

Conoscere i dati sulle disuguaglianze per raccontare i fatti e migliorare la salute dei cittadini

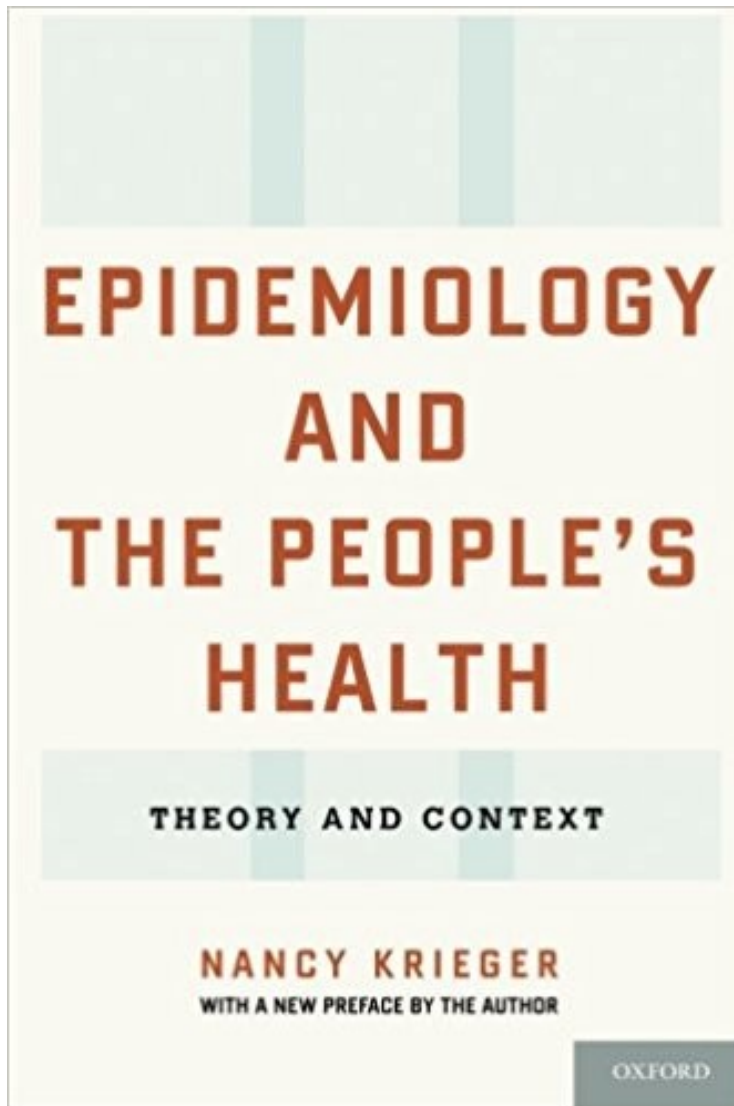
Epidemiologia di prossimità e contrasto alle diseguaglianze in salute: cosa ci raccontano i dati sui 'frequent users' del Pronto Soccorso a Ferrara

dr. Martino Ardigò

Campagna italiana Primary Health Care Now or Never

Sala del Consiglio Comunale Ferrara

Sabato 3 marzo 2018



Preface	vii
Chapter 1: Does Epidemiologic Theory Exist? On Science, Data, and Explaining Disease Distribution	3
Chapter 2: Health in the Balance: Early Theories About Patterns of Disease Occurrence	42
Chapter 3: Epidemiology Emerges: Early Theories and Debating Determinants of Disease Distribution—Poison, Filth, Class, & Race (1600–1900)	58
Chapter 4: Epidemiology Expands: Germs, Genes, and the (Social) Environment (1900–1950)	95
Chapter 5: Contemporary Mainstream Epidemiologic Theory: Biomedical and Lifestyle	126
Chapter 6: Social Epidemiologic Alternatives: Sociopolitical and Psychosocial Frameworks	163
Chapter 7: Ecosocial Theory of Disease Distribution: Embodying Societal & Ecologic Context	202
Chapter 8: Epidemiologic Theory Counts: Harm, Knowledge, Action, and the People's Health	236
References	297
Index	373

Epidemiologic Theory Counts

Harm, Knowledge, Action, and the People's Health

In this final chapter, I address in one more way the question undergirding this book: why care about epidemiologic theories of disease distribution—past, present, or future? After all, theoretical debates—including over even what constitutes “evidence” and how to think about it—are commonplace in scientific disciplines, and in fact core to the critical conduct of science (Cohen, 1985; Ziman, 2000; Mjøset, 2002; Sober, 2008). Vying for the most intellectually and empirically sound, robust, coherent, and comprehensive account of the phenomena of interest has long been standard scientific practice—and there is no reason the field of epidemiology should be any exception.

But in epidemiology, a distinction does matter. Theoretical debates about substantive explanations for disease occurrence are not simply about solving a puzzle correctly. Nor are they merely ivory-tower “academic” disputes. The difference has to do with our domain: “population distributions of disease, disability, death, and health and their determinants and deterrents, across time and space” (Krieger, 2001a; see **Chapter 1**). Ethically and intellectually, we are bound, in the time-honored phrase of the Hippocratic Oath, at the very least “to do no harm” (The Oath, 1983, p. 67; Nutton, 2004, pp. 66–69). Making this responsibility amply clear is the necessity of epidemiologic research to conform to the 1964 Declaration of Helsinki regarding “Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects” (World Medical Association, 1964 [2008]), along with whatever are our country-specific regulations regarding human research.

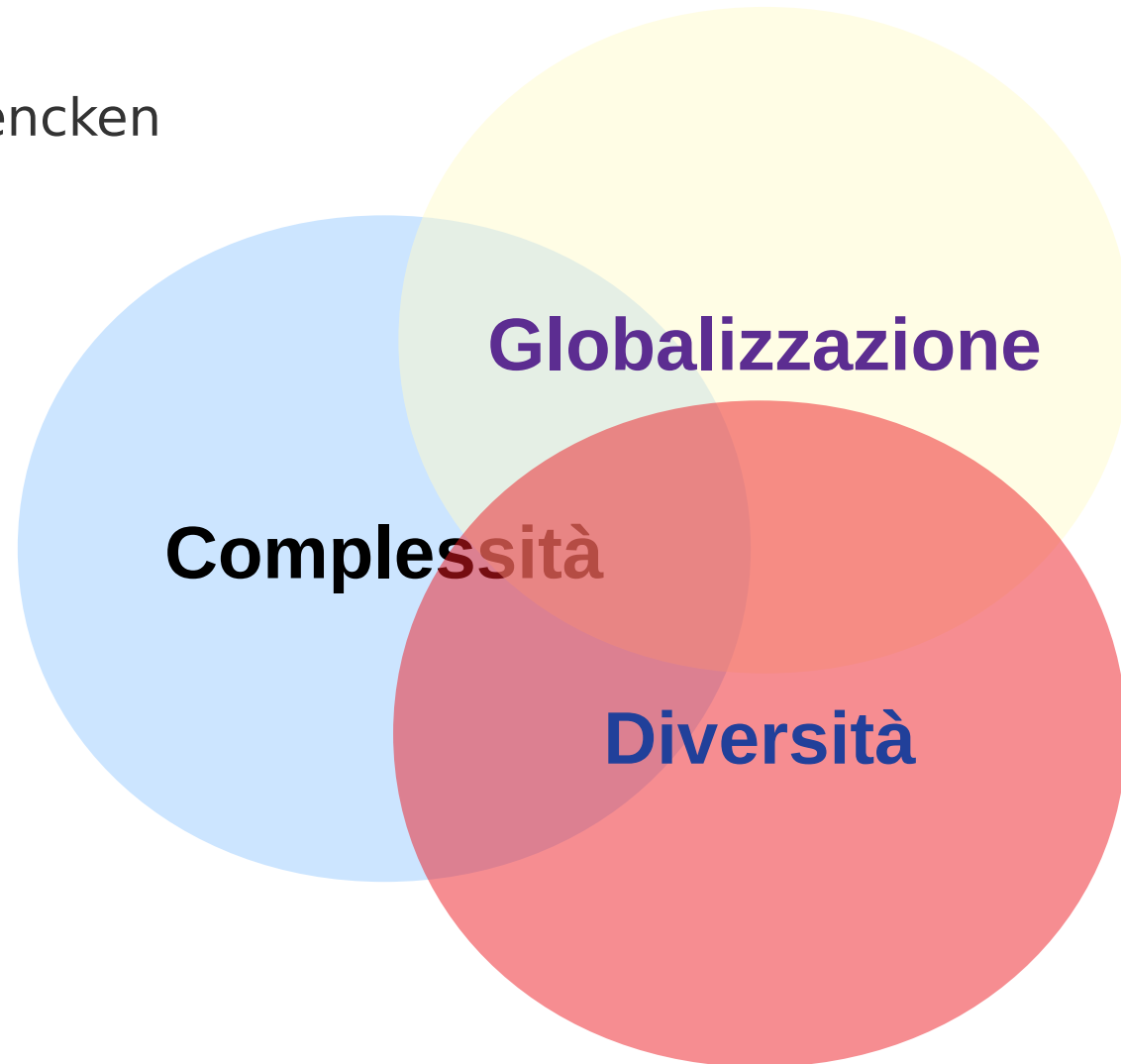
However, in the case of epidemiology, I would extend the current argument to state that our accountability reaches beyond the injunction not to harm individuals who participate in epidemiologic studies. Also at issue are the ways epidemiologic theories and the research they animate contribute—potentially helpfully, potentially harmfully—to efforts to understand and address who and what is responsible for observed burdens and distributions of health, disease, and well-being.

