

La Legge 41/2016. Le valutazioni metodologiche delle Istituzioni, del medico e del mondo forense. I risvolti sulla professione



SIGNIFICATO E LIMITI DELL'ATTESTAZIONE PROGNOSTICA NELLA REFERTAZIONE DEL PS.

Gianni Rastelli

Direttore U.O.C. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Ospedale di Vaio (Fidenza) – AUSL di Parma

Gianfranco Cervellin

Direttore U.O.C. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Ospedale di Parma – AOU di Parma

Sabato 17 giugno 2017





Sovraffollamento in Pronto Soccorso

Analisi del fenomeno e proposte di gestione

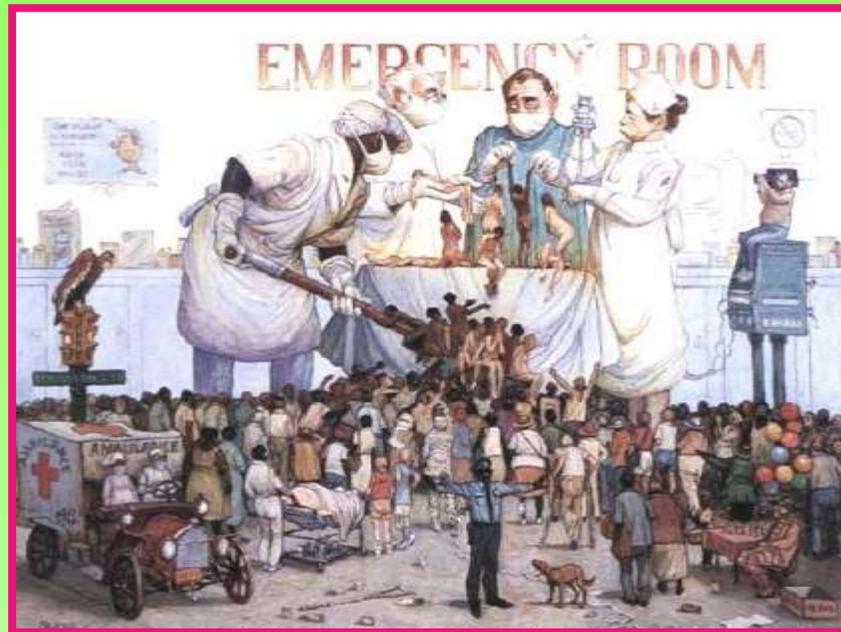
Gianni Rastelli, Mario Cavazza*, Gianfranco Cervellin**

UO di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza e della Diagnostica, Ospedale di Fidenza-S. Secondo;
Azienda USL di Parma

*UO di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, Dipartimento di Emergenza/Urgenza, Chirurgia generale e dei Trapianti;
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

**UO di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza-Urgenza; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma





TAB. 2

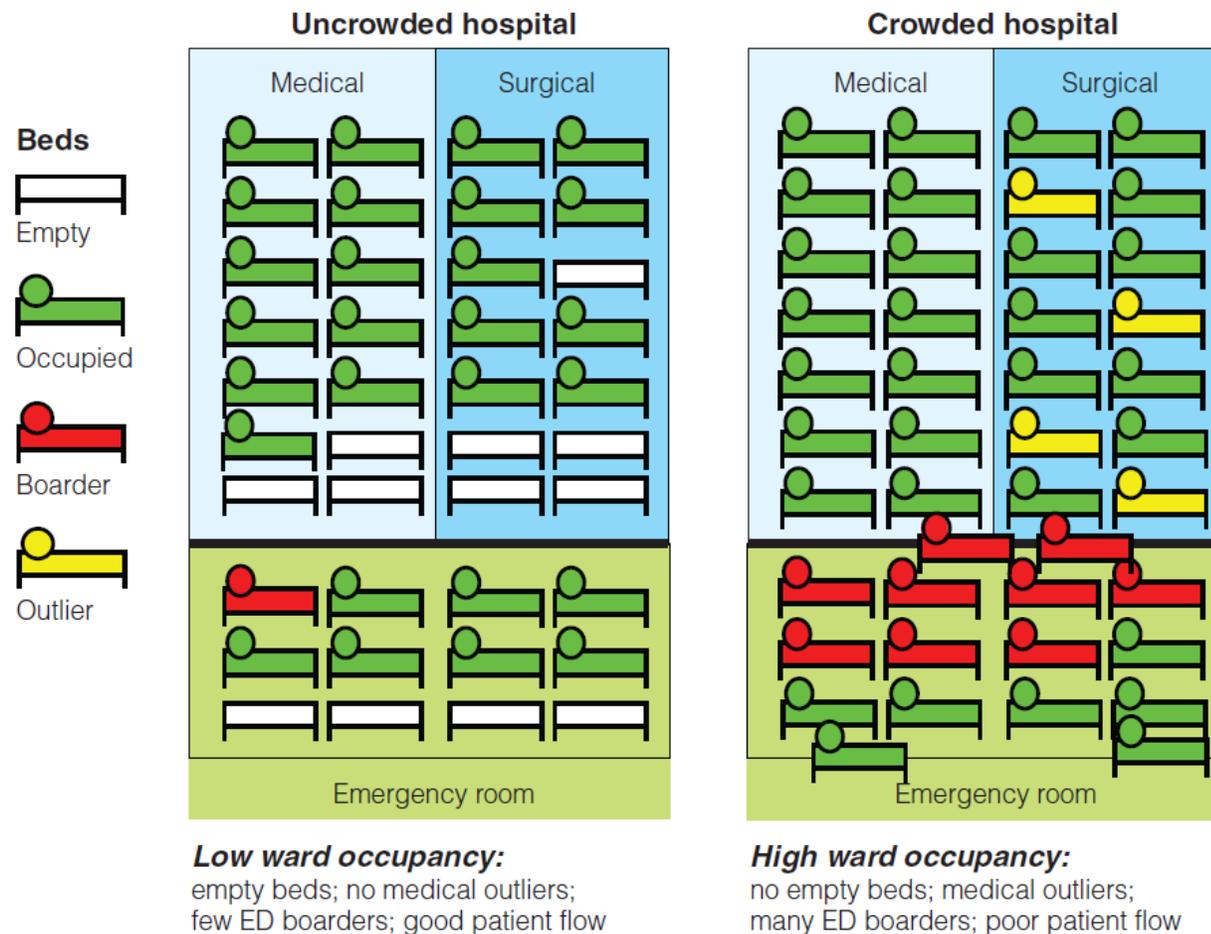
Principali cause di sovraffollamento.

Fattori condizionanti l' <i>input</i>	Fattori condizionanti il <i>throughput</i>	Fattori condizionanti l' <i>output</i>
Visite non urgenti	Organico inadeguato	Sovraccarico di pazienti ricoverati
Visitatori frequenti (frequent flyers)	Ritardi dei servizi di supporto	Ritardi delle dimissioni
Epidemiologia (es., influenza)	diagnostico	Riduzione dei posti letto

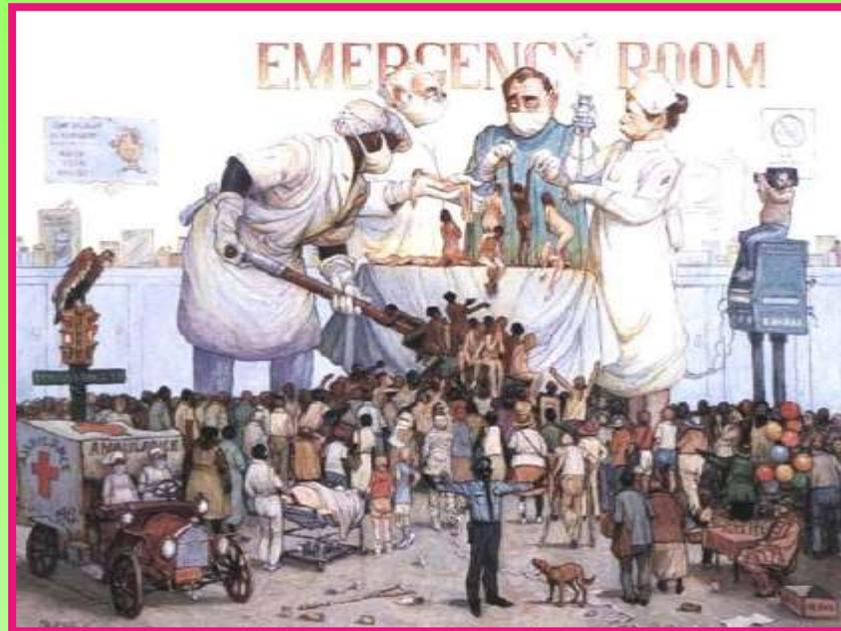
Modificata da rif. bibliografico 1.

The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments

1 Hospital crowding states



ED = emergency department. Boarders = patients waiting for an inpatient bed. Outliers = patients unable to be admitted to the "correct" ward (eg, medical patients on surgical wards). ◆



TAB. 3

Principali conseguenze del *crowding*.

<i>Outcomes</i> avversi	Qualità ridotta	Difficoltà di accesso	Perdite per l'ospedale	Conseguenze per lo staff
Incremento eventi avversi	Ritardi nei trattamenti	Aumento abbandoni	Aumento eventi sentinella	Episodi di violenza
Ridotta soddisfazione dell'utenza	Ritardi nei trasferimenti	Dirottamento ambulanze	Aumento del contenzioso legale	Ridotta gratificazione Incremento del <i>burn-out</i>

Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population

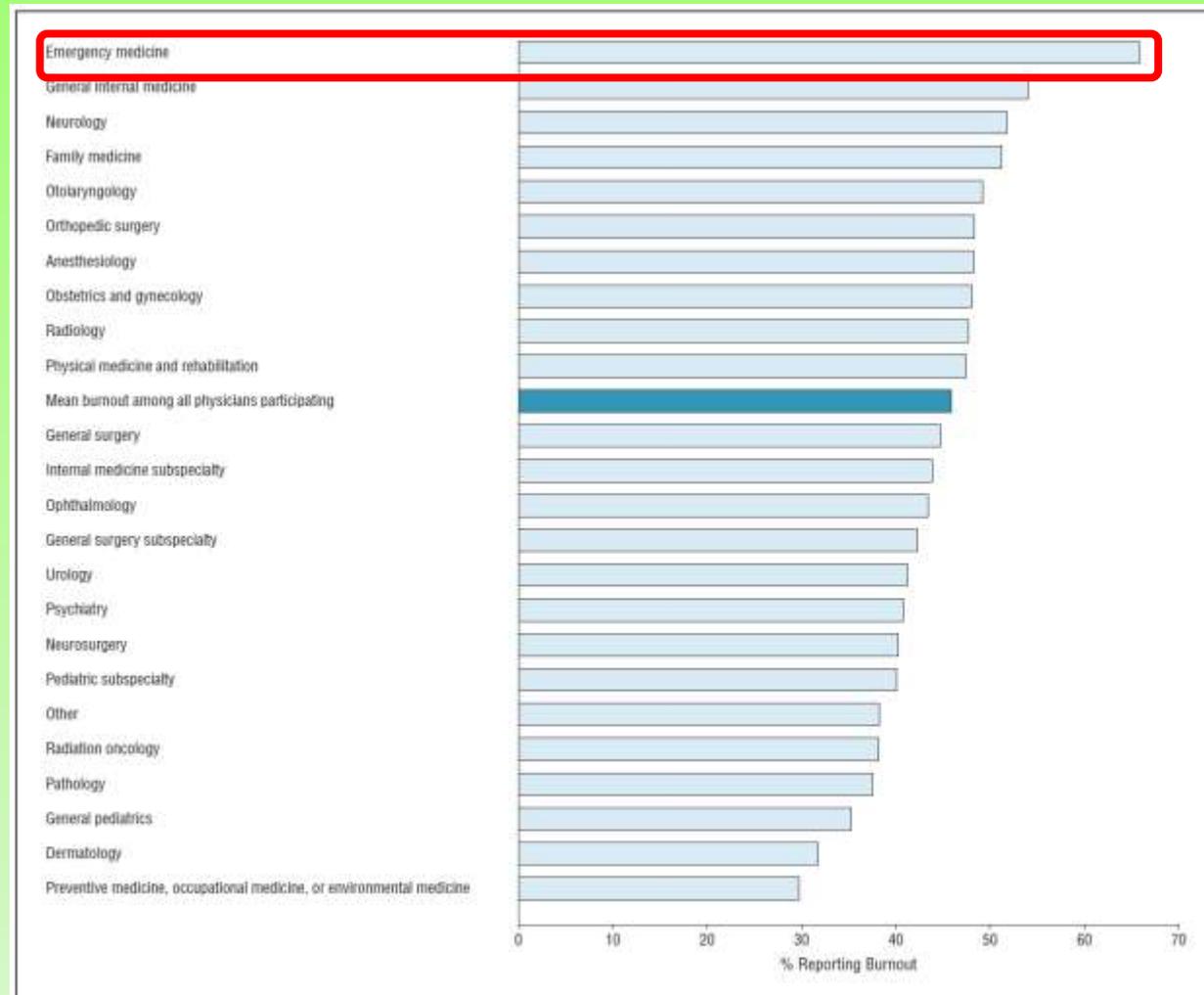
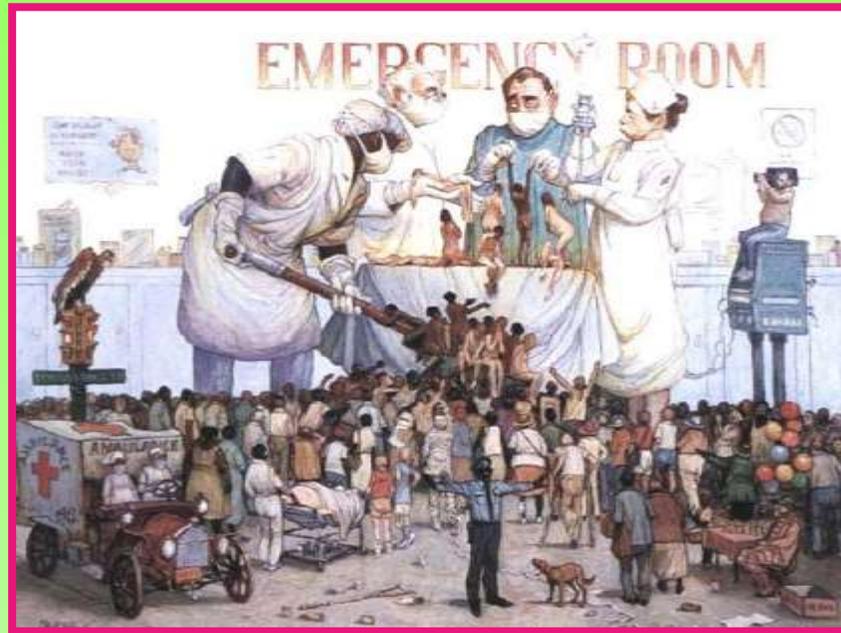


Figure 1. Burnout by specialty.

Compared with a probability-based sample of 3442 working US adults, physicians were more likely to have symptoms of burnout (37.9% vs 27.8%) and to be dissatisfied with worklife balance (40.2% vs 23.2%) ($P.001$ for both).

Conclusions:
Burnout is more common among physicians than among other US workers.
Physicians in specialties at the front line of care access seem to be at greatest risk.



TAB. 4

Soluzioni proposte per il *crowding*.

Incremento delle risorse	Gestione delle richieste	Ricerca operativa
Personale aggiuntivo	Percorsi non urgenti	Misure di controllo dell'affollamento
Unità di Osservazione	Diversione delle ambulanze	Teoria sulla gestione delle code
Programmi di <i>bed management</i>	Controllo della destinazione	Ricoveri in Appoggio?!?
Unità di Dimissione		

Vi sono tre ambiti, temporali e spaziali, su cui intervenire:

1. **A monte del pronto soccorso:** rispondere ai bisogni necessari al di fuori dell'ospedale; ridurre pertanto l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso.
2. **All'interno del pronto soccorso:**.....
3. **A valle del pronto soccorso:**

1. Realizzare strutture territoriali che raggruppino un consistente numero di medici di base, ma che nel contempo siano dotate di una presenza infermieristica, siano in grado di effettuare alcuni esami, siano equipaggiate di strutture diagnostiche, siano connesse con l'ospedale al fine di trasmettere immagini, ecg e avere una refertazione e una consulenza.



3. A valle del pronto soccorso: assicurare un adeguato flusso verso i reparti di degenza per quei pazienti (che, a seconda della tipologia di PS oscillano fra il 15% e il 20% degli accessi) che necessitano di ricovero.

3. A valle del pronto soccorso è indispensabile far sì che il flusso dei pazienti sia continuo, con i necessari provvedimenti di riorganizzazione della attività di degenza, aggregando i pazienti in aree omogenee, per utilizzare al meglio le disponibilità di posti letto.

È quindi necessario che il flusso delle attività non si interrompa, di fatto, dal venerdì, ma che – almeno il sabato – sia giornata di “ordinarie dimissioni”.

Ciò vuol dire non solo **ripensare all’organizzazione** dei reparti di degenza, ma **anche al sistema esterno: case di cura convenzionate, trasporti in ambulanza, attivazione dell’assistenza domiciliare.**

Inoltre, se i reparti devono funzionare per accogliere i pazienti in urgenza e per effettuare una attività di high care, come è previsto negli ospedali dotati di pronto soccorso, è **indispensabile un potenziamento del sistema di cure intermedie**, in cui collocare quei pazienti che necessitano di un livello assistenziale inferiore, ma che non possono essere indirizzati direttamente a domicilio.

Lungodegenze, Case Protette,...



Se si interviene prevalentemente o solo, come si sta facendo, sul pronto soccorso:

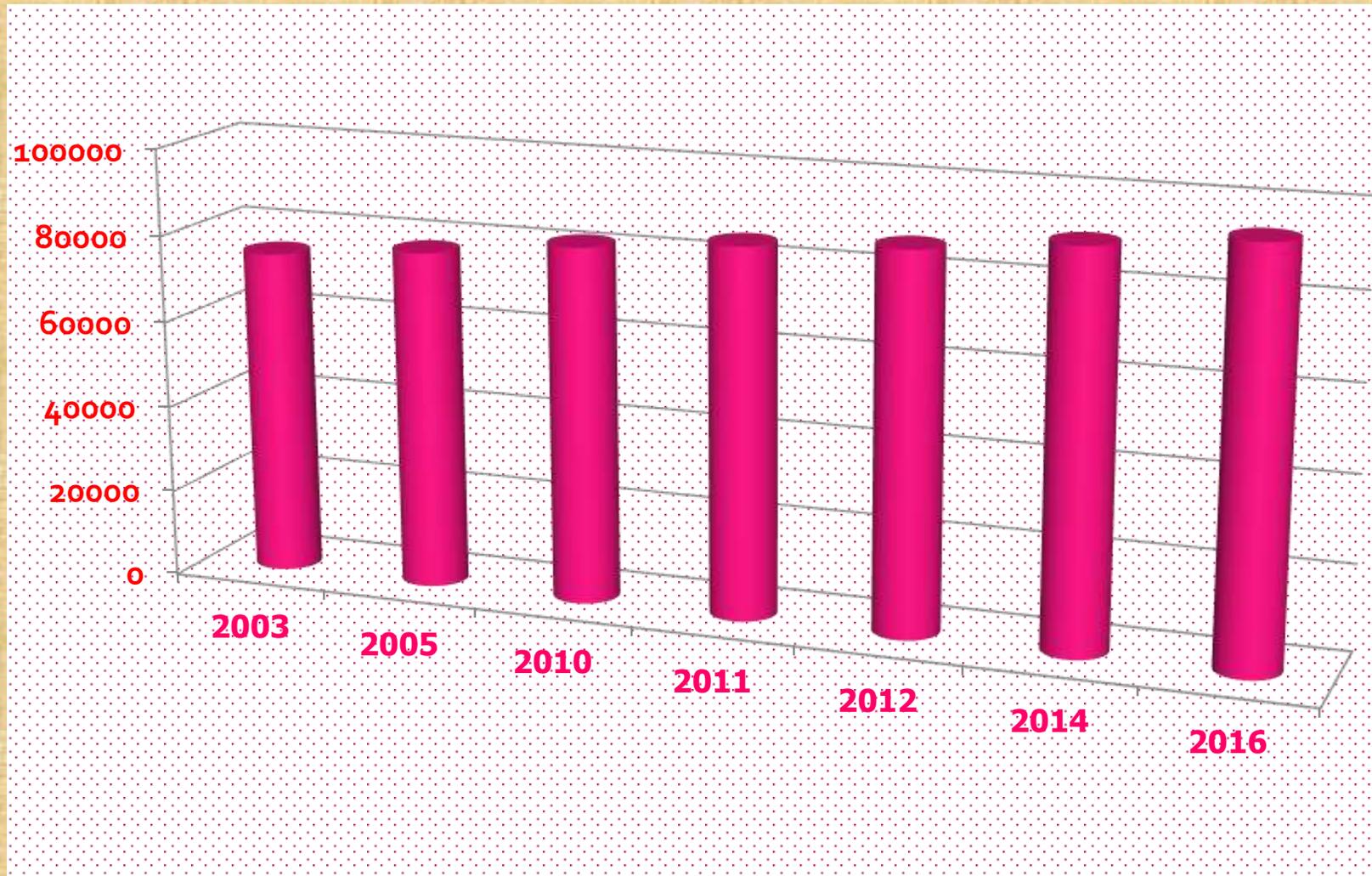
- si realizzeranno strutture adeguate dal punto di vista ambientale,
- si amplierà e ristrutturerà la diagnostica per immagini con un'area dedicata ai pazienti in urgenza,
- si attueranno sistemi efficienti di trattamento dei pazienti, con percorsi affidati agli infermieri per alcune patologie e piccoli traumi (il fast track è, ad esempio, un percorso che ha migliorato il flusso),

con la conseguenza che le prestazioni, erogate dal PS saranno più adeguate e attuate più celermente, **ma il collo di bottiglia, rappresentato dalla capacità di "assorbire" pazienti dai reparti resterà immodificato. I malati in attesa di ricovero resteranno per lungo tempo in barella ammassati in una area di osservazione, in realtà di stazionamento.**



