



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

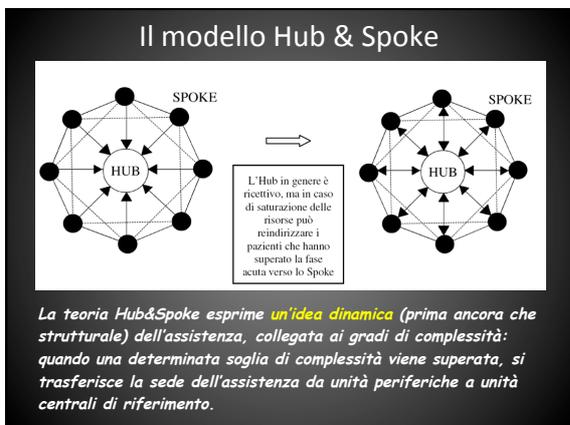
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

**RETI PATOLOGIE AD ALTA COMPLESSITA'**

- **Infarto miocardico acuto**
- **Trauma grave**
- **Ictus ischemico**

*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**

Sinteticamente, dunque, è possibile distinguere le seguenti funzioni dei diversi centri:

I centri **spoke** sono i 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 ripercussiva trombolitica in pazienti con STEMI a basso rischio

I centri **hub** invece sono quelli in cui viene eseguita la terapia ripercussiva mediante angioplastica.

---

---

---

---

---

---

---

---

**CENTRALIZZAZIONE**

*Trasporto dei pazienti (trauma, STEMI, ictus), dalla scena dell'evento direttamente agli ospedali più idonei a garantirne il trattamento definitivo*

*Evitando tappe intermedie che rallenterebbero la soluzione del problema (by-pass)*



---

---

---

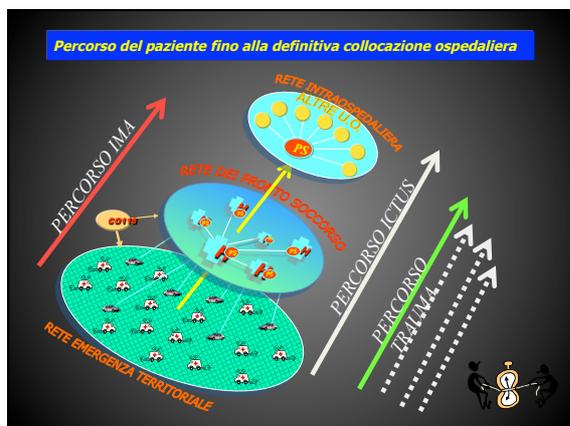
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Negli ultimi anni si e' assistito ad un utilizzo crescente delle strutture dedicate all'emergenza-urgenza ed in particolare del Pronto Soccorso che ha portato, negli ultimi dieci anni ad un incremento degli accessi di circa il 50% nel nostro Paese e nella maggior parte dei Paesi industrializzati*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Le cause sono da riconoscersi in:**

- a) un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere, in tempi brevi, dal servizio pubblico, una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali
- b) informazione sanitaria diffusa e convinzione dei cittadini di potere autonomamente gestire le proprie esigenze di salute
- c) 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
- d) incremento della popolazione anziana, sempre più affetta da pluripatologie

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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, a basso costo ed in tempo reale 24h/24h
- i) la consapevolezza da parte degli utenti di trovare in Pronto Soccorso risposte tecnologiche e professionali di alto livello
- l) La crescita della popolazione, anche clandestina

---

---

---

---

---

---

---

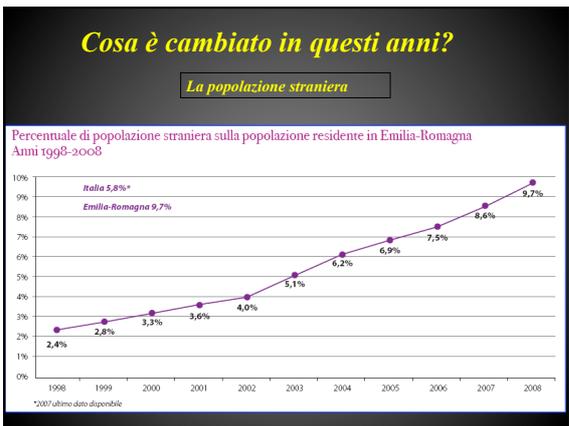
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