Hence, to conclude the case that epidemiologic theory counts, in this final chapter I consider several examples in which choice of epidemiologic theory has made all the difference in whether people's health is harmed or helped.

Per tutelare la salute
delle persone non è
sufficiente la sola
descrizione dei fatti,
ma abbiamo bisogno
di comprendere
perché le cose che
descriviamo
accadono.
La modalità che
scegliamo per
descrivere i fatti
concorre a costruire i
fatti stessi.

For every complex problem there is an answer that is clear, simple, and wrong

H. L. Mencken



La bimba trentina di 4 anni morta di malaria

DOPO LA MISERIA PORTANO MALATTIE

Immigrati affetti da morbi letali diffondono infezioni. Basta che una zanzara punga prima un malato e poi uno sano e quest'ultimo muore. Il governo se ne disinteressa e insiste con l'accoglienza
I verbali dello stupro di Rimini: «Violenza oltre ogni immaginazione e doppia penetrazione»

di PIETRO SENALDI

Questo è un articolo che *Libero* non avrebbe mai voluto scrivere. Una bimba di quattro anni, ricoverata in ospedale a Trento per un'altra ragione, è morta di malaria, malattia sconosciuta in Italia da più di cinquant'anni, nel giro di ventiquattro ore. Sembra quasi certo che a trasmettergliela siano stati due fratellini del Burkina Faso, Africa nera, figli di immigrati. I piccoli erano tornati nel Paese d'origine per le vacanze e lì sono ammalati. Rientrat in Italia, sono stati curati e guariti a Dio ora stanno bene, ma lo scienziato - e anche un po' di malumisti - ha fatto sì che una zanzara portasse nuovamente i ragazzi infetti e poi la piccola italiana, mettendole la morte. Da qui il nostro titolo, crudo ma fattuale: «Dopo la miseria, portano le malattie».

Sicuramente saremo criticati per la sintesi brutale dei fatti ma è altrettanto vero che non siamo gli unici (...)

segue a pagina 3

ROBERTA CATANIA

di pagina 6

il roma
Caro i
ti scri
non n
di vmi

Giulio
qualc
parlar
sappia
in ses
un ca
na, e si
lo cor
sante,
biscia
donna
con q
cattol
nel 197
ferend
tutto i
monci
al sole.
Già
che si
alle sta
un co
sappi
le mie
Ponso
accat
una q
An de

Lo dicono gli scienziati: gli immigrati sono matti

24 Ottobre 2017

13 | aaa



Numero uno dello share pure con le repliche
Terence Hill, prete o forestale, fa ascolti anche se non è capace di recitare

di FRANCESCO SPECCHIA a pagina 27



Daspo urbano per la prima volta a Bologna: contro 10 persone che dormivano sotto i portici

"Impedivano il passaggio dei pedoni vicino alla stazione ferroviaria"



Lo leggo dopo | 22 novembre 2017



BOLOGNA - Dormivano sotto il portico di viale Masini, a due passi dalla stazione ferroviaria, con le loro coperte e materassi: sono i primi destinatari a Bologna di un Daspo urbano. Lo strumento, nato nel mondo dello sport per allontanare dai campi di gioco i tifosi violenti, è stato declinato con la legge nazionale dello scorso aprile in versione

ntale gli immigrati ce l'avessero ne avevamo avuto onaca che li hanno visti protagonisti. A essere maligni re che una persona che decide di venire in Italia e di

2015



THE
85 RICHEST
PEOPLE
OWN THE SAME
WEALTH AS THE
3.5 BILLION
POOREST PEOPLE.



THE WORLD'S

62

RICHEST PEOPLE OWN
THE SAME WEALTH
AS THE 3.6 BILLION
POOREST PEOPLE

2016



**8 MEN OWN THE SAME WEALTH AS
THE POOREST 3.6 BILLION PEOPLE**

2017

Published on Wednesday, November 08, 2017 by Common Dreams

Three Richest Americans Now Own More Wealth Than Bottom Half of US Combined: Report

"The elite ranks of our billionaire class continue to pull apart from the rest of us," a new Institute for Policy study analysis finds
by Jake Johnson, staff writer



152 Comments



"A century ago, a similar anti-inequality upsurge took on America's vastly unequal distribution of income and wealth and, over the course of little more than a generation, fashioned a much more equal America," write Chuck Collins and Josh Hoxie. (Image: Institute for Policy Studies)

In the United States, the 400 richest individuals now own more wealth than the bottom 64 percent of the population and the three richest own more wealth than the bottom 50 percent, while pervasive poverty means one in five households have zero or negative net worth.

These are just several of the striking findings of "All combined households

METEO
Milano

Fatti Soldi Salute Sport Cultura Intrattenimento

News > [Economia](#) > [Bankitalia: in Italia i dieci più ricchi possiedono quanto i tre milioni più poveri](#)

Bankitalia: in Italia i dieci più ricchi possiedono quanto i tre milioni più poveri



ultimo aggiornamento: 01 aprile, ore 20:57
Roma - (Adnkronos/Ign) - Il dato emerge in un 'Occasional Papers' della Banca d'Italia intitolato 'Ritorno alla normalità?'. Tra il 1987 e il 2008 le famiglie di operai hanno registrato una caduta nei loro livelli di ricchezza. Il 10 per cento su tre costretto al doppio lavoro per arrivare a fine mese. Connesso a adnkronos.twww.tv...

IMF: higher taxes for rich will cut inequality without hitting growth

Analysis supports tax strategy of Jeremy Corbyn's Labour in UK - and undermines that of Donald Trump in US



The IMF said tax theory suggested there should be 'significantly higher' tax rates for high earners. Photograph: Oli Scarff/Getty Images

Higher income tax rates for the rich would help reduce inequality without having an adverse impact on growth, the International Monetary Fund has said.

The Washington-based IMF used its influential half-yearly fiscal monitor to demolish the argument that economic growth would suffer if governments in advanced Western countries forced the top 1% of earners to pay more tax.

The IMF said tax theory suggested there should be "significantly higher" tax rates

most popular

- White House pours cold water on Trump's support for gun control
- Ex-Trump adviser sold \$31m in shares days before president announced steel tariffs
- Live Trump tariffs: IMF pleads against trade war as EU threatens to retaliate - live updates
- The videos that show alleged Melbourne child sex abuser living 'normal, healthy' life in Israel
- Jennifer Lawrence: the fascinating subversion of Hollywood's sweetheart

Home » In evidenza, Innovazione e management

Per un Servizio sanitario nazionale efficace, equo e sostenibile

Inserito da Redazione SI on 9 ottobre 2017 - 08:33

4 commenti

LUNEDÌ 9 OTTOBRE 2017, ORE 17-20

INTRODUCE: MARCO GEDDES

RELAZIONI DA: **NERINA DIRINDIN** ECONOMISTA, SENATRICE, MEMBRO DELLA COMMISSIONE SANITÀ (MSE)

LORENZA CARLASSARE FACOLTA' DI SCIENZE POLITICHE, UNIVERSITÀ DI PADOVA

COORDINA: SANDRA BONSANTI

A cura di Libertà e Giustizia e Diritti a Sinistra

Battersi contro il defianziamento del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e per il rispetto dell'Articolo 32 della Costituzione ("La salute come diritto fondamentale") significa anche sostenere un'altra basilare funzione del Ssn, quella di rassicurazione della popolazione: in caso di malattia nessuno dovrà rinunciare alle cure a causa dei costi e nessuno dovrà andare in rovina a causa di una malattia. In questo senso il Ssn rappresenta un irrinunciabile strumento di coesione sociale e di lotta contro le diseguaglianze.

L'onda neo-liberista, generata dalle politiche di Reagan e Thatcher agli inizi degli anni Ottanta del secolo scorso, non

Complessità, Salute e diseguaglianze

The Lancet Commissions



THE LANCET

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world



Julio Frenk*, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk

Executive summary

Problem statement

100 years ago, a series of studies about the education of health professionals, led by the 1910 Flexner report, sparked groundbreaking reforms. Through integration of modern science into the curricula at university-based schools, the reforms equipped health professionals with the knowledge that contributed to the doubling of life span during the 20th century.

By the beginning of the 21st century, however, all is not

Redesign of professional health education is necessary and timely, in view of the opportunities for mutual learning and joint solutions offered by global interdependence due to acceleration of flows of knowledge, technologies, and financing across borders, and the migration of both professionals and patients. What is clearly needed is a thorough and authoritative re-examination of health professional education, matching the ambitious work of a century ago.