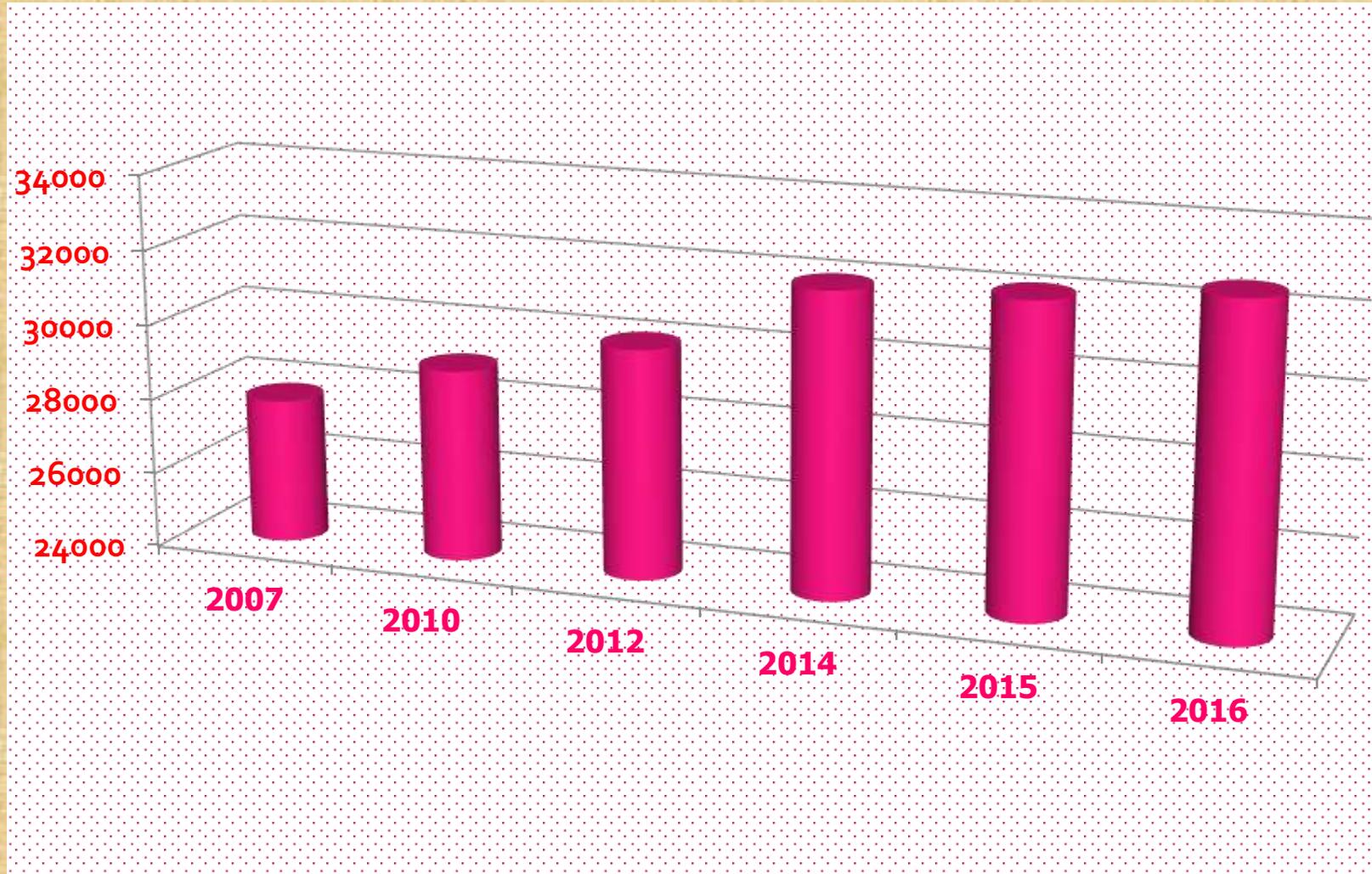
Contestualmente, non affrontando la situazione a monte, cioè l'offerta territoriale, si aumenteranno gli accessi ai pronto soccorso, reso ancora più attrattivo e funzionale (un "ospedale nell'ospedale"), unico luogo dotato di adeguate risorse per dare una qualche risposta

Accessi PS Parma



Contestualmente, non affrontando la situazione a monte, cioè l'offerta territoriale, si aumenteranno gli accessi ai pronto soccorso, reso ancora più attrattivo e funzionale (un "ospedale nell'ospedale"), unico luogo dotato di adeguate risorse per dare una qualche risposta.

Accessi PS Fidenza



Sovraffollamento in Pronto Soccorso

numero 2 • Giugno 2010

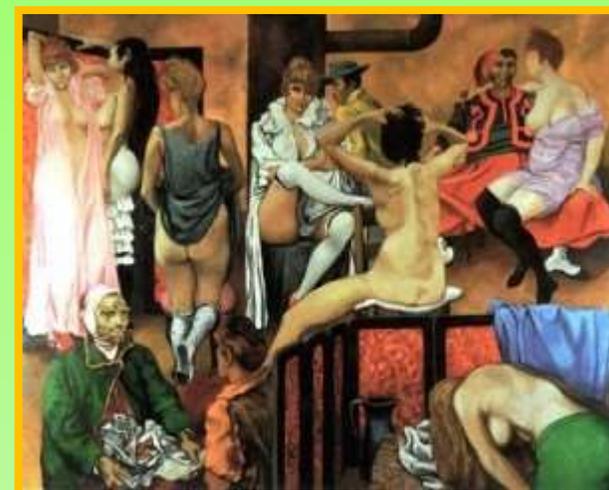
Analisi del fenomeno e proposte di gestione

Gianni Rastelli, Mario Cavazza*, Gianfranco Cervellin**

SOVRAFFOLLAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO - OVERCROWDING

La definizione che ne è stata data dall'American College of Emergency Physicians (ACEP) nel 2006 (3) è: *“crowding occurs when the identified need for emergency services exceeds available resources for patient care in the ED, hospital or both”*,

dall'ACEP 2008: l'affollamento dell'ED è *pericoloso e dannoso per utenti e operatori, non va considerato solamente un problema del dipartimento di emergenza ma è a tutti gli effetti un problema di tutto l'ospedale* e *“quando un PS è completamente gremito di pazienti presi in carico o in attesa non è più un PS ma è soltanto un'area di stazionamento”*.



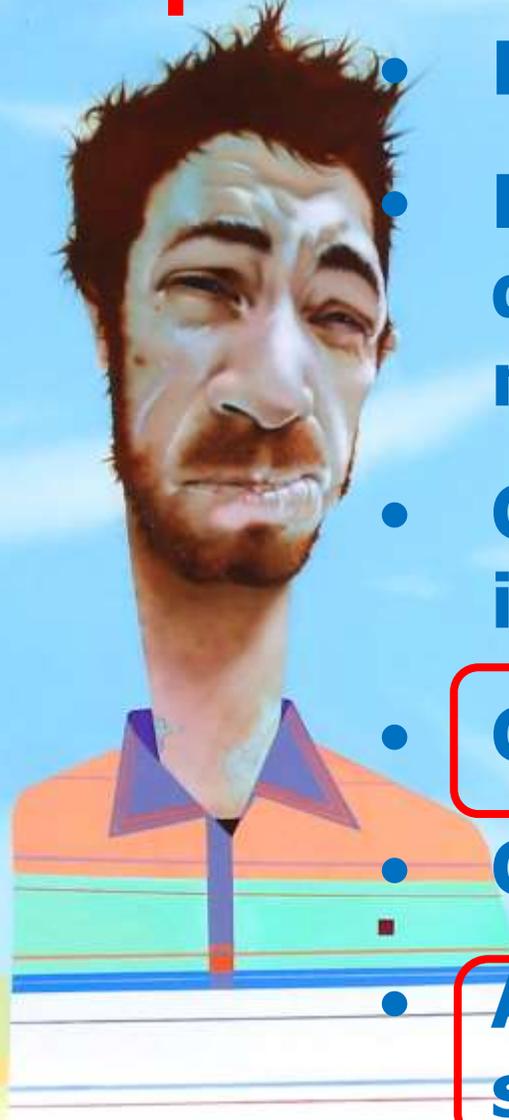
**Quando ritardiamo il raccolto i frutti marciscono, ma quando rimandiamo i problemi questi non smettono di crescere.
(Anonimo)**

Doveri del medico

- dovere di soccorrere
- dovere di operare per la salute
- dovere di documentare
- dovere di certificare il vero
- dovere di mantenere il segreto
- dovere di collaborare ai fini di giustizia

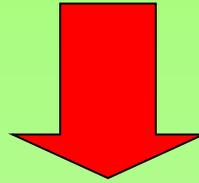


Oneri per il medico di PS



- Denuncia/referto
- Dichiarazione di morte e denuncia della causa di morte
- Certificazione di malattia infettiva
- **Certificazione INAIL**
- Certificazione INPS
- **Accertamenti codice della strada (art. 186-187)**

Ogni giorno in Italia si verificano
in media 598 incidenti stradali



13 MORTI
849 FERITI

218.963 INCIDENTI STRADALI
4.731 MORTI
310.739 FERITI

* Dati ISTAT relativi a Novembre 2008



GUERRA IN IRAQ:

***CIRCA 4.374 SOLDATI USA MORTI
E 30.182 FERITI DAL 2003 AL 2010***



***GUERRA IN AFGHANISTAN:
CIRCA 1368 SOLDATI USA MORTI
DAL 2001 AL 2014***

- ***DOVE ?***
- ***QUANDO ?***
 - ***CHI ?***
 - ***PERCHE' ?***
- ***QUALI CONSEGUENZE ?***

DOVE AVVENGONO GLI INCIDENTI?

	<i>INCIDENTI</i>	<i>MORTI</i>	<i>FERITI</i>
<i>STRADE URBANE</i>	168.088	2.076	228.325
<i>AUTOSTRADE</i>	12.372	452	20.631
<i>STRADE EXTRAURBANE</i>	38.503	2.203	61.783
TOTALE	218.963	4.731	310.739

COME DEFINIRE LA PERICOLOSITA' DEGLI INCIDENTI STRADALI?

TASSO DI MORTALITA'

Numero di decessi ogni 100 incidenti stradali

COME DEFINIRE LA PERICOLOSITA' DEGLI INCIDENTI STRADALI?

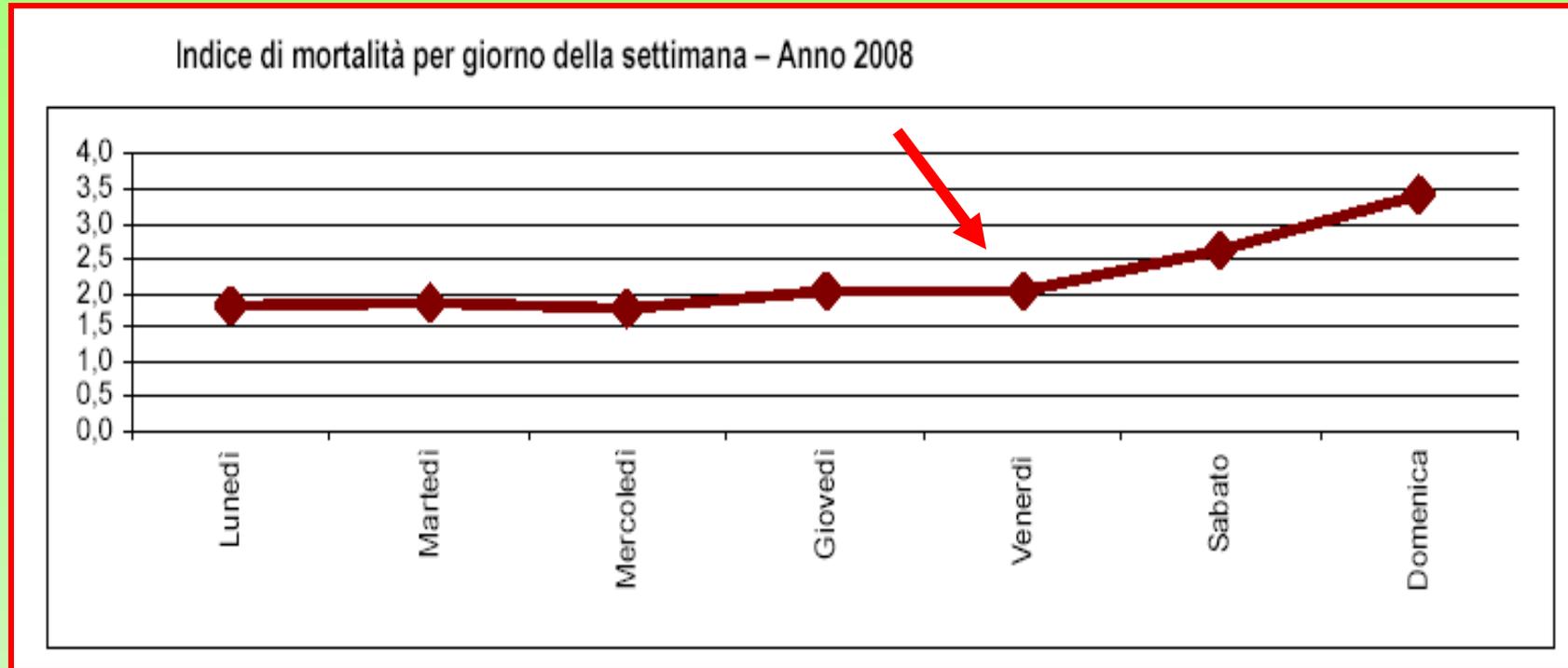
TASSO DI MORTALITA'

<i>STRADE URBANE</i>	1.2%
<i>AUTOSTRADE</i>	3.7%
<i>STRADE EXTRAURBANE</i>	5.7%
MEDIA	2.2%

QUANDO AVVENGONO GLI INCIDENTI?

