

LA MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA...

TRA PASSATO E FUTURO

COM'ERAVAMO

- Negli Ospedali il Pronto Soccorso era gestiti dai medici dei reparti di degenza (internisti e chirurghi e non solo) che “scendevano” a fare una guardia in PS;
- Non esisteva una vera formazione in Medicina d'Urgenza;
- I rianimatori erano considerati gli unici competenti per l'emergenza-urgenza.





E SUL TERRITORIO??

Il territorio, era presidiato da organizzazioni locali su base cittadina o provinciale che faceva capo a centrali di ascolto in grado di connettersi ad uno o più ospedali di riferimento senza gerarchia organizzativa.

All'inizio degli anni '60 il livello assistenziale erogato dalle «ambulanze» era pressoché nullo (si provvedeva al trasporto e non a portare soccorso) .

PASSATO (NON TANTO REMOTO)...

- Fine Anni '60 (1968-1969): nel definire i requisiti degli ospedali si stabiliva che tutti gli Ospedali dovessero avere almeno un servizio di Accettazione e un servizio di Pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto, nonché i mezzi necessari alla diagnosi ed alla terapia di emergenza.
- Il PS doveva essere organizzato in modo da assicurare, attraverso il coordinamento con i servizi di anestesia/rianimazione e trasfusionali, nonché con le divisioni esistenti, l'efficienza polispecialistica, la continuità, la prontezza e la completezza delle prestazioni
- Nei primi anni '70 iniziano a nascere i primi Reparti di Accettazione Medica e Servizio di PS autonomi.
- In particolare a Modena è stato istituito uno dei primi Reparti autonomi di Accettazione Medica e Servizio di PS in Italia, nel 1973.

AVVICINIAMOCI UN PO'...

- A Bologna il 1° giugno 1990, in occasione dei mondiali di calcio, nasce il primo nucleo del 118 come numero telefonico unico di soccorso sanitario; due anni dopo in seguito al Decreto legge del 1992, furono costituite le centrali operative 118 in tutta Italia, sulla base delle innovazioni introdotte a Bologna.
- Nel 1992 il DPR del 27/03/1992 istituiva il Sistema per le Emergenze Sanitarie (Centrali Operative 118, Strutture Complesse di Medicina d'Urgenza e PS, DEA di I° e II° livello).
- Nel 1996: venivano emanate le LINEE GUIDA (1/96) SUL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA in applicazione del D.P.R. 27/3/1992.
- Negli anni successivi venivano istituite le OBI e le Aree Critiche

IL MIO RICORDO DI QUEGLI ANNI

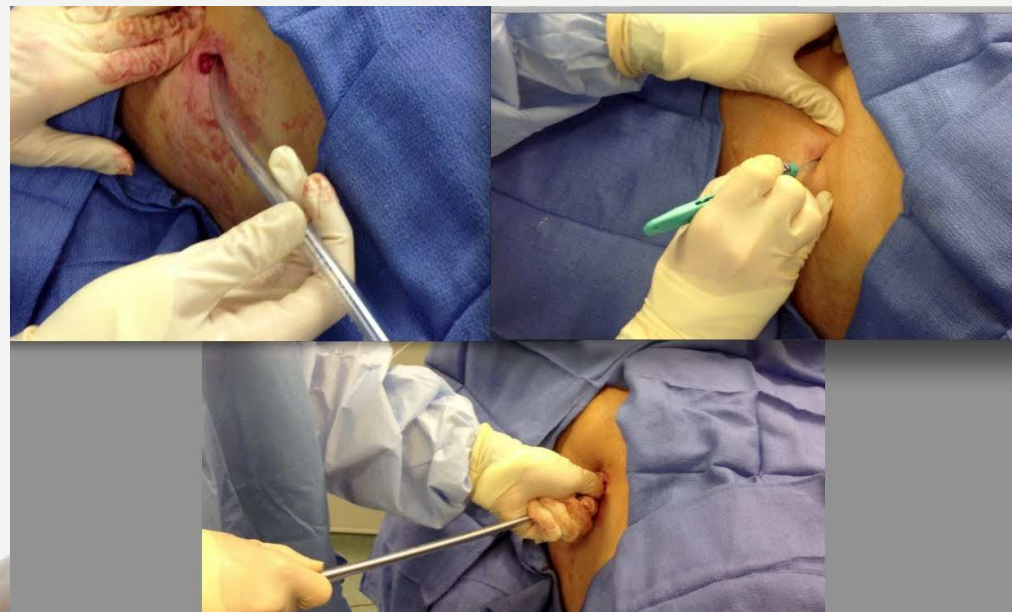
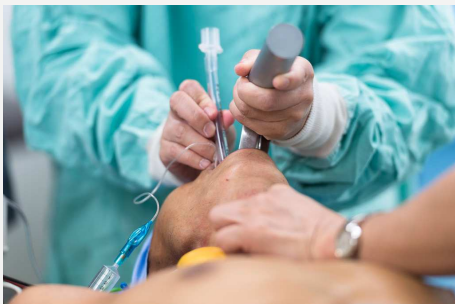
- La mia esperienza:
- 1989-1992 esercito Italiano.....la Guerra Del Golfo
- 1992 Sassuolo.....le ambulanze partono ancora dal PS.....il radiologo ? L'ortopedico ?
- 1992 Formigine.....il laboratorio ? L'infermiere ?
- 1993 Vignola.....l'anestesista amico
- 1994 Russi (Ravenna).....36 ore di guardia
- 1994 Policlinico.....il rientro a casa
- 1996 la ridenominazione del reparto in Medicina d'Urgenza e PS.