That is why this Commission, consisting of

Lancet 2010; 376: 1923-58

Published Online

November 29, 2010

DOI:10.1016/S0140-

6736(10)61854-5

See [Comment](#) pages 1875

and 1877

*Joint first authors

Harvard School of Public

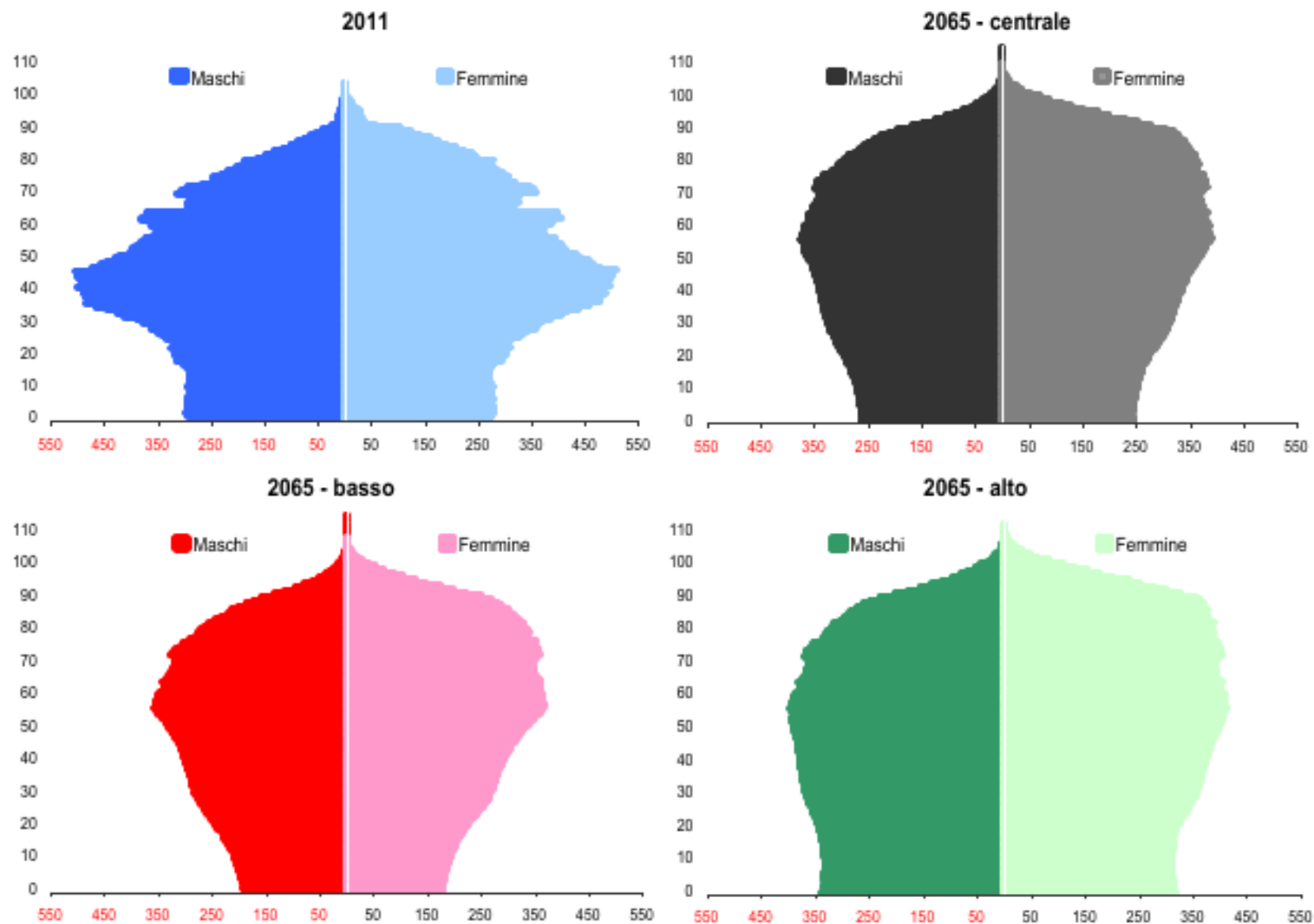
Health, Boston, MA, USA

(Prof J Frenk, MD); China Medical

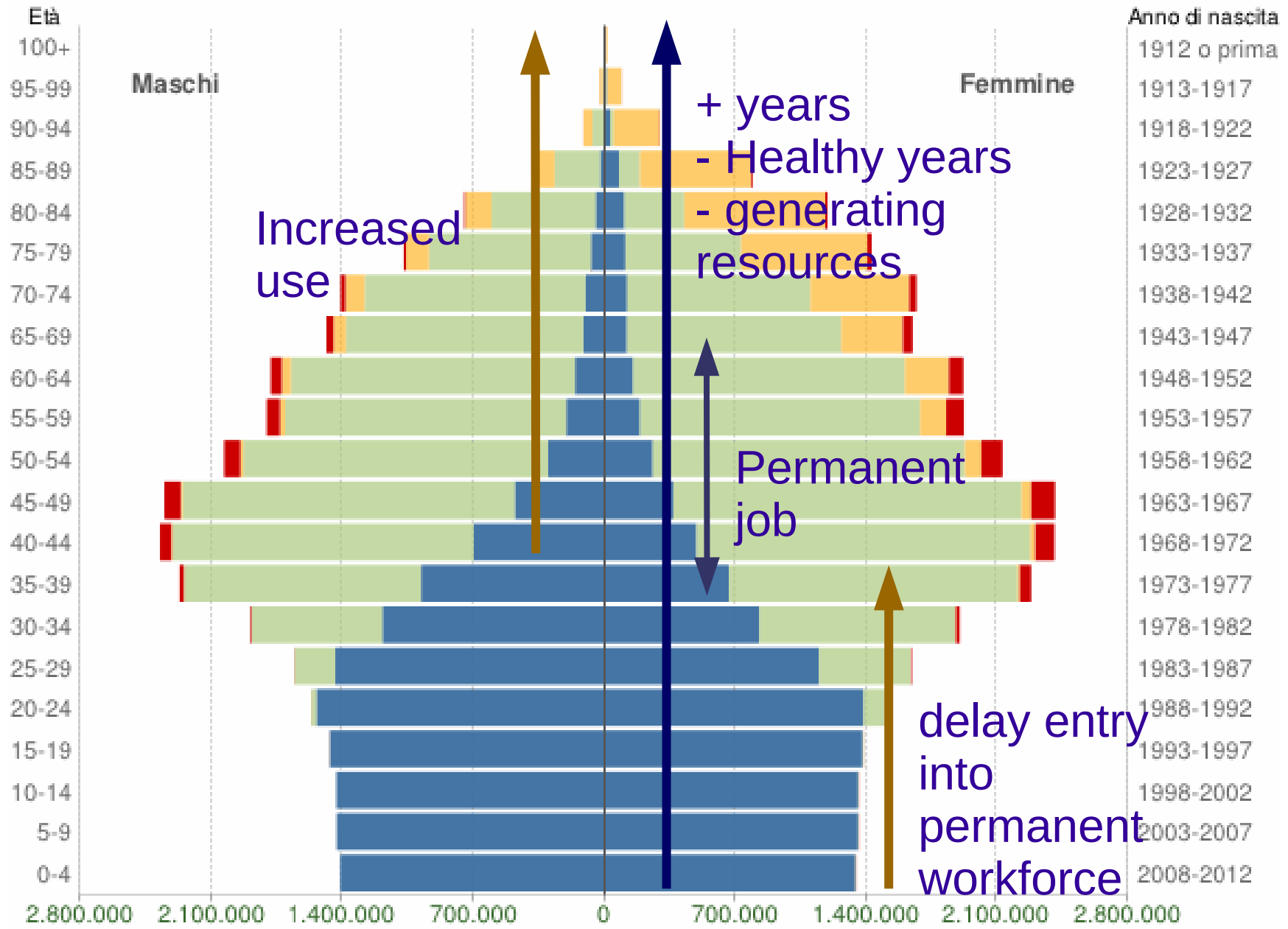
Il modello biomedico di stampo Flexneriano basato sulle conoscenze non è più adatto al contesto attuale in cui le conoscenze necessarie a produrre salute nel contesto locale dipendono da fattori che non sono prevedibili e devono essere specificatamente studiati.

FIGURA 3. PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE AL 2011 E AL 2065 PER SCENARIO - ITALIA