GIORNI DELLA SETTIMANA	Valori assoluti		
	Incidenti	Morti	Feriti
Lunedì	31.629	569	43.867
Martedì	33.468	625	45.241
Mercoledì	33.141	586	44.758
Giovedì	32.374	651	44.169
Venerdì	33.914	683	47.037
Sabato	31.030	814	46.377
Domenica	23.407	803	39.290
Totale	218.963	4.731	310.739

QUANDO AVVENGONO GLI INCIDENTI?



QUALI LE FASCE D'ETA' PIU' COLPITE?

Prospetto 19 - Morti e feriti per sesso e classe di età – Anno 2008 (valori assoluti)

CLASSI DI ETA'	Morti			Feriti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 - 4	14	11	25	1.342	1.227	2.569
5 - 9	7	11	18	2.098	1.661	3.759
10 -14	31	12	43	3.622	2.473	6.095
15 -19	286	74	360	21.138	10.446	31.584
20 -24	361	79	440	23.993	13.589	37.582
25 -29	394	59	453	21.958	12.632	34.590
30 - 34	388	55	443	21.813	12.269	34.082
35 - 39	324	55	379	19.306	11.103	30.409
40 - 44	293	54	347	16.863	9.888	26.751
45 - 49	258	58	316	13.280	8.116	21.396
50 -54	200	47	247	10.396	6.274	16.670
55 -59	---	--	213	7.584	5.146	12.730
60 -64			200	6.133	4.121	10.254
65 -69			235	5.202	3.475	8.677
70 - 74			252	4.553	3.114	7.667
75 - 79			251	3.620	2.306	5.926
80 - 84			216	2.283	1.488	3.771
85 - 89	85	30	115	898	590	1.488
90 - 94	13	11	24	108	78	186
95 - 99	3	4	7	23	27	50
Imprecisata	99	48	147	7.666	6.837	14.503
Totale	3.766	965	4.731	193.879	116.860	310.739

***2.738 decessi su un
totale di 4.731 (57.9%)***

QUALI LE FASCE D'ETA' PIU' COLPITE?

Prospetto 19 - Morti e feriti per sesso e classe di età – Anno 2008 (valori assoluti)

CLASSI DI ETA'	Morti			Feriti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 - 4	14	11	25	1.342	1.227	2.569
5 - 9	7	11	18	2.098	1.661	3.759
10 -14	31	12	43	3.622	2.473	6.095
15 -19	286	74	360	21.138	10.446	31.584
20 -24	361	79	440	23.993	13.589	37.582
25 -29	394	59	453	21.958	12.632	34.590
30 - 34	388	55	443	21.813	12.269	34.082
35 - 39	324	55	379	19.306	11.103	30.409
40 - 44	293	54	347	16.863	9.888	26.751
45 - 49	258	58	316	13.280	8.116	21.396
50 -54	200	47	247	10.396	6.274	16.670
55 -59	174	39	213	7.844	4.742	12.586
60 -64	153	47	200	6.733	4.041	10.774
65 -69	189	46	235	8.000	4.837	12.837
70 - 74	170	82	252	7.113	4.211	11.324
75 - 79	174	77	251	6.866	4.041	10.907
80 - 84	150	66	216	5.837	3.375	9.212
85 - 89	85	30	115	3.375	1.964	5.339
90 - 94	13	11	24	866	500	1.366
95 - 99	3	4	7	266	150	416
Imprecisata	99	48	147	7.666	6.837	14.503
Totale	3.766	965	4.731	193.879	116.860	310.739

**216.394 feriti su un
totale di 310.739
(69.6%)**

QUALI SONO I VEICOLI PIU' FREQUENTEMENTE COINVOLTI?



QUALI SONO I VEICOLI PIU' FREQUENTEMENTE COINVOLTI?

Prospetto 20 – Veicoli coinvolti, morti e feriti per categoria di veicolo (a) – Anno 2008
(valori assoluti e composizioni percentuali)

CATEGORIA DI VEICOLO	Valori assoluti			Composizioni percentuali		
	Veicoli	Morti	Feriti	Veicoli	Morti	Feriti
Autovetture (b)	272.832	2.116	177.698	66,4	51,8	61,3
Autobus e tram	3.516	13	2.314	0,9	0,3	0,8
Autocarri e motocarri	29.913	252	10.859	7,3	6,2	3,7
Velocipedi	15.636	288	14.533	3,8	7,1	5,0
Ciclomotori	28.665	294	28.216	7,0	7,2	9,7
Motocicli	55.320	1.086	55.086	13,5	26,6	19,0
Altri veicoli	5.278	34	1.393	1,3	0,8	0,5
Totale	411.160	4.083	290.099	100,0	100,0	100,0

86.9% dei veicoli coinvolti

QUALI SONO I VEICOLI PIU' FREQUENTEMENTE COINVOLTI?

Prospetto 20 – Veicoli coinvolti, morti e feriti per categoria di veicolo (a) – Anno 2008
(valori assoluti e composizioni percentuali)

CATEGORIA DI VEICOLO	Valori assoluti			Composizioni percentuali		
	Veicoli	Morti	Feriti	Veicoli	Morti	Feriti
Autovetture (b)	272.832	2.116	177.698	66,4	51,8	61,3
Autobus e tram	3.516	13	2.314	0,9	0,3	0,8
Autocarri e motocarri	29.913	252	10.859	7,3	6,2	3,7
Velocipedi	15.636	288	14.533	3,8	7,1	5,0
Ciclomotori	28.665	294	28.216	7,0	7,2	9,7
Motocicli	55.320	1.086	55.086	13,5	26,6	19,0
Altri veicoli	5.278	34	1.393	1,3	0,8	0,5
Totale	411.160	4.083	290.099	100,0	100,0	100,0

85.6% dei decessi

QUALI SONO I VEICOLI PIU' FREQUENTEMENTE COINVOLTI?

Prospetto 20 – Veicoli coinvolti, morti e feriti per categoria di veicolo (a) – Anno 2008

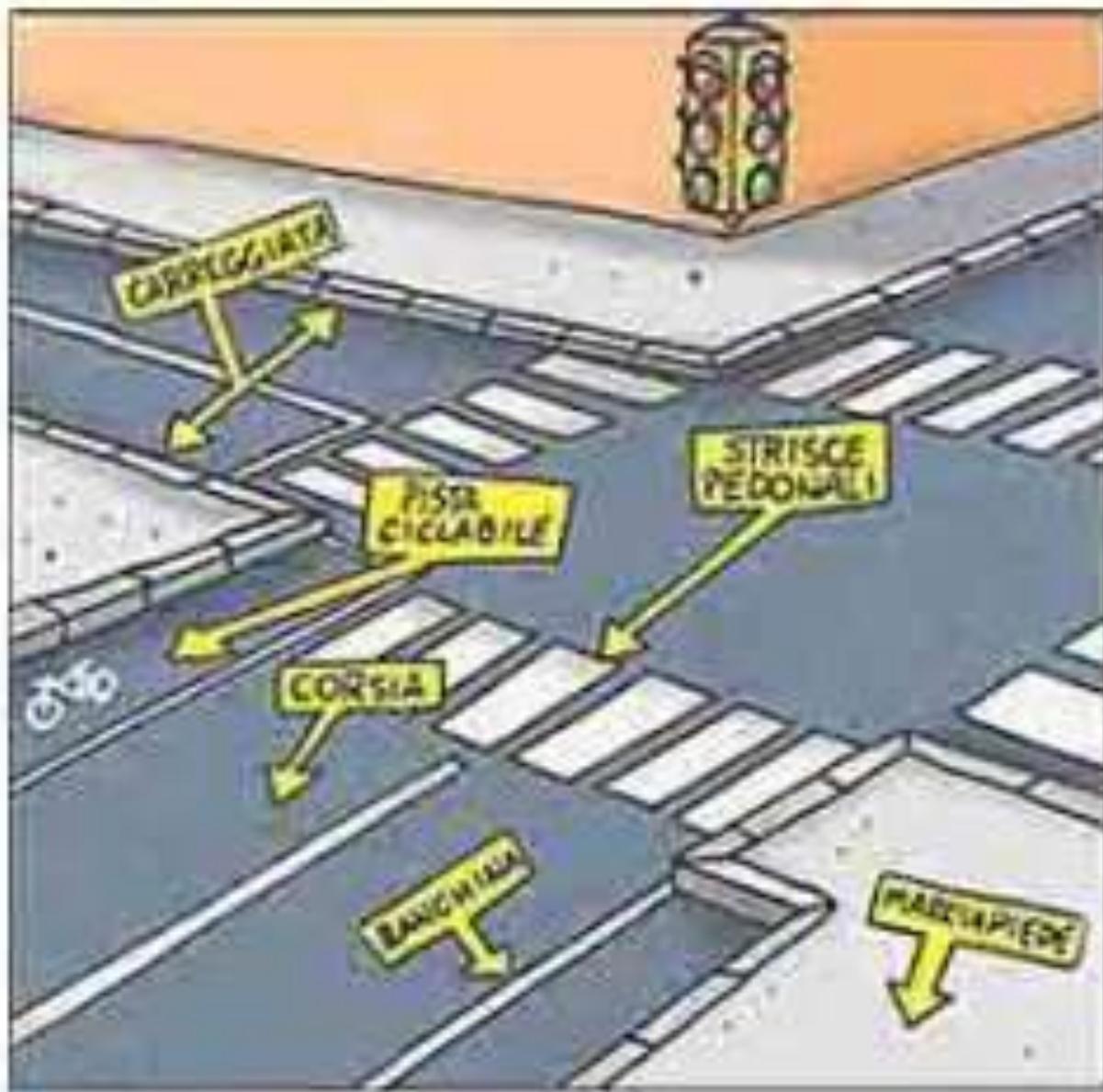
(valori assoluti e composizioni percentuali)

CATEGORIA DI VEICOLO	Valori assoluti			Composizioni percentuali		
	Veicoli	Morti	Feriti	Veicoli	Morti	Feriti
Autovetture (b)	272.832	2.116	177.698	66,4	51,8	61,3
Autobus e tram	3.516	13	2.314	0,9	0,3	0,8
Autocarri e motocarri	29.913	252	10.859	7,3	6,2	3,7
Velocipedi	15.636	288	14.533	3,8	7,1	5,0
Ciclomotori	28.665	294	28.216	7,0	7,2	9,7
Motocicli	55.320	1.086	55.086	13,5	26,6	19,0
Altri veicoli	5.278	34	1.393	1,3	0,8	0,5
Totale	411.160	4.083	290.099	100,0	100,0	100,0

90% dei feriti

PERCHE' AVVENGONO GLI INCIDENTI?