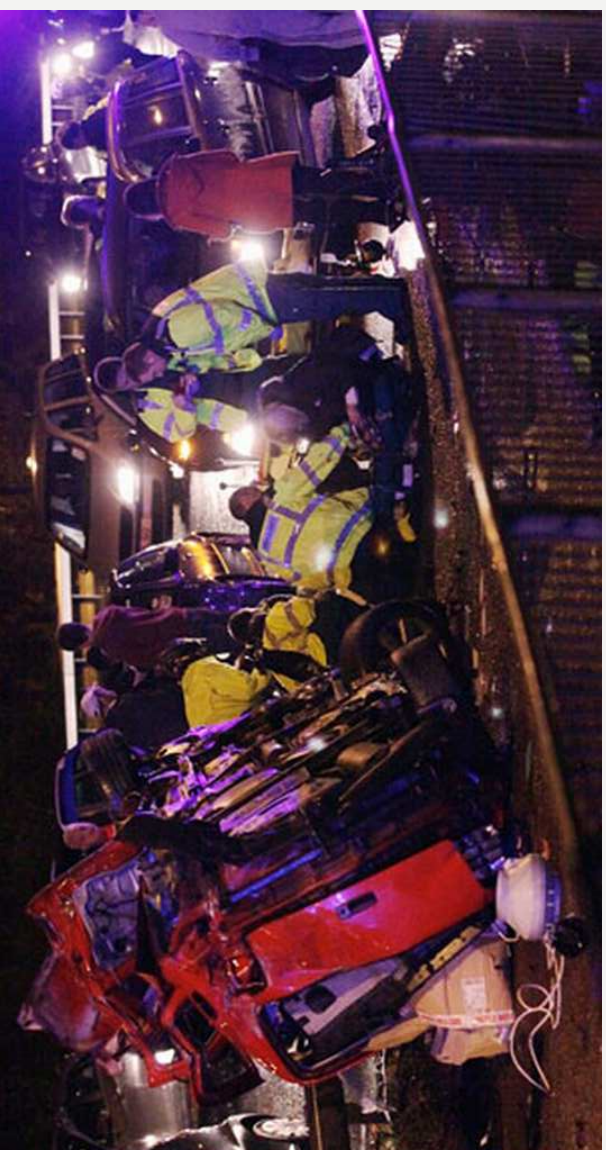
E ADESSO COSA SIAMO IN GRADO DI FARE?

Grazie alle competenze acquisite nella formazione, all'innovazione tecnologica e scientifica e alla possibilità di formarsi in maniera più approfondita si è riusciti ad acquisire un ruolo sempre più definito nella gestione del paziente acuto sia in ambito intra-ospedaliero che extra-ospedaliero:

- IL TRIAGE: i codici colore, la professionalità degli infermieri
- LE PROCEDURE SALVAVITA
- LA NIMV
- LE TECNOLOGIE DISPONIBILI:
- TAC,
- ECOGRAFIA,
- CONSULENTI,
- ETC.

GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRA OSPEDALIERE







**E NEL RESTO
DEL
MONDO???**

MODELLO ANGLO-AMERICANO

- Nel modello anglo-americano ("brings the patient to the hospital") i pazienti vengono portati nei PS ospedalieri in modo che possa essere fornito il più alto livello di cura.
- La Medicina di Emergenza inizia in ambito pre-ospedaliero, dove la cura di emergenza è iniziata da professionisti dell'emergenza (ad esempio, tecnici o paramedici medici di emergenza), e continua nel Dipartimento di Emergenza dove i medici di emergenza forniscono tutte le cure di emergenza possibili.
- Paesi con questo sistema di cura sono l'Australia, il Canada, la Cina, Hong Kong, Irlanda, Israele, Giappone, Nuova Zelanda, Filippine, Corea del Sud, Taiwan, Regno Unito e Stati Uniti.