Dati al 1° gennaio, in migliaia



■ Celibi/Nubili
 ■ Coniugati/e
 ■ Vedovi/e
 ■ Divorziati/e

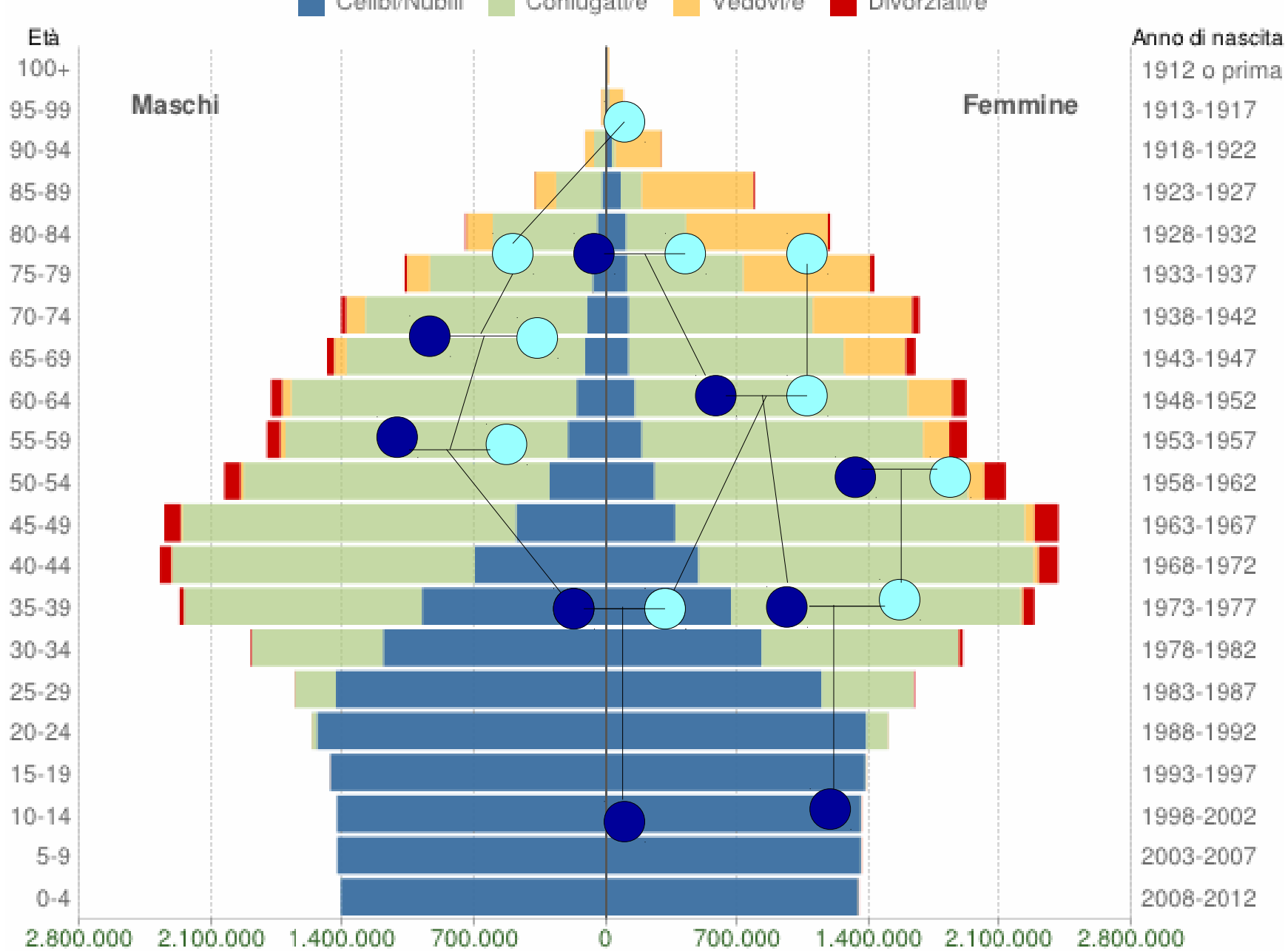


Anno di nascita

1912 o prima
 1913-1917
 1918-1922
 1923-1927
 1928-1932
 1933-1937
 1938-1942
 1943-1947
 1948-1952
 1953-1957
 1958-1962
 1963-1967
 1968-1972
 1973-1977
 1978-1982
 1983-1987
 1988-1992
 1993-1997
 1998-2002
 2003-2007
 2008-2012

Popolazione per età, sesso e stato civile - 2012

ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2012 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

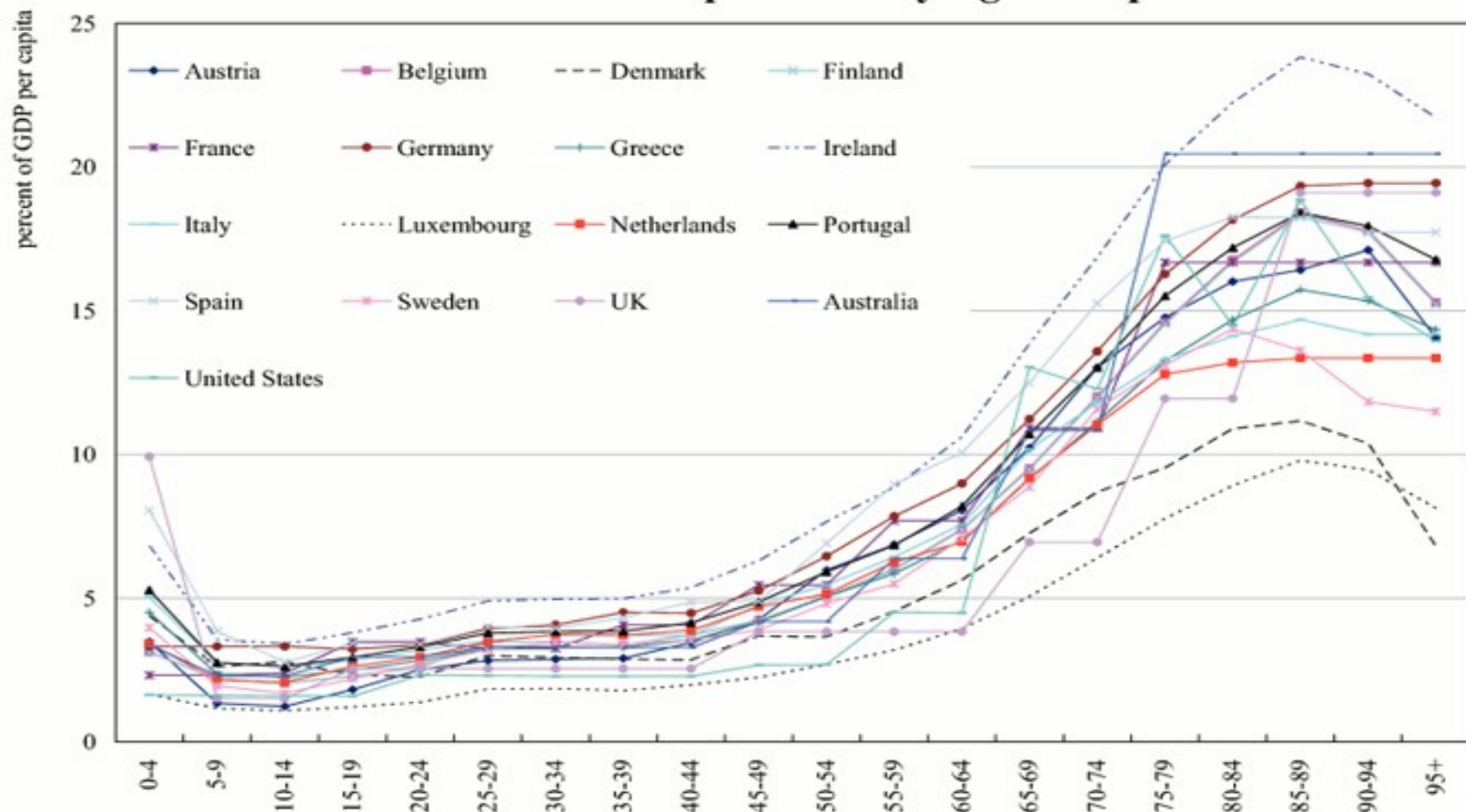


Popolazione per età, sesso e stato civile - 2012

ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2012 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Figure 4

Public Health Care Expenditure by Age Groups*



* Expenditure per capita in each age group divided GDP per capita.

Source: ENPRI-AGIR, national authorities and Secretariat calculations.

[Home](#) » [Aree, Innovazione e management](#)

Età, prossimità al decesso e spesa sanitaria

Inserito da [Redazione SI](#) on 20 settembre 2017 – 09:20[2 commenti](#)

Giacomo Galletti

L'analisi delle banche dati della farmaceutica ha permesso di riscontrare come siano i deceduti – piuttosto che i sopravvissuti – ad utilizzare costantemente più farmaci, specialmente negli ultimi 6 mesi di vita. L'età del paziente in prossimità del decesso non avrebbe alcuna relazione con l'incremento dei trattamenti sostenuti nella vicinanza dell'ineluttabile. Confutare l'età come driver delle spesa sanitaria non è cosa banale, soprattutto perché tale operazione innesca tutta una serie di nuove considerazioni sulla mortalità nell'ambito delle previsioni di spesa.

"Fatemi capire... mi state dicendo che le spese assistenziali per la popolazione

anziana, diciamo dai 70 anni in su, sono in crescita. E va bene.