1° Lezione ^{gratis} di GUIDA SICURA:
SEGUI LE NORME!
LA CINTURA! IL CASCO! I LIMITI
precedenza alla vita





PERCHE' AVVENGONO GLI INCIDENTI?



Birra

Bicchiere 330 ml

4,5°

oppure



Vino

Bicchiere 125 ml

12°

oppure



Aperitivo

Bicchiere 80 ml

18°

oppure



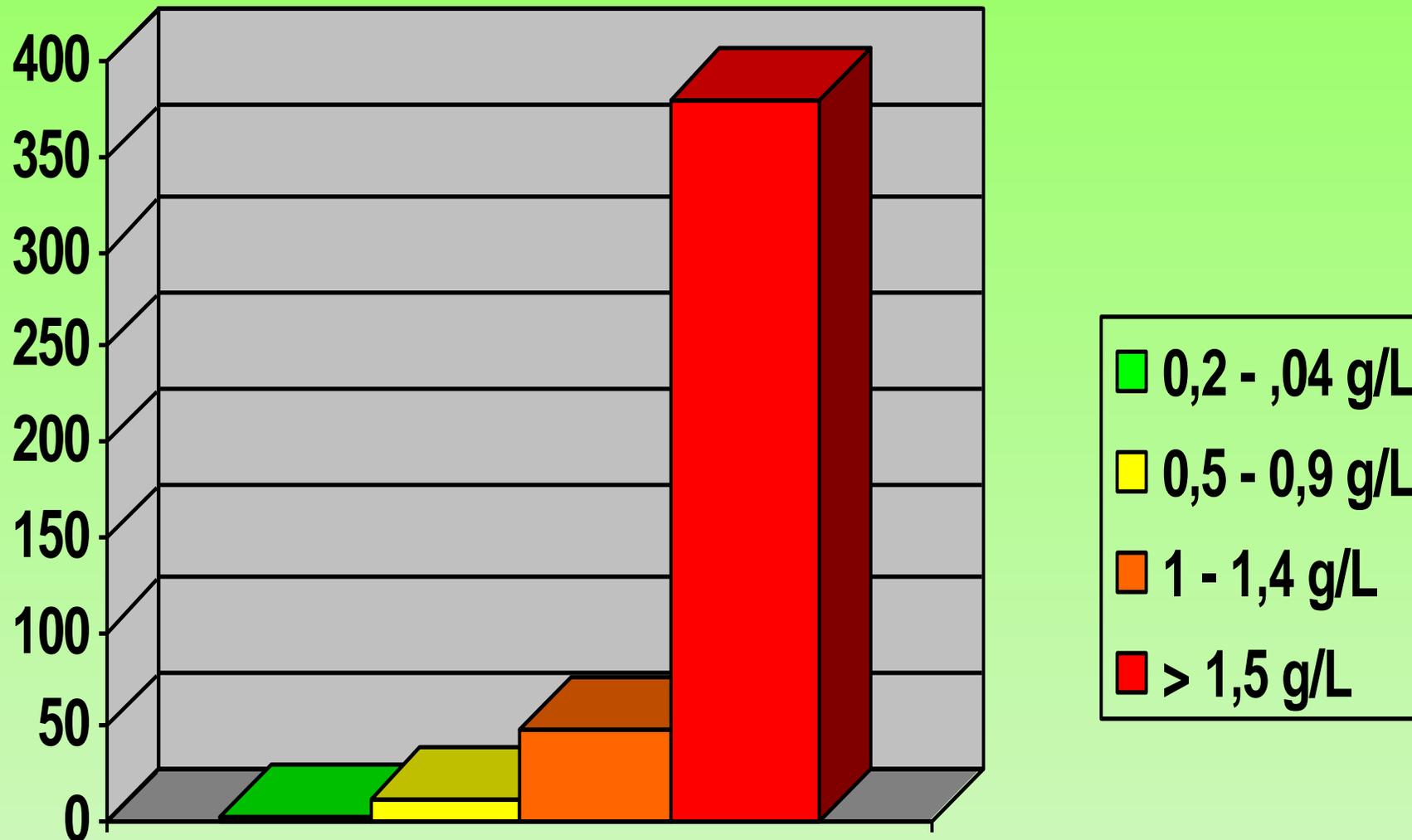
Super alcolico

Bicchiere 40 ml

36°

II

12 grammi di alcol



Rischio di sinistro (dato pari a 1 il rischio del soggetto sobrio)

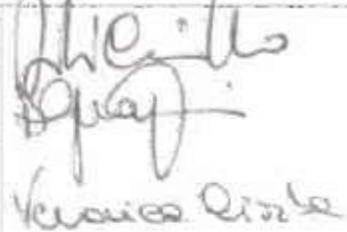
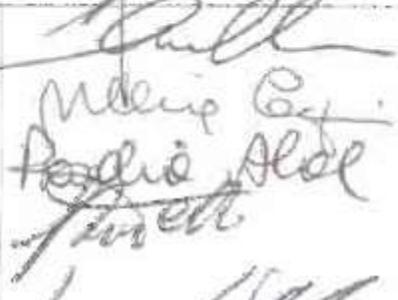
PERCHE' AVVENGONO GLI INCIDENTI

Droghe d'abuso



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</p>	<p>PROCEDURA PER GLI ACCERTAMENTI RICHIESTI, EX ARTT. 186 E 187 D.Lgs N. 285/92, DAGLI ORGANI DI POLIZIA STRADALE (alcolemia e ricerca di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei liquidi biologici)</p>	<p>PROCEDURA INTERAZIENDALE P001AOU/PR/ASL/PR</p>
---	---	--

REDAZIONE, APPROVAZIONE, AUTORIZZAZIONE, EMISSIONE

<p>REDAZIONE</p>	<p>Dott. Dante di Camillo – Responsabile Settore Medico Legale, Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Dott.ssa Daniela Guarengi – Settore Medico Legale, Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Dott.ssa Veronica Ciorba – Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva, Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</p>	
<p>APPROVAZIONE</p>	<p>Dott. Gianfranco Cervellini – Direttore U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Dott.ssa Maria Luisa Caspani – Direttore U.O. 1° Anestesia e Rianimazione – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Dott.ssa Rosalia Aloe – Direttore I.F. U.O. Diagnostica Ematochimica – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Dott. Gianni Rastelli – Direttore U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza – Ospedale di Fidenza – Presidio Ospedaliero Aziendale USL</p>	

Accertamenti sanitari ai sensi degli Artt. 186 e 187 del Codice della Strada

Intestazione Comando di appartenenza, numero di telefono e indirizzo e-mail:

Azienda Ospedaliera di Parma

- PRONTO SOCCORSO Tel: 0521.703084 e-mail: accettazioneprontosoccorso@ao.pr.it
 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE Tel: 0521.703064-5 e-mail: salaurgenzerianima@ao.pr.it

Azienda USL di Parma Ospedale di Fidenza

- PRONTO SOCCORSO Tel: 0524.515218 e-mail: allertafigenza@ausl.pr.it
 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE Tel: 0524.515238

Azienda USL di Parma Ospedale di Borgotaro

- PUNTO PRIMO INTERVENTO Tel: 0525.970216 e-mail: ppioborgotaro@ausl.pr.it

Oggetto: Richiesta di accertamenti urgenti sulla persona (ai sensi dell'art. 354 C.p.p.)

Accertamenti sanitari ai sensi degli artt. 186 (guida sotto l'influenza dell'alcol) e 187 (guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada (D.Lgs 30.4.92 nr. 285) operati a carico di:

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
 _____ il _____ residente a _____ indirizzo _____
 _____; PATENTE di GUIDA Cat. ___ nr. _____ ril.da _____
 _____ il _____, a seguito di incidente stradale occorso alle ore _____ del _____ in _____.

Qualora non sia stato possibile identificare compiutamente il soggetto, indicare quando possibile: sesso _____ età apparente anni _____; altro _____.

Si prega, pertanto, di voler sottoporre la persona ad accertamenti clinici per valutarne le condizioni psicofisiche; si chiede, inoltre, di eseguire il prelievo di liquidi biologici (sangue ed urina), utilizzando, per la verbalizzazione di visita e prelievo la scheda riportata sul retro della presente.

Copia del presente atto viene rilasciata al medico di turno incaricato del prelievo.

 Ufficiale o Agente di P.G.

 Addetto Sala Radio

 Il Medico

CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO

Il sottoscritto _____ reso edotto circa le conseguenze penali di un eventuale rifiuto di sottoporsi all'accertamento (Artt. 186/7 e 187/8 C.d.S.*) esprime il proprio:

- consenso**
 dissenso ad essere sottoposto a visita medica ed al prelievo di campioni biologici (sangue e urina).
 incapacità psicofisica ad esprimere consenso/dissenso.

 L'interessato

 Firma dell'operatore

***Codice della Strada**

Art. 186/7: " ...In caso di rifiuto dell'accertamento ..., il conducente è punito... con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000, l'arresto da sei mesi a un anno, ..., la sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e la confisca del veicolo..."

Art. 187/8: " ...In caso di rifiuto dell'accertamento ..., il conducente è soggetto alle sanzioni di cui all'articolo 186/7..."

La catena di custodia

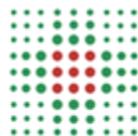


La catena di custodia

La validità dei risultati di laboratorio non dipende solo dall'adeguatezza del processo analitico, ma anche dalla *prova dell'integrità del campione* dal momento in cui è stato raccolto fino a quando l'analisi viene completata (catena di custodia).

La catena di custodia

Documentazione che accompagna il campione e che riporta notizie sul prelievo, trasporto e conservazione.



Accertamenti sanitari ai sensi degli Artt.