MODELLO FRANCO-TEDESCO

- La Medicina d'emergenza urgenza è praticata quasi esclusivamente in ambito pre-ospedaliero, dove i medici (di solito anestesisti) forniscono cure avanzate; i pazienti vengono gestiti sul campo e direttamente indirizzati ai servizi specialistici ospedalieri (sistema “stay and play”)
- In questo modello, la medicina di emergenza non è una specialità riconosciuta ufficialmente e di solito è gestita dagli anestesisti/rianimatori.
- I paesi con questo sistema di cura di emergenza sono Austria, Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Lettonia, Norvegia, Polonia, Portogallo, Russia, Slovenia, Svezia, e Svizzera
- In Italia il Modello è un mix dei due sistemi precedentemente illustrati:

A decorative wavy line in yellow and white on the left side of the image.

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA D'EMERGENZA- URGENZA

SIMEU E LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

- Fu tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 che in Italia si iniziò a parlare di Medicina d'urgenza non solo come sub-specializzazione della Medicina Interna; inizia a diffondersi la cultura della Medicina d'urgenza.
- Su questa scia nel 2000 viene fondata la SIMEU (che univa definitivamente le varie Società Scientifiche già esistenti, SIMPS ed ANMU, già federate in FIMUPS).
- Nello statuto della SIMEU, tra le altre cose, figurava come obiettivo quello di “promuovere e favorire l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza...”.
- Il riconoscimento ministeriale della disciplina avviene nel 2006, ma solo nel 2008 viene istituita la Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza Urgenza, avviata nel 2009 in 23 sedi italiane tra cui l'Università di Modena e Reggio Emilia.

“Cari Colleghi, la Scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza è finalmente una realtà già dall'Anno Accademico 2008/2009!!!”

Il presidente Anna Maria Ferrari

3 aprile 2009

OBBIETTIVI FORMATIVI

PRESENTI NEL DECRETO MINISTERIALE CHE ISTITUISCE LA SCUOLA

- Acquisire un background internistico (capacità di raccolta dati/visione «olistica» del paziente/conoscenza della fisiopatologia/capacità di sintesi clinica) necessario nella fase diagnostica **CON PARTICOLARE RIGUARDO ALL'EMERGENZA URGENZA** ;
- Saper applicare queste conoscenze imparando a individuare e gestire i problemi principali e «più urgenti» del paziente;
- Scegliere il percorso più corretto per il paziente (non solo per quanto riguarda l'iter diagnostico-terapeutico ma anche per quanto riguarda la scelta tra dimissione o ricovero);
- Acquisire determinate technical skills e competenze specialistiche.

TECHNICAL SKILLS

- Gestione avanzata del paziente in arresto cardiaco/peri-arresto sia sull'adulto che sul bambino: Advanced Life Support (ALS), l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS), Pediatric Advanced Life Support (PALS);
- Gestione del paziente in shock;
- Gestione del paziente traumatizzato -Advanced Trauma Life Support (ATLS);
- Uso dell'ecografia, (che in un recente passato era ancora considerata competenza esclusiva del radiologo) oggi è oggi ormai considerata come «un'appendice del fonendoscopio» (eco-pocus/FAST);
- Reperimento di accessi vascolari periferici e centrali (di nuovo con l'utilizzo della guida ecografica);
- Gestione delle vie aeree (uso dell'ossigeno terapia, dell'ossigeno ad alti flussi, della NIMV e gestione avanzata delle vie aeree con posizionamento di tubo endotracheale);
- Sedo-analgesia;
- Medicina palliativa;
- Medicina delle catastrofi.

LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE U.N.I.M.O.R.E

LA RETE FORMATIVA

- **I anno**: formazione nei reparti di Medicina Interna Area critica (con le rispettive aree di sub-intensiva) presso il Policlinico e l'OCSAE di Baggiovara (periodo questo necessario ad apprendere e consolidare le competenze internistiche del futuro MEU)
- **II anno**: prima esperienza di PS e Medicina d'Urgenza in un DEA di 2 livello (OCSAE di Baggiovara e AOSP S. Maria Nuova di Reggio Emilia) con possibilità di frequentare il servizio di Emergenza Territoriale – I 18 accreditato.
- **III anno**: esperienza nei PS Spoke della Provincia + formazione presso i vari pronto soccorsi Specialistici (ORL/Ginecologico/Ortopedico/Oculistico/Pediatrico/Chirurgia della mano) + frequenza presso UTIC/UTIR/Stroke unit/Sale operatorie etc. (con lo scopo di approfondire le competenze interdisciplinari)
- **IV-V anno** suddivisi tra PS presso DEA di 2 livello (anche al di fuori della rete formativa), reparti di Anestesia e Rianimazione e I 18 con possibilità di periodi all'estero (Chicago/Francia/Spagna/Progetti di Medicina umanitaria etc.) e possibilità all'ultimo anno di personalizzare il percorso formativo dello specializzando.