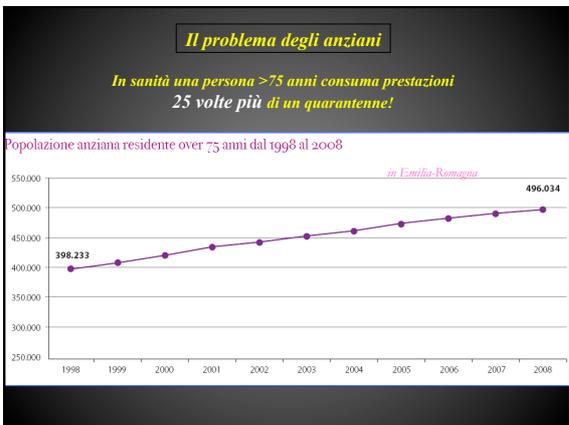
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



*Accanto a quest' aumento di utilizzo  
abbiamo assistito ad una trasformazione globale  
della stessa funzione  
dei nostri PRONTO SOCCORSO*

---

---

---

---

---

---

---

- *La maggiore professionalità degli operatori di PS*
  - *La riduzione dei posti letto per acuti , siamo infatti passati in Italia dai 5,3 posti letto per acuti ogni mille abitanti nel 1995 ai 3,2 per mille abitanti nel 2005*
  - *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: Anuario statistico del SSN)*

---

---

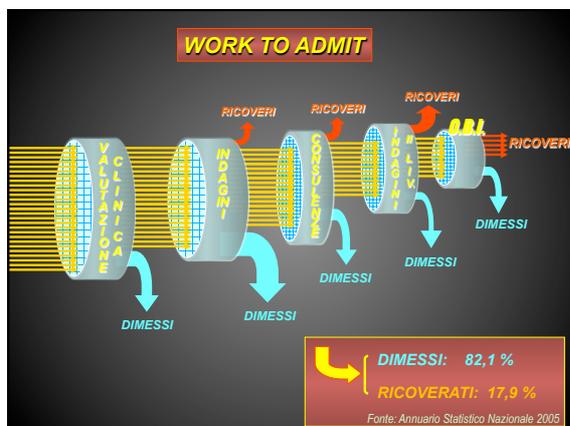
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

### New Vision for the Role of Emergency Medical Services

Ricardo Martinez, MD

From the National Highway Traffic Safety Administration, Washington DC.  
Received for publication July 23, 1998. Accepted for publication August 3, 1998.  
Presented at the American College of Emergency Physicians Scientific Assembly, October 16, 1997.  
Address for reprints: Ricardo Martinez, MD, MOA-01, National Highway Traffic Safety Administration, 400 7th Street SW, Washington, DC 20590.  
Copyright © 1998 by the American College of Emergency Physicians.  
0196-0644/98/15:03-0  
477/93826

Thirty years ago, the National Academy of Science paper, *Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society*, created EMS as we know it today. The document has served us well, but recent shifts in health care require new insights, goals, skills, and resources for continued success in EMS. The 1996 document *EMS: Agenda for the Future* merges the many facets of EMS into a common vision and lays out 3 areas for change—building bridges, creating infrastructure, and developing new tools and resources. Emergency physicians' leadership is essential to steer the EMS community toward a productive future that will strengthen the nation's emergency medical safety net for the next 30 years.

[Martinez R. New vision for the role of emergency medical services. *Am Emerg Med* November 1998;32:594-599.]

---

---

---

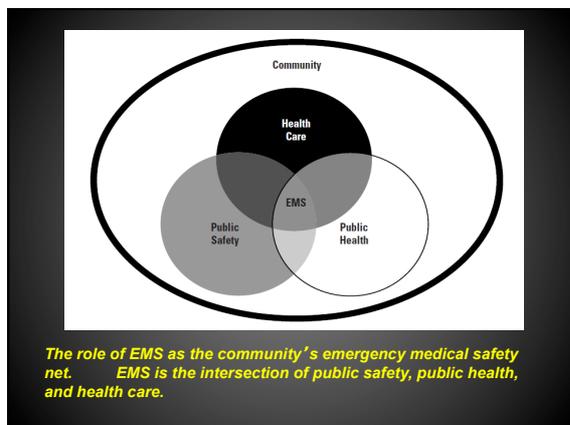
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

### PRONTO SOCCORSO GENERALE ED EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

- È richiesta una competenza pediatrica anche al medico del PS generale
- Nei DEA di I livello vanno studiate forme di collaborazione che riducano disagi legati a percorsi complessi e/o le situazioni di rischio
- Nei DEA di II livello, a maggiore concentrazione di casistica pediatrica, è necessario pensare ad un'autonomia nell'accettazione pediatrica

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---