186 e 187 del Codice della Strada

VERBALE DI CATENA DI CUSTODIA

ETICHETTA IDENTIFICATIVA

Prelievo – Trasporto – Ricezione campioni biologici

Campioni biologici prelevati

SANGUE

N. _____ Provette prelevate il _____ / _____ / _____ alle ore _____

Note _____ **Firma** _____

In caso di invio al laboratorio di riferimento per test di conferma in caso di positività

SANGUE

N. _____ Provetta/e campione del _____ / _____ / _____ alle ore _____

URINA

N. _____ Contenitori prelevati il _____ / _____ / _____ alle ore _____

si dichiara che campioni biologici sopraindicati sono stati prelevati dal congelatore:

in data _____ / _____ / _____ alle ore _____

Tecnico di laboratorio _____ Firma _____

sono stati consegnati il _____ / _____ / _____ a _____

Operatore addetto al trasporto _____ Firma _____

Sono stati consegnati il _____ / _____ / _____ al Laboratorio di _____

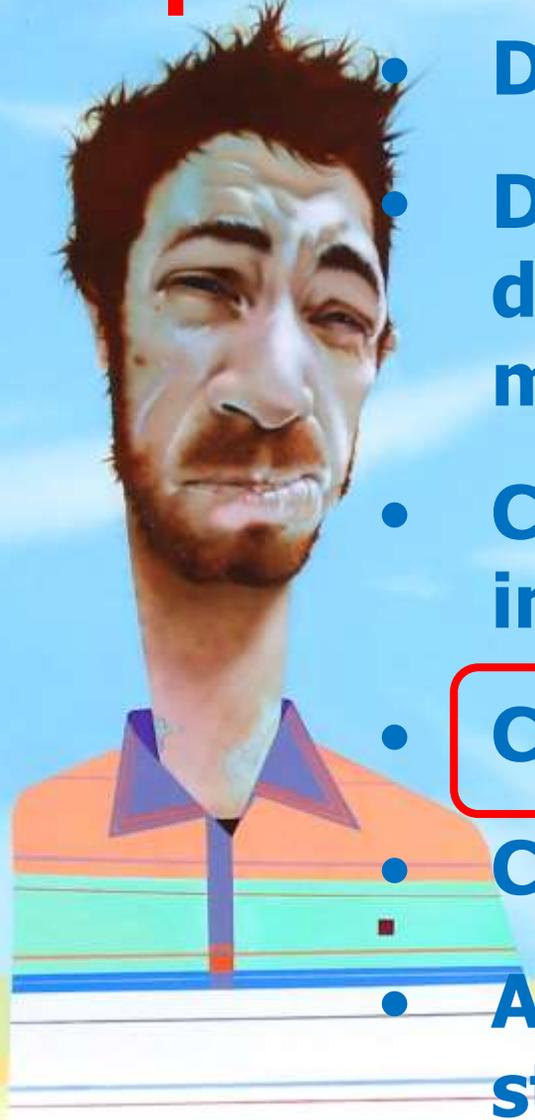
Operatore _____ Firma _____

(Eseguite le analisi chimico-tossicologiche, i campioni saranno conservati per 12 mesi)

Obiettivi della catena di custodia

Ricostruire *l'iter del materiale biologico prelevato dalla raccolta fino all'analisi*, con indicazione di date, orari e firme del personale che lo ha preso in carico di volta in volta.

Oneri per il medico di PS



- Denuncia/referto
- Dichiarazione di morte e denuncia della causa di morte
- Certificazione di malattia infettiva
- **Certificazione INAIL**
- Certificazione INPS
- Accertamenti codice della strada (art. 186-187)

Denunce sanitarie obbligatorie

- Dichiarazione di morte e denuncia delle cause di morte
- Denuncia delle malattie infettive e diffuse
- Denuncia delle malattie d'interesse sociale
- Denuncia dei casi d'intossicazione da antiparassitari
- **Denuncia di infortuni sul lavoro**
- Denuncia dei morsi di cane o d'altri animali
- Segnalazione di reazione avversa da farmaci (ADR)

INAIL

l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).

L'INAIL è un **Ente di diritto pubblico non economico (non persegue cioè scopi di lucro)** ha nel tempo ampliato il proprio ambito di tutela e, superando l'impostazione prettamente assicurativa che lo ha storicamente connotato (semplice ristoro dei danni subiti sul lavoro ed a causa del lavoro), si è indirizzato verso prospettive di più ampio respiro, relativamente alla prevenzione, riabilitazione e reinserimento sociale e/o lavorativo dell'assicurato, quella che viene definita (“tutela integrata del lavoratore”).

compiti certificativi del medico nell'ambito delle attività di natura assicurativa dell'INAIL che ha per OGGETTO:

- **gli infortuni sul lavoro,**
- **gli infortuni in itinere,**
- **gli infortuni in ambito domestico e la malattie professionali**



INAIL



Qualsiasi medico,

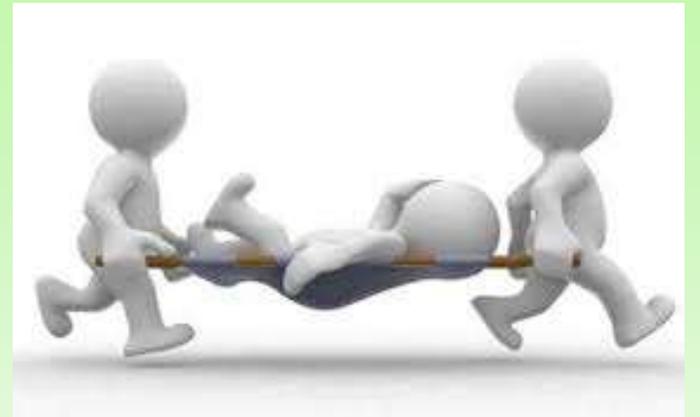
1. che visiti un lavoratore che abbia subito un infortunio sul lavoro o un infortunio in itinere
2. che risulti affetto da una malattia professionale (tabellata) o comunque correlata al lavoro,
3. o che visiti una casalinga che ha subito un infortunio di una certa gravità,
 - può dovere redigere un certificato medico per l'INAIL,
 - può dover refertare all'autorità giudiziaria,
 - può dover redigere una denuncia di Malattia professionale da indirizzare all'Ispettorato del lavoro con finalità conoscitive, epidemiologiche-preventive.

Ovviamente anche *la certificazione in ambito infortunistico del lavoro soggiace agli stessi criteri validi per ogni certificazione medica in generale, essendo un atto scritto con il quale il medico dichiara conformi a verità i fatti di natura tecnica riscontrati nell'esercizio della professione.*

INAIL

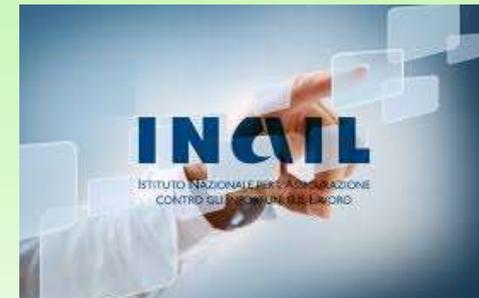
L'infortunio sul lavoro è quell'evento dannoso che, si è verificato per causa violenta in occasione di lavoro, e che ha causato la morte dell'infortunato una inabilità permanente assoluta o parziale (oggi dopo il decreto 38/2000- art 13 dobbiamo parlare di danno biologico permanente), o semplicemente una inabilità temporanea assoluta, con necessità di astensione dal lavoro per più di tre giorni (art. 2 D.P.R 1124/65).

Tre sono dunque gli elementi definatori dell'infortunio lavorativi tutelato da inail :
evento dannoso,
causa violenta,
occasione di lavoro



INAIL

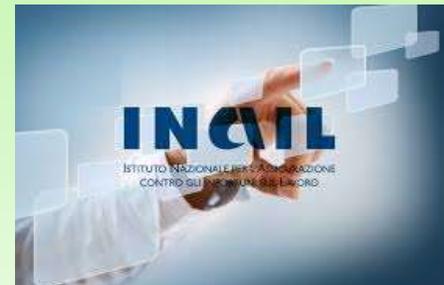
- 1. L'EVENTO DANNOSO:** *è l'accidente lesivo involontario, abnorme, improvviso, imprevisto -anche se astrattamente prevedibile-, che interrompe lo svolgimento ordinario del lavoro.*
- 2. LA CAUSA VIOLENTA:** *qualsiasi fatto esterno da cui dipenda o da cui derivi una lesione, che agisca con rapidità (ovvero in modo concentrato, in un tempo ristretto e comunque non superiore alla durata di un turno lavorativo), la causa violenta può essere di natura meccanica, termica, elettrica, elettromagnetica, chimica, o rappresentata anche da fattori microbici o virali (l'epatite virale conseguente agopuntura è infortunio) .*
- 3. L'OCCASIONE DI LAVORO:** *l'evento deve essere concretamente connesso al perseguimento delle finalità lavorative non è sufficiente la semplice correlazione temporale o topografica tra evento e lavoro. In altri termini, l'infortunio per considerarsi avvenuto in occasione di lavoro non è sufficiente che si sia verificato sul posto di lavoro ma è necessario che si sia verificato per il lavoro; tanto più non è dirimente la constatazione che l'operaio ne rimanga vittima mentre lavorava ma deve dimostrarsi che ne è rimasto vittima perché lavorava.*



Cosa deve contenere il certificato?

Il medico deve certificare

- lo stato di **assoluta-totale temporanea inabilità lavorativa in caso di infortunio o malattia professionale** (*non è la prognosi clinica ma il riferimento è alla possibilità o meno di svolgere la specifica mansione di lavoro*)
- la presenza di **malattia di natura professionale**;
- il **grado di inabilità prevedibilmente superiore al 27%** per gli infortuni in ambito domestico.
- *“...la denuncia dell’infortunio ed il certificato medico devono indicare, oltre alle generalità dell’assicurato, il giorno e l’ora in cui è avvenuto l’infortunio, le cause e circostanze di esso... la natura e la precisa sede anatomica della lesione, il rapporto con le cause denunciate, le eventuali alterazioni preesistenti”*;
- “...la denuncia delle malattie professionali deve essere.....corredata da un certificato medico....Il certificato medico deve contenere, oltre le indicazioni del domicilio dell’ammalato e del luogo dove questi, si trova ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall’ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore. I medici certificatori hanno l’obbligo di fornire all’Istituto Assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie...”.





Vi è uniformità di trattamento (e di prognosi) a parità di lesione?



Ehm, ehm....



PROGNOSI MEDIE INDICATIVE DELLE PIU' COMUNI LESIONI TRAUMATICHE

CONTUSIONI:

- Semplici, limitate ai tessuti superficiali. A seconda della sede e della presenza o meno di ematoma.
gg.1-15
- Profonde, con eventuale formazione di ematoma saccato
gg.15-30

FERITE:

- Ferite a bordi netti, da taglio, interessanti cute, derma, eventualmente sottocutaneo **gg.6-8**
- Ferite lacero-contuse, a bordi irregolari, mortificati, da schiacciamento o da agente contundente smusso o aguzzo, interessanti cute, derma, sottocute **gg.10-15**
- Ferite profonde interessanti fascia, muscoli, tendini, nervi, organi contigui **gg.15-20** (ma eventualmente maggiore, in base alla singola struttura danneggiata)

DISTRAZIONI E STRAPPI:

- Distrazioni semplici, con minima formazione di ematoma
gg.8-15
- Forme miste distrazione-strappo, con lacerazioni più estese
gg.15-25
- Strappi muscolari e lesioni legamentose senza completa perdita di continuità **gg.30-40**

DISTORSIONI:

- Forme lievi, con piccole lacerazioni fibrillari, minima ecchimosi edema e dolore ai movimenti
gg.8-15
- Rottura parziale degli elementi capsulo-legamentosi con probabile emartro; minima instabilità articolare
gg.20-25
- Sub-lussazione, con perdita parziale dei rapporti articolari e instabilità grave **gg.30-40**

FRATTURE E LUSSAZIONI:

