necessitano di monitoraggio (posto già occupato se necessario)
  - La necessita' di disporre di 14 letti liberi la sera limita i ricoveri da PS in medicina d'urgenza/OBI al pomeriggio anche per quei pazienti con caratteristiche di OBI/Med Urgenza (incremento dei ricoveri in reparti internistici )
- Se non disponibili almeno 14 letti liberi per la notte, vengono attivati trasferimenti "straordinari " al pomeriggio/sera di pazienti dalla Medicina d'Urgenza ad altri reparti, anche in appoggio.

## IN CONCLUSIONE...

- LA STRUTTURA COMPLESSA DI **PS-OBI-MEDICINA D'URGENZA** DEVE MANTENERE LA SUA UNITARIETA' COME REGOLAZIONE DELLA FASE DI ACCESSO ALLE CURE OSPEDALIERE
  - LA MEDICINA D'URGENZA DEVE MANTENERE **UNA AREA AD ALTA INTENSITA' DI CURE** AL SUO INTERNO (PENA UNA ASSISTENZA NON ADEGUATA)
- SAREBBE AUSPICABILE DEFINIRE IL VOLUME DI PAZIENTI NON CRITICI ACCOGLIBILI NELLE ORE NOTTURNE IN ALTRI REPARTI **SECONDO COMPETENZE**
  - OCCUPARE I LETTI DELLA MEDICINA D'URGENZA CON TUTTI I RICOVERI NOTTURNI PUO' ESPORRE ALLA POSSIBILITA' DI NON DISPORRE POI DI LETTI PER PAZIENTI CRITICI E/O DI COMPETENZA

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE!**



***e....adesso....***



Rita Previati  
UO Medicina Emergenza-Urgenza  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara  
[r.previati@ospfe.it](mailto:r.previati@ospfe.it)