Poi siamo d'accordo che la tendenza a vivere più a lungo, anche in condizioni di cronicità, è in

Iscriviti alla nostra newsletter

Inserisci la tua email

OK →

Salute Internazionale

è su  **Mi piace****facebook****Archivio**

[-] 2017 (90)

|.. ottobre (7)

|.. settembre (13)

|.. luglio (14)

|.. giugno (9)

|.. maggio (11)

|.. aprile (8)

|.. marzo (12)

|.. febbraio (8)

|.. gennaio (8)

|.. (+) 2016 (112)

Link amici|.. [Agenzia Regionale di Sanità Toscana](#)|.. [Biblioteca Alessandro Liberati](#)|.. [Centro Salute Internazionale \(CSI\)](#)|.. [Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio](#)|.. [DORS Centro di Documentazione per la](#)

WHO

Framework on integrated people-centred health services

The screenshot shows the WHO website interface. At the top, there is a navigation bar with language options: عربي, 中文, English, Français, Русский, and Español. The WHO logo and name are prominently displayed. Below the logo is a secondary navigation bar with links: Home, Health topics, Data, Media centre, Publications, Countries, Programmes (highlighted in orange), Governance, and About WHO. A search bar is located on the right side of this bar. The main content area features a large orange heading: 'Service delivery and safety'. On the left, a sidebar contains links for 'Service delivery and safety', 'About us', and 'Areas of work'. The central content area is titled 'WHO Framework on integrated people-centred health services' and 'Reforming service delivery is key for achieving the health-related SDG targets'. Below this is a grid of icons representing various themes: Education, training and competencies; Health service delivery and organization; Technology; Financing and fiscal space; Partnerships and cooperation; and International migration. A central graphic for the 'High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth' (2017-2021) is also present. To the right of the grid is a text block dated September 2016, discussing the need for reformed service delivery models. At the bottom right, there is a link to the 'Final report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth'.

updates

عربي 中文 English Français Русский Español

World Health Organization

Home Health topics Data Media centre Publications Countries Programmes Governance About WHO Search

Service delivery and safety

Service delivery and safety

About us

Areas of work

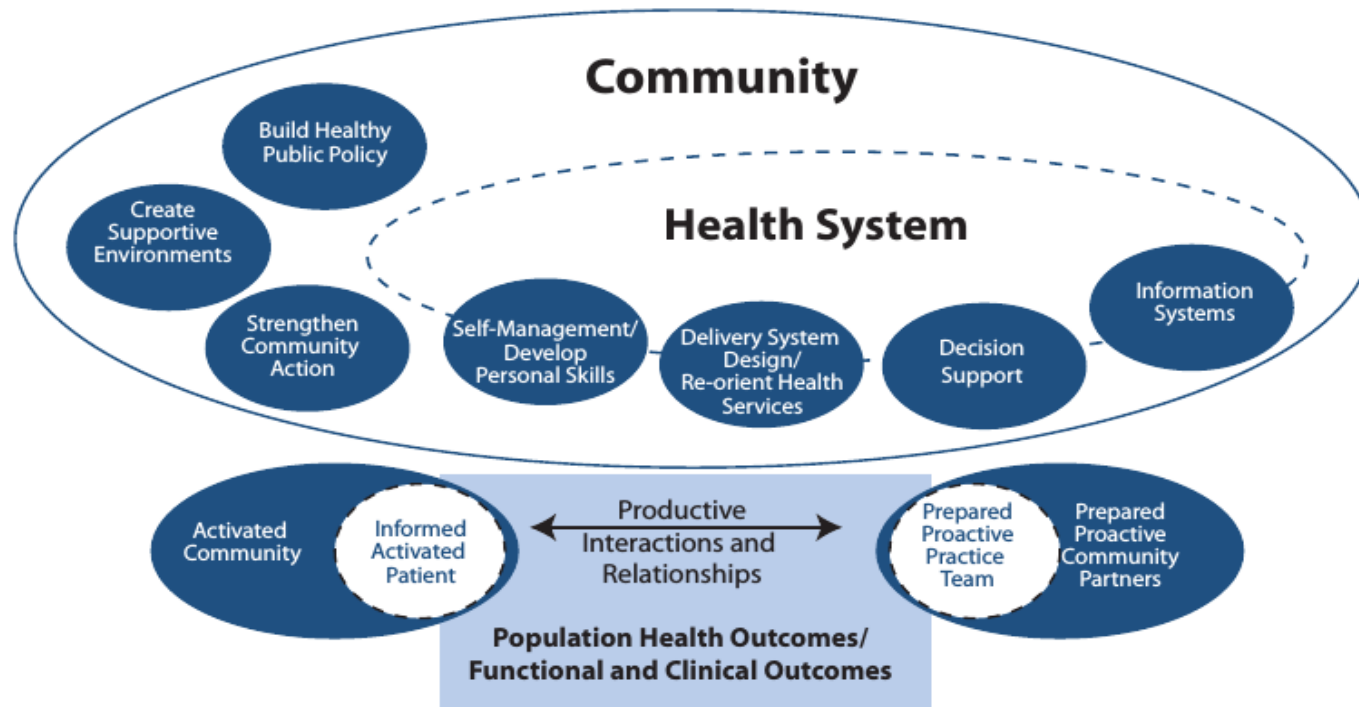
WHO Framework on integrated people-centred health services

Reforming service delivery is key for achieving the health-related SDG targets

September 2016 | New York -- The need to reform service delivery to be integrated and people-centred is a key recommendation in the final report from the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. The report was delivered at a high profile event to the UN Secretary General Ban Ki-moon on the sidelines of the UN General Assembly in New York in September 2016. The report suggests that reformed service delivery models are required with a move away from hospital care towards a focus on prevention and providing high-quality, affordable, integrated, community-based, people-centred primary and ambulatory care. This is critical to ensure that services match the health needs of populations, which will ultimately help us make progress towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.

Final report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth

Figure 2. The Expanded Chronic Care Model: Integrating Population Health Promotion



Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravensdale (2002)
 Adapted from Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). "Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention?" *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association.(1986). Ottawa Charter of Health Promotion.

The Expanded CCM supports the intrinsic role that the social determinants of health play in influencing individual, community and population health. Adopting an Expanded CCM will facilitate a fundamental shift in understanding about how individual client care fits within the concepts of population health. The new configuration (Figure 2) integrating the

CCM with population health promotion demonstrates clear associations between the healthcare system and the community. This action-driven model will broaden the focus of practice to work towards health outcomes for individuals, communities and populations.

Approccio integrato e multi metodologico con focus sulla differenza

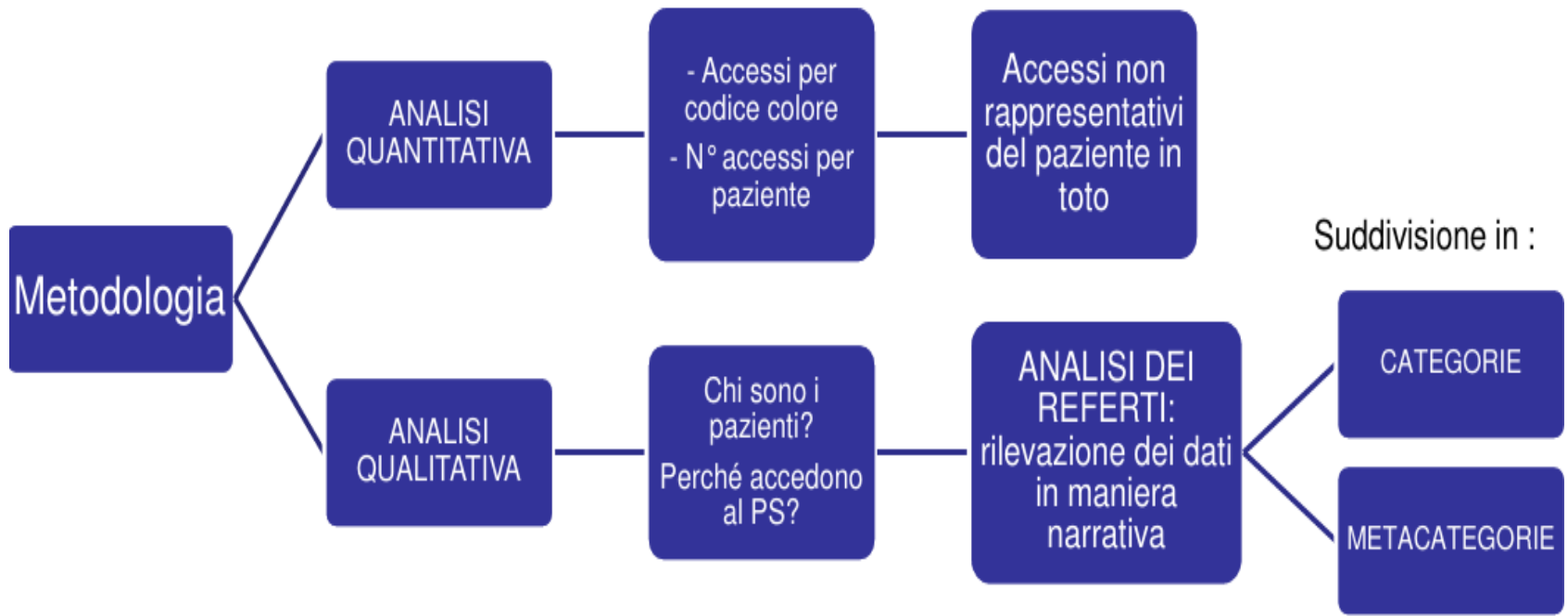


Analisi dei pazienti frequent users come strategia di valutazione dei bisogni assistenziali non standard centrata sul paziente

Materiali e metodi

Sono stati analizzati i dati di accesso al Pronto Soccorso di Cona, nel periodo compreso tra gennaio 2016 e marzo 2017. Nella fattispecie sono stati estratti tutti i referti relativi ai pazienti “frequent users”, ovvero coloro che avevano effettuato, nel periodo di riferimento, cinque o più accessi totali. I referti comprendevano informazioni di tipo anagrafico (nome, cognome, codice fiscale, età, residenza, cittadinanza, nominativo del medico curante), clinico (codice triage, problema principale di accesso, esito dell’accesso, diagnosi codificata, diagnosi e referto testuale) e relative alla modalità di accesso (data e ora di accesso, mezzo di trasporto utilizzato, responsabile dell’invio).