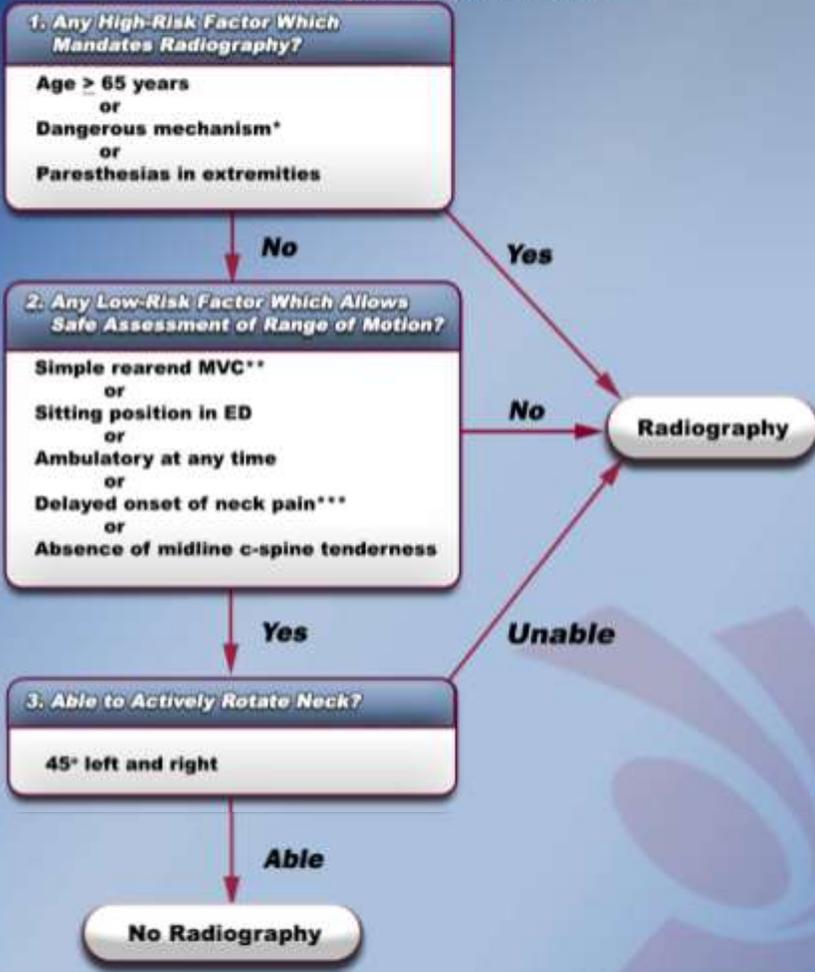
- Frattura clavicola
gg. 20-35
- Lussazione acromion-claveare
gg.20-30
- Frattura scapola
gg.25-40
- Lussazione scapolo-omeroale
gg.20-30
- Frattura collo omero
gg.40-60
- Frattura diafisi omero
gg.60
- Lussazione gomito
gg.25-30
- Frattura olecrano
gg.35
- Frattura capitello radiale
gg.25
- Frattura diafisi radio o ulna
gg.60
- Frattura metafisi e/o epifisi distale radio e/o ulna
gg.35-60
- Frattura semilunare o scafoide carpale
gg.60-90
- Frattura metacarpi
gg.30-35
- Frattura falangi
gg.25-30
- Frattura ala iliaca
gg.30



**Prendiamo il caso del
colpo di frusta....**

Canadian C-Spine Rule

For all alert (GCS =15) and stable trauma patients where cervical spine injury is a concern



- *Dangerous Mechanism**
 - fall from elevation > 3 feet/5 stairs
 - axial load to head, i.e. diving
 - MVC high speed (> 100 km/hr), rollover, ejection
 - motorized recreational vehicles
 - bicycle struck or collision
- **Simple Rarend MVC Excludes**
 - pushed into oncoming traffic
 - hit by bus/large truck
 - rollover
 - hit by high speed vehicle
- ***Delayed**
 - i.e. not immediate onset of neck pain



conclusions
 For alert patients with trauma who are in stable condition, the CCR is superior to the NLC with respect to sensitivity and specificity for cervical-spine injury, and its use would result in reduced rates of radiography.

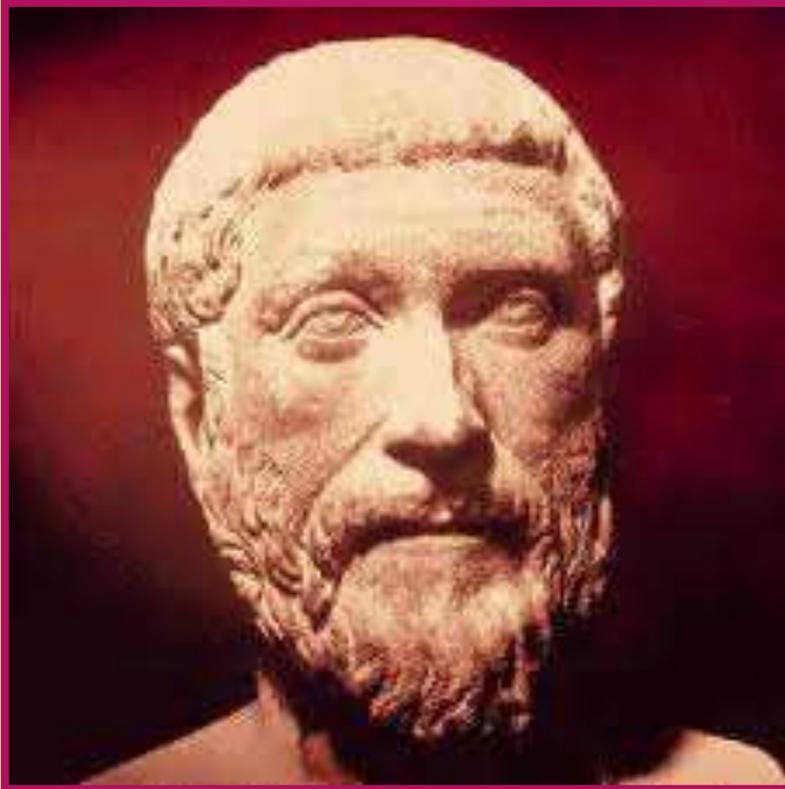
Table 1. The NEXUS Low-Risk Criteria.*

Cervical-spine radiography is indicated for patients with trauma unless they meet all of the following criteria:

- No posterior midline cervical-spine tenderness,†
- No evidence of intoxication,‡
- A normal level of alertness,§
- No focal neurologic deficit,¶ and
- No painful distracting injuries.||

* Criteria are from Hoffman and colleagues.²⁶
 † Midline posterior bony cervical-spine tenderness is present if the patient reports pain on palpation of the posterior midline neck from the nuchal ridge to the prominence of the first thoracic vertebra, or if the patient evinces pain with direct palpation of any cervical spinous process.
 ‡ Patients should be considered intoxicated if they have either of the following: a recent history provided by the patient or an observer of intoxication or intoxicating ingestion, or evidence of intoxication on physical examination such as an odor of alcohol, slurred speech, ataxia, dysmetria, or other cerebellar findings, or any behavior consistent with intoxication. Patients may also be considered to be intoxicated if tests of bodily secretions are positive for alcohol or drugs that affect the level of alertness.
 § An altered level of alertness can include any of the following: a Glasgow Coma Scale score of 14 or less; disorientation to person, place, time, or events; an inability to remember three objects at five minutes; a delayed or inappropriate response to external stimuli; or other findings.
 ¶ A focal neurologic deficit is any focal neurologic finding on motor or sensory examination.
 || No precise definition of a painful distracting injury is possible. This category includes any condition thought by the clinician to be producing pain sufficient to distract the patient from a second (neck) injury. Such injuries may include, but are not limited to, any long-bone fracture; a visceral injury requiring surgical consultation; a large laceration, degloving injury, or crush injury; large burns; or any other injury causing acute functional impairment. Physicians may also classify any injury as distracting if it is thought to have the potential to impair the patient's ability to appreciate other injuries.

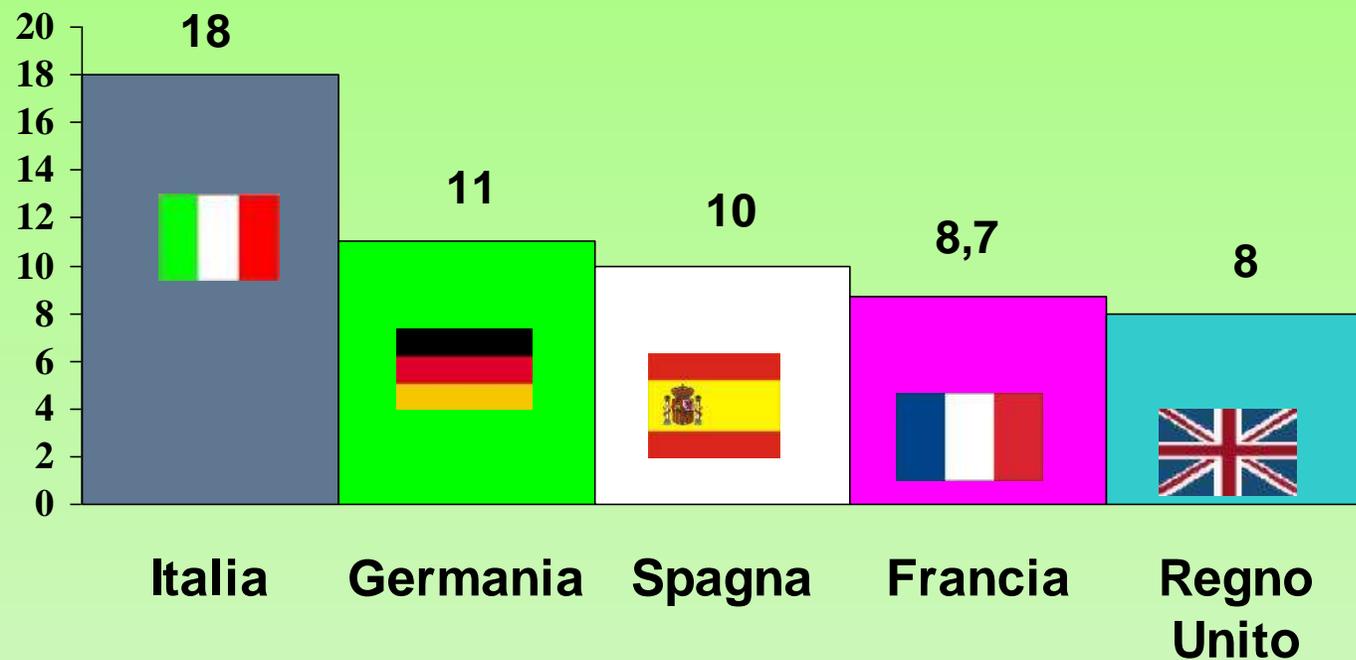
UN PO' DI NUMERI...



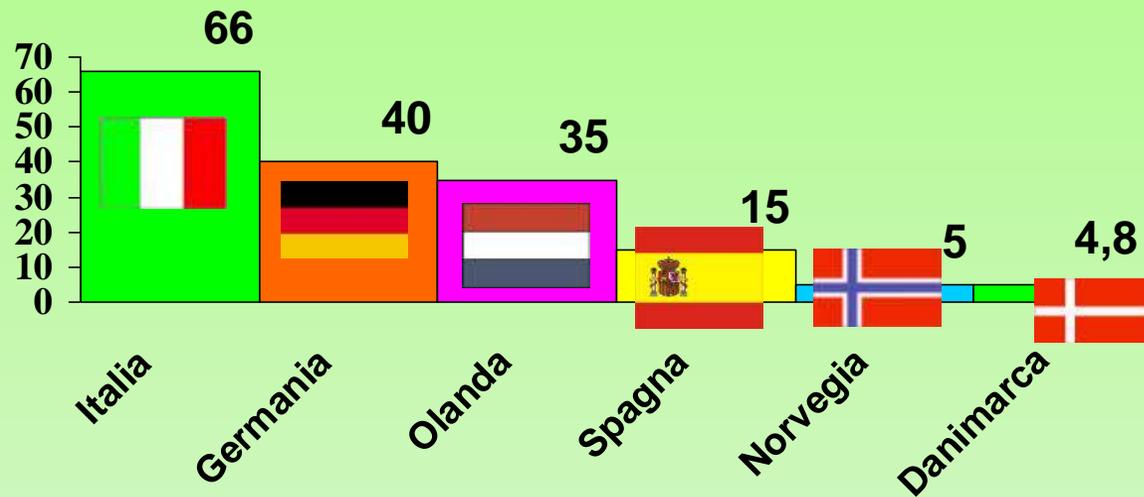
...tutte le cose sono numeri... Pitagora...