NUMBER OF WEEKS PER SUBJECT

YEAR ONE

Emergency Medicine - 12

Pediatric EM - 8

Medical ICU - 4

Surgical ICU - 4

Trauma - 4

Anesthesia - 4

EMS/Ultrasound - 4

OB/GYN - 4

YEAR TWO

Emergency Medicine - 24

Pediatric EM - 4

Trauma - 4

Pediatric ICU - 4

Surgical ICU - 4

Medical ICU - 4

Radiology/Orthopedics - 4

Infectious Disease - 4

YEAR THREE

Emergency Medicine - 32

Medical ICU - 4

Toxicology - 4

Administration - 4

Elective - 4

LA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN AMERICA: LE DIFFERENZE

Durata inferiore (tre anni a fronte dei cinque anni della scuola italiana).

Assenza del periodo formativo In Medicina Interna.

Molto importanza viene data alla parte pratica e procedurale (varie ore settimanali sono dedicate a sessioni pratiche presso i centri di simulazione).

Maggior rotazione all'interno dell'ospedale in vari reparti.

MA NON SOLO...

- Partecipazione ai corsi formativi di BLSD, ALS/ACLS, ATLS ed PALS/EPALS organizzati ciclicamente dalla Scuola (con lo scopo di favorire l'inserimento del futuro specialista presso i DEA della regione Emilia-Romagna);
- Lezioni frontali da parte di docenti e medici specialisti;
- Partecipazione a simulazioni presso i centri di Simulazione FASIM e SIMAMO;
- Corsi pratici di ecografia/gestione delle vie aeree/reperimento accessi vascolari/interpretazione ECG etc;
- Attività di ricerca con la possibilità di pubblicare su riviste nazionali (Italia Journal of Emergency Medicine) e internazionali (Journal of Vascular Access) e partecipare a congressi nazionali (SIMEU e FADOI) e internazionali (EuSEM);
- Educazione peer-to-peer;

PRESIDENTE DEL CONGRESSO: Geminiano Bandiera

PRESIDENTI ONORARI: M. Pazzaglia, A. M. Ferrari, A. Magnacavallo

SEGRETARIA SCIENTIFICA:
Geminiano Bandiera - g.bandiera@aui.mo.it
Lucio Brugiotti - brugiotti.lucio@polclinico.mo.it
Rita Pappa Pazzaglia - pappaz@asui.mo.it
Rita Pazzaglia - pappaz@asui.mo.it

Com il patrocinio di:

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Assessorato Regionale Sanitario, Regione Emilia-Romagna

UNIMORE
Università di Modena e Reggio Emilia

Regione Emilia-Romagna
Assessorato Regionale Sanitario, Regione Emilia-Romagna

IL LINGUAGGIO DELL'EMERGENZA-URGENZA IN EMILIA ROMAGNA
trending topics tra attualità e prospettive
Congresso Regionale SIMEU Emilia Romagna
Sabato 13 ottobre 2018
Ore 8.30 - 13.30
Aula Magna - Centro Servizi
Università di Modena e Reggio Emilia
Via del Pozzo 71
Modena

QUOTE D'ISCRIZIONE:
Medico non soci SIMEU 60 euro* - Infermieri non soci SIMEU 30 euro*
Soci SIMEU gratis - Medici ed Infermieri under 35 anni gratis
(TVA inclusa)

MODALITÀ D'ISCRIZIONE: Le iscrizioni sono a numero chiuso. È necessario iscriversi on line sul sito internet <http://www.simeu.it> nella sezione Corsi. L'iscrizione deve essere confermata convalidata automaticamente, la Segreteria SIMEU provvederà a inviare il biglietto d'ingresso e il badge di identificazione. I posti disponibili, in caso di iscrizioni straordinarie, sono limitati e potrebbero esaurirsi.

SIMEU - SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA
Segreteria Nazionale
Via Simeu 1 - 41013 Modena (MO) - Tel. 02 87077483 - Fax 02 89667799
E-mail: simeu@pec.simeu.org Tel. 02 87077483 - Fax 02 89667799

ECM
La partecipazione al convegno è rivolta a Medici ed Infermieri di Pronto Soccorso, Medicina d'Emergenza, Medicina d'Urgenza, Medicina del Soccorso. Provider ECM è l'AOU di Modena - E-mail: infoecm@polclinico.mo.it