- ❖ **Frequent users:** N° di accessi registrati nel periodo di studio maggiori o uguali a 5
- ❖ **Periodo di studio:** Gennaio 2016 – Marzo 2017
- ❖ **Accessi:** 11842
- ❖ **Pazienti:** 1770



ALTERAZIONI DEL RITMO	1,67
ALTRI SINTOMI O DISTURBI	39,44
ALTRI SINTOMI SISTEMA NERVOSO	7,74
AUTOLESIONISMO	0,18
CADUTA DA ALTEZZA INFERIORE O UGUALE ..	0,01
COMA	0,14
DOLORE ADDOMINALE	11,13
DOLORE PRECORDIALE	1,27
DOLORE TORACICO	2,91
EMORRAGIA NON TRAUMATICA	2,48
FEBBRE	3,13
INTOSSICAZIONE	0,84
PNEUMOLOGIA/PATOLOGIA RESPIRATORIA	6,65
PROBLEMA SOCIALE PSICHIATRICO	0,39
PSICHIATRICO	0,76
SINTOMI O DISTURBI DERMATOLOGICI	1,25
SINTOMI O DISTURBI OCULISTICI	4,94
SINTOMI O DISTURBI ODONTOSTOMATOLOGICI	0,08
SINTOMI O DISTURBI OSTETRICO-GINECOLO..	4,73
SINTOMI O DISTURBI OTORINOLARINGOIATR..	1,73
SINTOMI O DISTURBI UROLOGICI	1,01
TRAUMA	7,3
USTIONE	0,06
VIOLENZA ALTRUI	0,14



Codifica all'ingresso

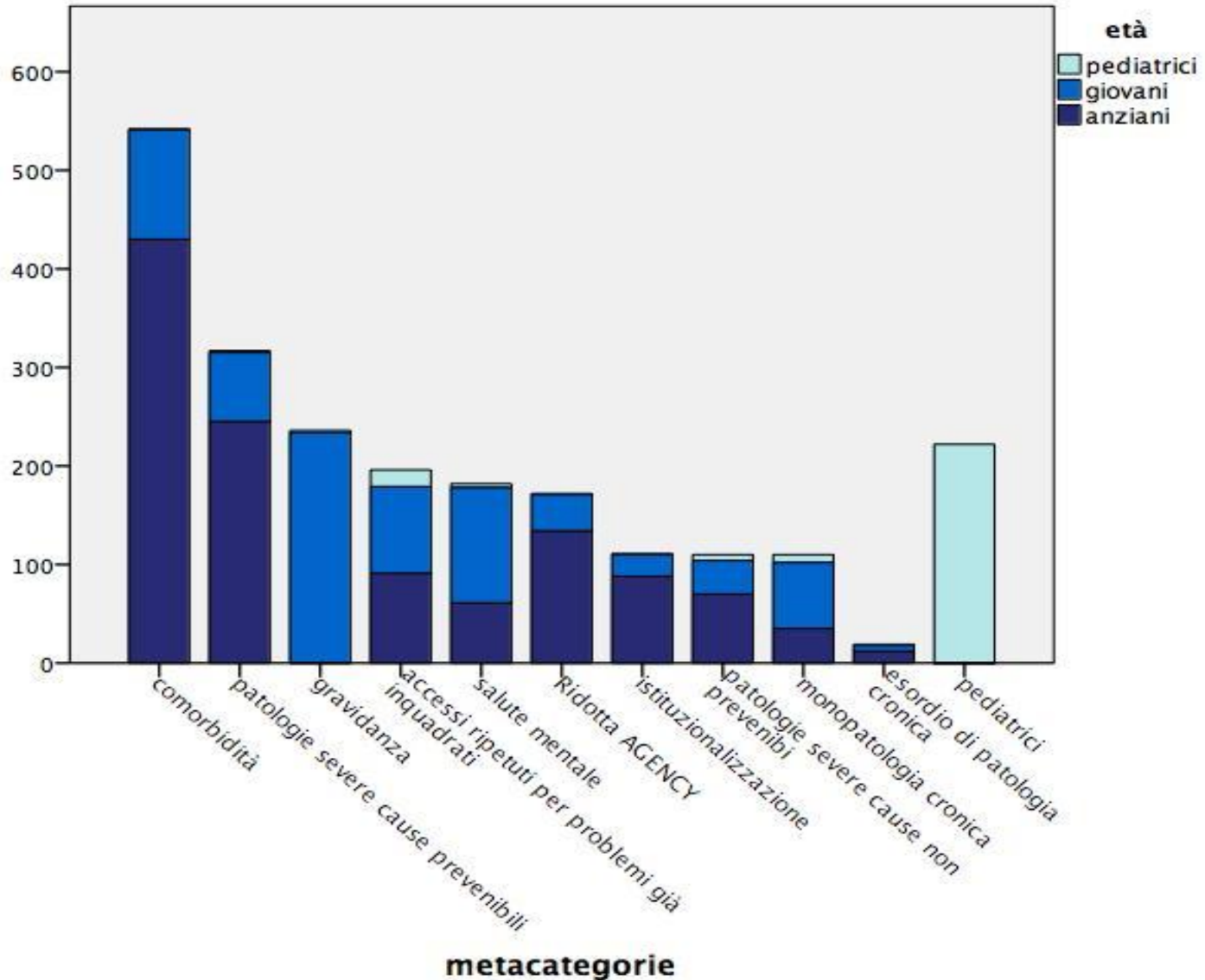
Il problema principale codificato all'ingresso del paziente risulta essere troppo vago per fornire un reale inquadramento del motivo di accesso. Quasi il 40% degli accessi viene codificato come "altri sintomi o disturbi".

Codifica all'uscita

La diagnosi codificata in uscita risulta essere invece fin troppo specifica, generando ben 475 codifiche diagnostiche che determinano un'eccessiva dispersione del dato.

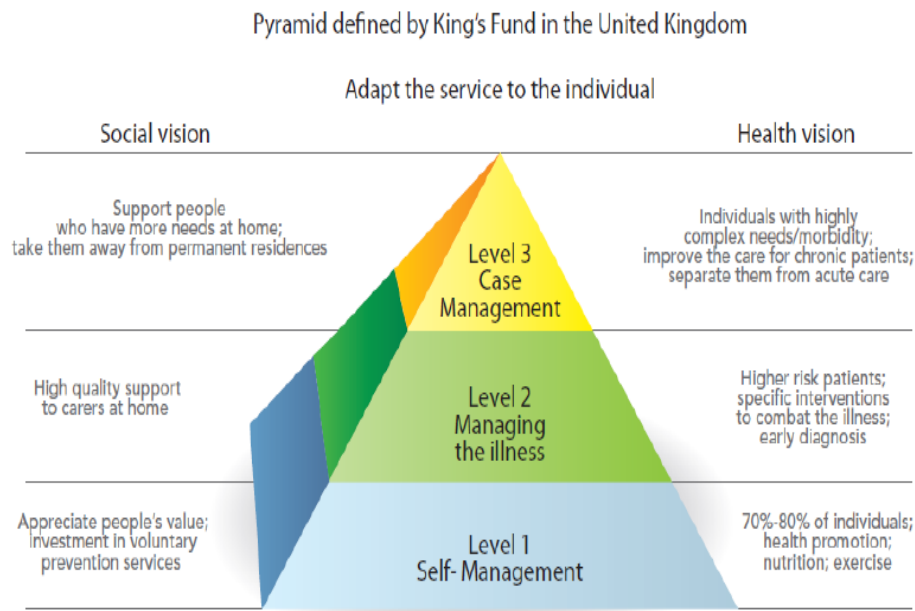
- Altre complicazioni specificate della gravidanza, condizione o complicazione antepartum 1098 (9.27%)
- Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi sanitari 916 (7.74%)

Analizzando le cartelle cliniche dei pazienti abbiamo ricostruito le categorie cercando di definire della meta-categorie tarate sui pazienti

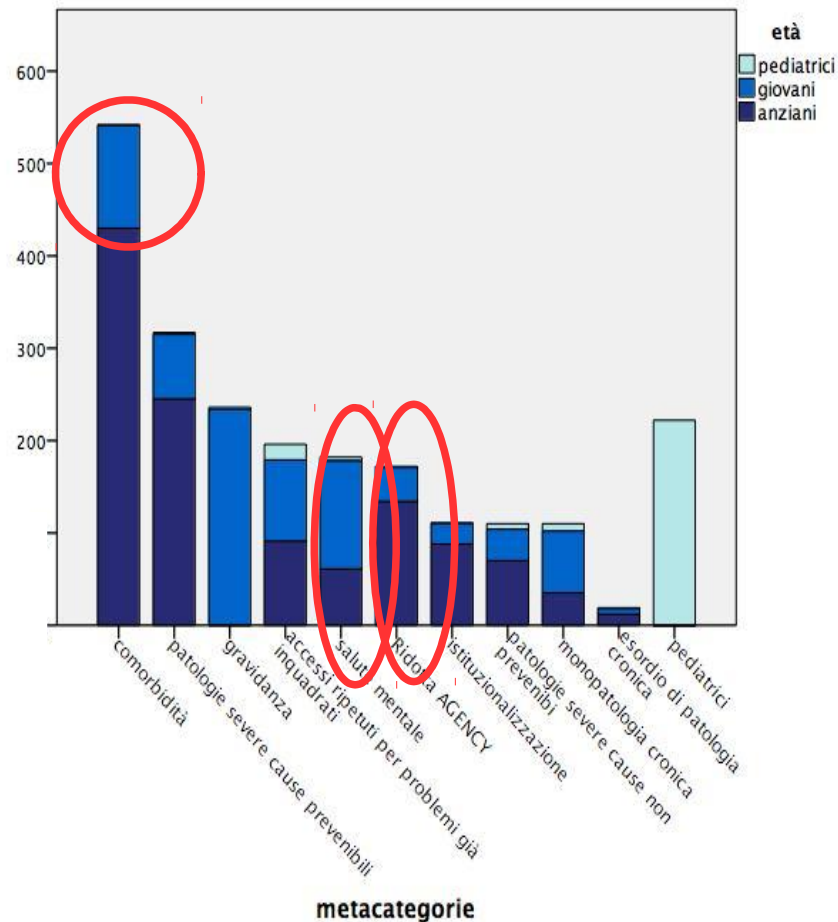


Queste categorie mostrano come fattori legati alla fragilità sociale ed alla vulnerabilità sono implicati nel maggiore utilizzo di pronto soccorso.