Samo-Magna Grecia 530 a.C.

Danni alle persone su 100 sinistri in Europa



Traumi del rachide ogni 100 sinistri in Europa



Costi stimati (a.D. 2004)

Costi assicurativi colpo di frusta		
Paese	Costo assicurativo totale	Costo per abitante
Italia	2.4 mld Euro	42 Euro
Germania	2 mld Euro	24 Euro
Svezia	210 ml Euro	23 Euro
USA	10 mld dollari	24 Dollari
Olanda	150 ml Euro	9 Euro

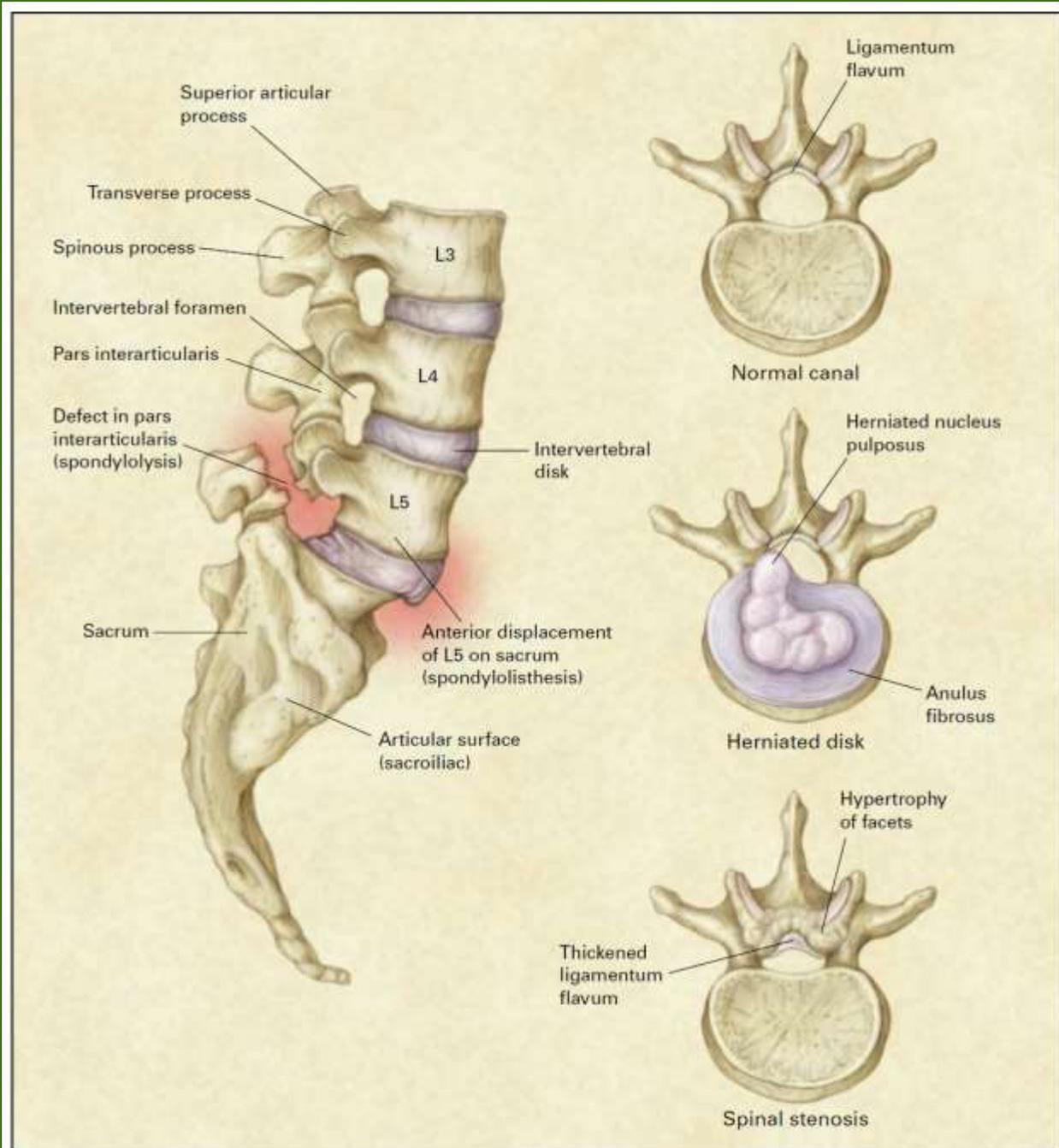


Figure 1. Common Pathoanatomical Conditions of the Lumbar Spine.



REVIEW ARTICLE
PRIMARY CARE

Low Back Pain

Richard A. Deyo, M.D., M.P.H., and James N. Weinstein, D.O.
N Engl J Med 2001; 344:363-370 | February 1, 2001 | DOI: 10.1056/NEJM200102013440508

Share:

Article References Citing Articles (754)



TABLE 1. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LOW BACK PAIN.*

MECHANICAL LOW BACK OR LEG PAIN (97%)†	NONMECHANICAL SPINAL CONDITIONS (ABOUT 1%)‡	VISCERAL DISEASE (2%)
Lumbar strain, sprain (70%)§	Neoplasia (0.7%)	Disease of pelvic organs
Degenerative processes of disks and facets, usually age-related (10%)	Multiple myeloma	Prostatitis
<i>Herniated disk</i> (4%)	Metastatic carcinoma	Endometriosis
<i>Spinal stenosis</i> (3%)	Lymphoma and leukemia	Chronic pelvic inflammatory disease
Osteoporotic compression fracture (4%)	Spinal cord tumors	Renal disease
Spondylolisthesis (2%)	Retroperitoneal tumors	Nephrolithiasis
Traumatic fracture (<1%)	Primary vertebral tumors	Pyelonephritis
Congenital disease (<1%)	Infection (0.01%)	Perinephric abscess
Severe kyphosis	Osteomyelitis	Aortic aneurysm
Severe scoliosis	Septic diskitis	Gastrointestinal disease
Transitional vertebrae	Paraspinal abscess	Pancreatitis
Spondylolysis¶	Epidural abscess	Cholecystitis
Internal disk disruption or diskogenic low back pain	<i>Shingles</i>	Penetrating ulcer
Presumed instability**	Inflammatory arthritis (often associated with HLA-B27) (0.3%)	
	Ankylosing spondylitis	
	Psoriatic spondylitis	
	Reiter's syndrome	
	Inflammatory bowel disease	
	Scheuermann's disease (osteochondrosis)	
	Paget's disease of bone	

§“Strain” and “sprain” are nonspecific terms with no pathoanatomical confirmation. “Idiopathic low back pain” may be a preferable term.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME | ARTICLES & MULTIMEDIA ▾ | ISSUES ▾ | SPECIALTIES & TOPICS ▾ | FOR AUTHORS ▾ | CME ▸

REVIEW ARTICLE
PRIMARY CARE

Low Back Pain

Richard A. Deyo, M.D., M.P.H., and James N. Weinstein, D.O.
N Engl J Med 2001; 344:363-370 | February 1, 2001 | DOI: 10.1056/NEJM200102013440508

CONCLUSIONS

For patients with nonspecific low back pain, a precise pathoanatomical diagnosis is often impossible, which leads to various imprecise diagnoses (e.g., sprain or strain). The natural history of low back pain is favorable, and patients need this reassurance. The favorable natural history may partly explain the proliferation of unproved treatments that may seem to be effective. The use of plain radiography can be limited to patients with clinical findings suggestive of underlying systemic disease, and more advanced imaging can be reserved for potential candidates for surgery. The role of imaging in other situations is limited because of the poor association between symptoms and anatomical findings. Bed rest is not recommended for the treatment of low back pain or sciatica, and a rapid return to normal activities is usually the best course. Back exercises are not useful for the acute phase but help to prevent recurrences and treat chronic pain. Sur-



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME

ARTICLES & MULTIMEDIA ▾

ISSUES ▾

SPECIALTIES & TOPICS ▾

FOR AUTHORS ▾

CME ▸

REVIEW ARTICLE

PRIMARY CARE

Low Back Pain

Richard A. Deyo, M.D., M.P.H., and James N. Weinstein, D.O.

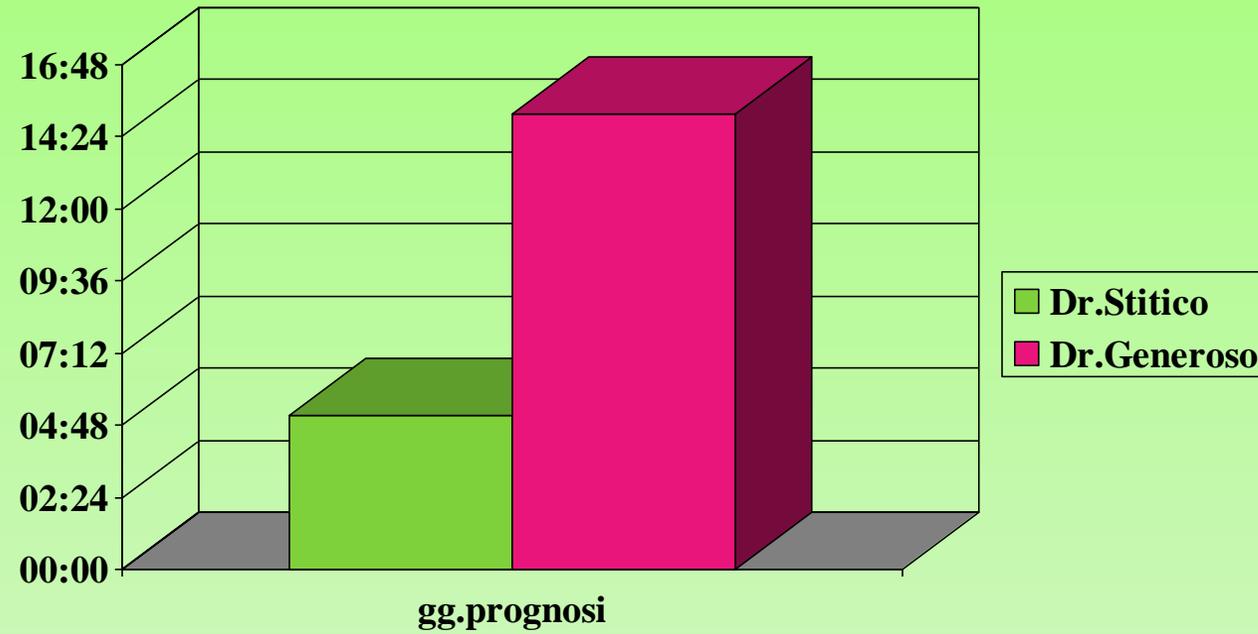
N Engl J Med 2001; 344:363-370 | February 1, 2001 | DOI: 10.1056/NEJM200102013440508

THERAPY

Nonspecific Low Back Pain

and sometimes delays recovery.⁴³⁻⁴⁵ If a patient obtains symptomatic relief from bed rest, it can be recommended for a day or two, with reassurance that it is safe to get out of bed even if pain persists. Back exer-

La prognosi, questa variabile...



Grazie per la pazienza dimostrata!