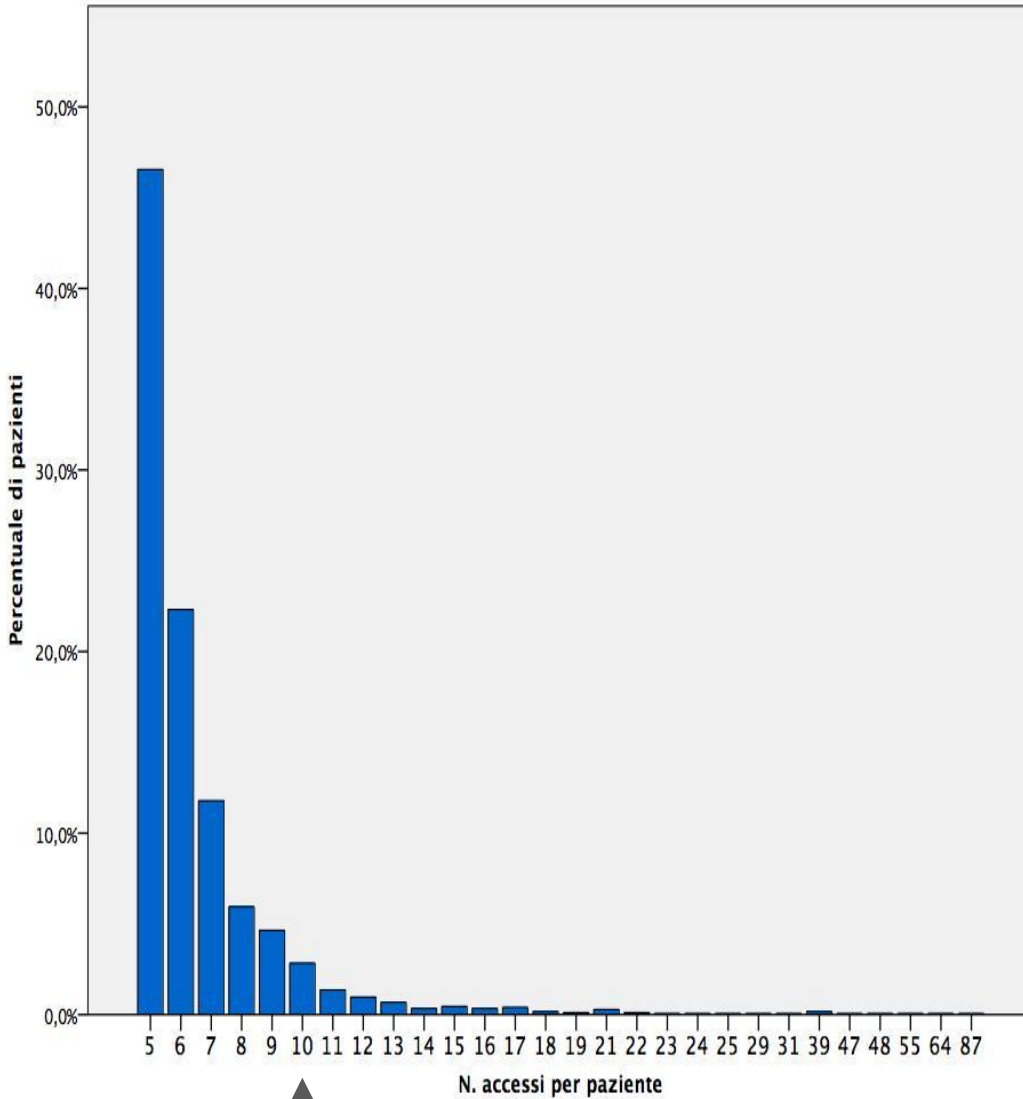
Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom



Source: King's Fund (C.Ham)



Numero di accessi per paziente



curva asintoto

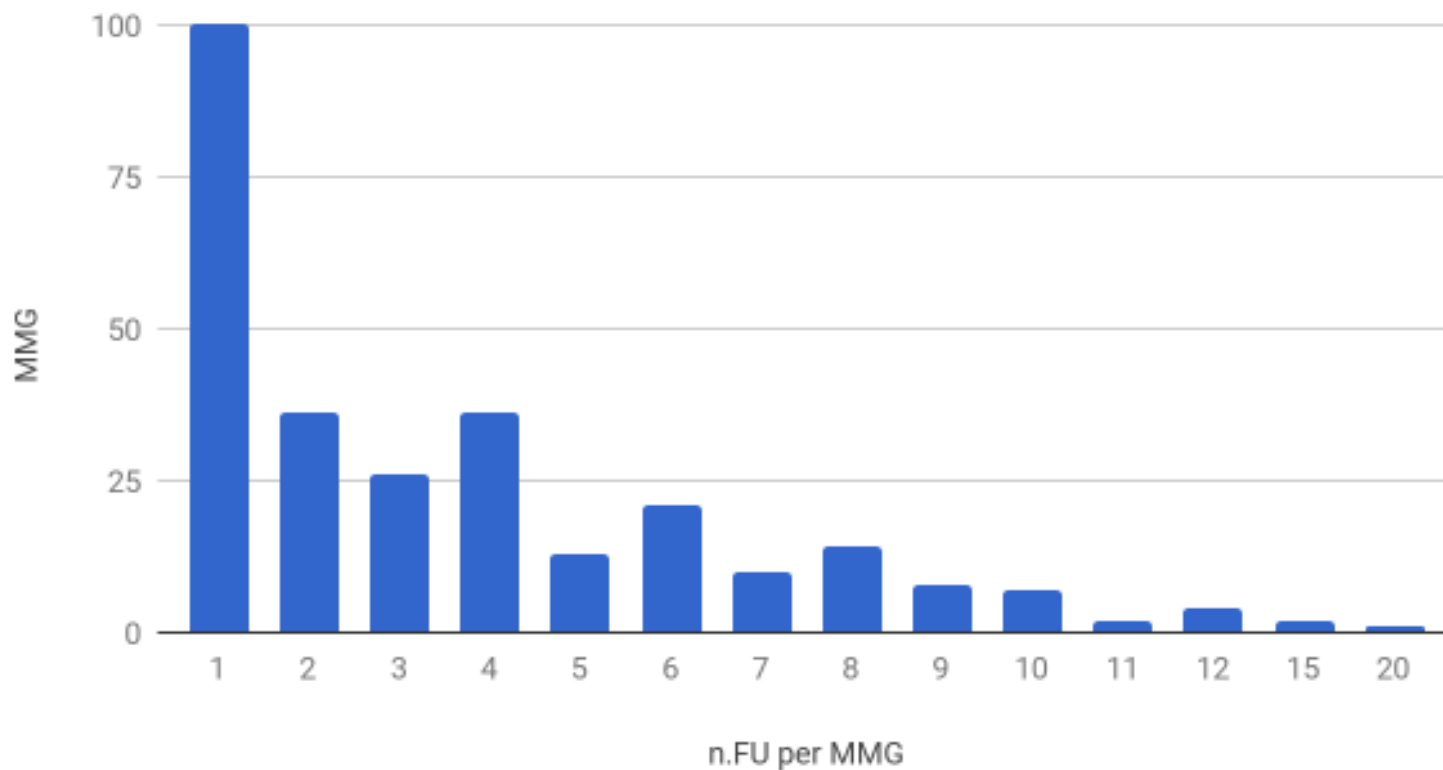
80% dei pazienti non supera i 7 accessi. Ciascun paziente ha effettuato, nel periodo considerato, una media di 6.7 accessi. Il "campione di accessi ha realizzato 87 accessi nel periodo considerato

I pazienti che hanno effettuato 10 o più accessi rappresentano meno del 10% del totale, ma realizzano complessivamente quasi il 20% degli accessi

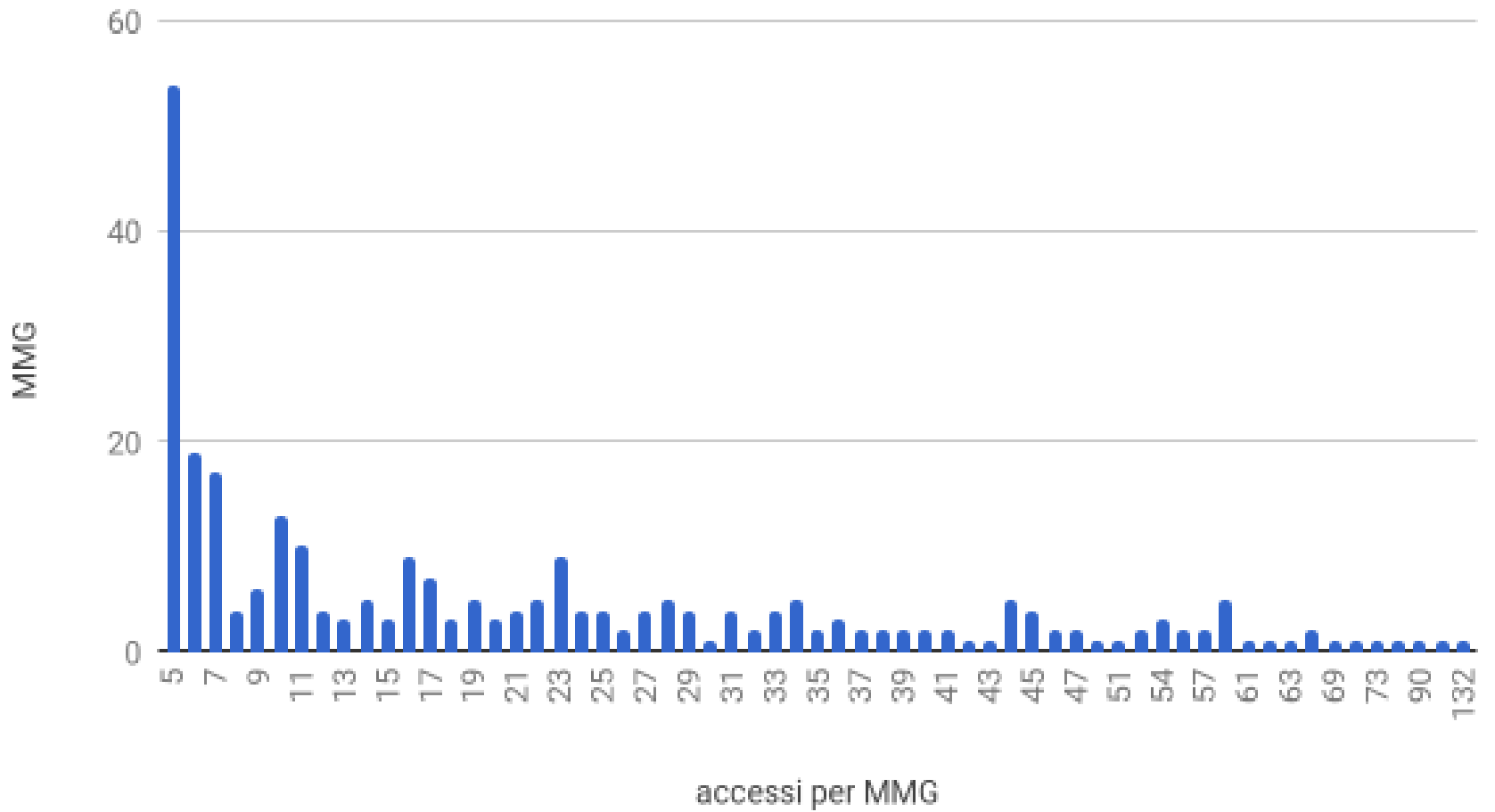
Cure Primarie e accessi

Anche per quanto riguarda la distribuzione dei medici dei pazienti per medico di famiglia si ha una apparente concentrazione.

Numero di FU per MMG



Numero di accessi MMG



Caso clinico #1

Maschio, 85 anni, italiano, residente a Ferrara

13 accessi, 7 ricoveri. 1 rosso, 4 gialli, 8 verdi

Anamnesi: Ipertensione arteriosa, BPCO, aneurisma aorta addominale con endoprotesi, FA in TAO, IRC, cardiopatia ischemica, vasculopatia periferica, IPB, gonartrosi, encefalopatia vascolare e demenza, ripetute cadute a domicilio.

Vive con la moglie.

Storia clinica:

#1 07/02: **crisi ipertensiva** in terapia assunta al bisogno

#2 17/03: riacutizzazione **gonartrosi**, si esegue infiltrazione

#3 19/06: **caduta** accidentale

#4 25/06: persistenza dolore dopo la caduta

#5 05/07: persistenza dolore dopo caduta, torna per fare rx mano

#6 19/07: ischemia cerebrale, ricovero

#7 09/08: aritmia, ricovero

#8 08/11: bronchite, ricovero

#9 12/12: **scompenso cardiaco**, intercorrente delirium iperattivo, ricovero

#10 09/02: scompenso cardiaco, ricovero

#11 24/02: IVU in seguito a cateterizzazione in seguente ricovero, ricovero

#12 11/03: scompenso cardiaco, ricovero

#13 29/03: scompenso cardiaco

Caso clinico #2

Maschio, 50 anni, Camerunense, residente a Ferrara

14 accessi, nessun ricovero. 7 gialli, 6 verdi, 1 bianco

Anamnesi: Ipertensione arteriosa, IRC, pregressa tiroidectomia, pregressa emorragia cerebrale con emiparesi dx ed epilessia secondaria, in corso di riabilitazione neuropsicologica.

Vive con la moglie, entrambi **disoccupati**. 3 figli piccoli

Storia clinica:

#1 18/01: **crisi ipertensiva**

#2 02/02: ipertensione scompensata

#3 02/03: ipertensione scompensata

#4 14/04: acufeni

#5 14/05: **crisi epilettica** (segnalata **scarsa compliance**)

#6 17/05: crisi epilettica

#7 23/05: crisi epilettica

#8 19/06: dolore toracico regredito spontaneamente

#9 02/08: ipertensione

#10 09/08: ipertensione

#11 28/09: esiti ictus

#12 08/10: **dorsalgia**

#13 09/12: **broncopolmonite**

#14 20/02: epistassi in crisi ipertensiva

Caso clinico #3

Femmina, 36 anni, italiana, residente a Portomaggiore.

39 accessi, 1 ricovero. 1 bianco, 32 verdi, 5 gialli, 1 rosso

Anamnesi: DM1, epilessia, disturbo di personalità istrionico, disturbo dell'adattamento con manifestazioni ansiose, ritardo mentale lieve, seguita dal servizio psichiatrico

Storia clinica:

#1,2: Accessi per **stato d'ansia**, richiede colloquio con psichiatra

#3: stato d'ansia seguente caduta con trauma cranico

#4,5: stato d'ansia

#6: scompenso glicemico (iperglicemia)

#7,8,9,10: stato d'ansia (in un caso segnalato diverbio familiare)

#11,12,13: accesso in PS con **abbandono** prima della visita medica

#14: crisi d'ansia

#15: caduta accidentale dalle scale

#16: accesso in PS con abbandono prima della visita medica

#17,18: scompenso glicemico

#19: trauma spalla

#20: diverbio familiare con caduta a terra e successiva agitazione con ideazioni autoadesive

#21,22: scompenso glicemico (ipoglicemia)

#23: accesso in PS con abbandono prima della visita medica

#24: caduta a terra, stato ansioso

#25, 26: stato soporoso per assunzione incongrua di benzodiazepine. Ritorna dopo diverse ore per cefalea

#27: accesso in PS con abbandono prima della visita medica

#28: cefalea

#29: diverse cadute a terra per astenia, stato di ansia

#30: crisi isteriforme

#31,32: crisi epilettica parziale

#33: riferisce **aggressione**, se ne va prima della visita

#34: vertigine con caduta

#35,36,37,38,39: crisi d'ansia

Caso clinico #4

Maschio, 85 anni, italiano, residente a Ferrara

9 **accessi**, 4 ricoveri. 1 rosso, 4 gialli, 4 verdi

Anamnesi: Ipertensione arteriosa, DM2 insulino dipendente, cardiopatia ischemica post-IMA, encefalopatia vascolare con decadimento cognitivo

Storia clinica:

#1 25/02 : **scompenso cardiaco** (dispnea da 2 settimane e vomito)

#2 06/03: persistenza del vomito

#3 20/03: edema polmonare acuto

#4 31/03: astenia per **sovradosaggio BDZ**

#5 02/04: ritenzione acuta di urina

#6 24/04: dispnea dndd

#7 27/04: crisi ipoglicemica, lesione trofica piede, stato di **deperimento organico**

#8 07/05: scompenso cardiaco, decadimento organico, sdr da allettamento

#9 17/07: dolore toracico, iporessia, sdr da allettamento


Caso clinico #5

Donna 91 anni, Italiana, residente in struttura

39 **acessi**:23 verdi, 16 codici gialli

Anamnesi: paziente pluri patologica, con decadimento cognitivo,encefalopatia vascolare ed esiti stabili di Ictus.

Tutti i 39 gli accessi sono dovuti ad una lussazione recidivante della mandibola “il più delle volte riducibile spontaneamente con il posizionamento corretto del tutore di contenimento” come riportato nel referto del PS.



- Vulnerabilità biologica
- Vulnerabilità sociale
- Vulnerabilità cognitiva
- Bassa Agency
- Basso empowerment



Assenza di
compensazione



Accumulo di patologia e
disabilità, aumento
progressivo della
complessità



Interventi integrati in rete
Sistemi di PHC