

10,30 – 12,00 SALA LEVANTE/PONENTE
IL FUTURO DELLA MEU

Giuseppe PEPE, MD, PhD

Dipart. Emergenza Urgenza. UOC Medicina Urgenza e PS
Ospedale Unico Versilia. Azienda USL Toscana Nord Ovest

• **Il percorso dal Pronto Soccorso all'OBI**



- Valorizzazione del personale sanitario
- Esisterà la MEU nel 2030?
- Next generation in MEU
-
- Si può e si deve: la MEU non è solo Pronto Soccorso

Policy statement SIMEU: Le unità di terapia semiintensiva di Medicina d'Emergenza Urgenza

Peculiarità MEU: *Spingersi FINO al proprio limite*



O.B.I. : come, quando e soprattutto perché ...

25-26 Novembre
2011
SIMEU - Pisa

G. Pepe



Quale nostra peculiarità ?

*"La Medicina d'Urgenza ha il compito di accettare, valutare e trattare le emergenze-urgenze; al termine di questo percorso **il medico deve decidere se dimettere o ricoverare il paziente**".*



Vito Giustolisi

*"L'osservazione breve intensiva (O.B.I.), è la **terza opportunità** a disposizione del medico di P.S. nella gestione delle emergenze/urgenze, per evitare il rischio di dimissioni e/o ricoveri inappropriati."*

Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU)

Osservazione Breve Intensiva (OBI): definizione

Osservazione Breve Intensiva riservata a quei pazienti per i quali non è **possibile prendere una decisione di esito** (dimissione o ricovero) nell'arco delle prime 4-6 ore dall'arrivo in PS e che necessitano pertanto di un **periodo più lungo di valutazione** per il raggiungimento della massima appropriatezza possibile nei ricoveri o dimissioni.

La parola **"intensiva"** è riferita a **meccanismi organizzativi e gestionali** e non fa riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi propri delle "terapie intensive".

E' il Percorso ad essere "intensivo"

Standard Organizzativi, SIMEU, FIMEUC – Ottobre 2011



Quale caratteristica peculiare della MEU?



Rapporto 1medico : 1paziente

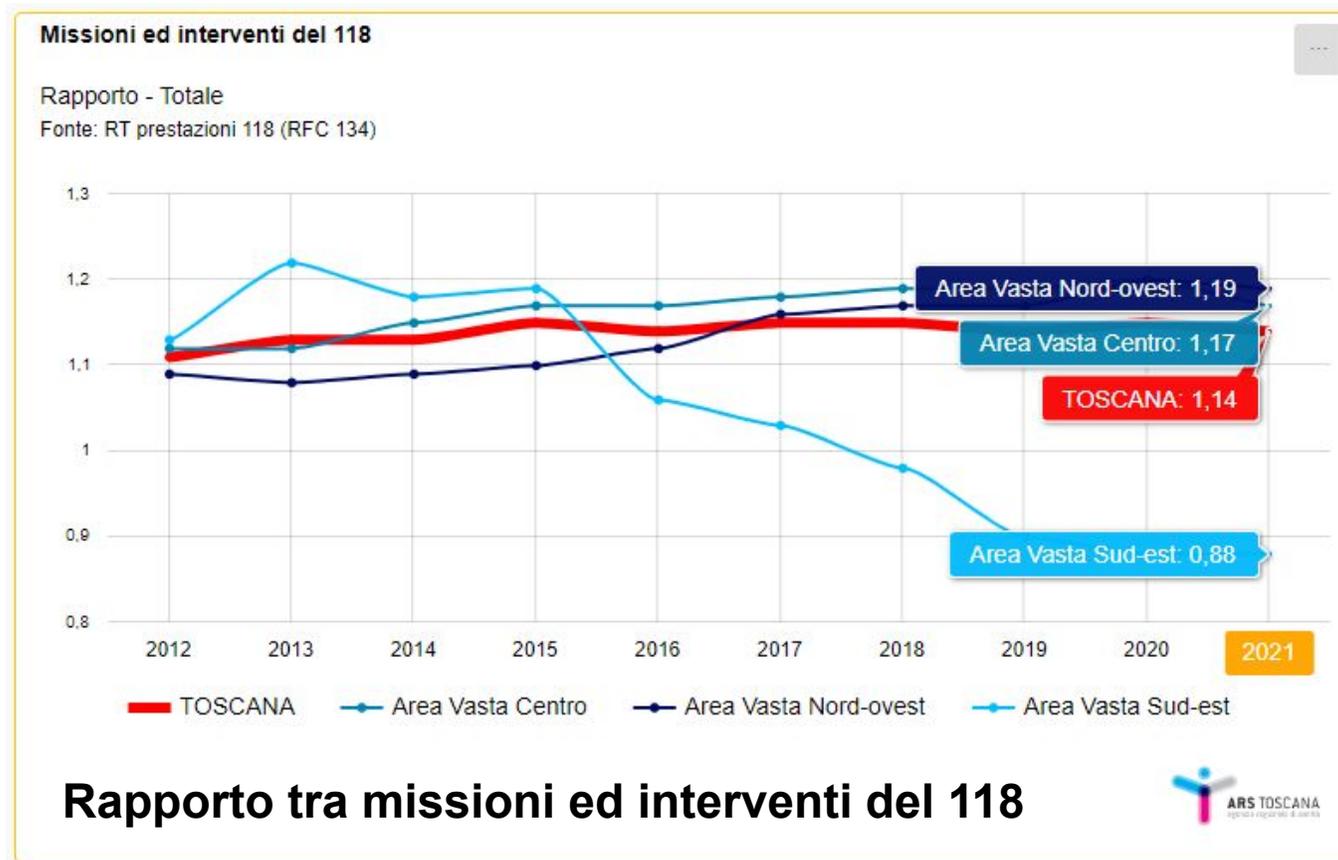
- Cardiologia: *il cuore* Rapporto 1:1
- Radiologia: *imaging* Rapporto 1:1
- Pediatria e geriatria: *età* Rapporto 1:1
- Neurologo: *il cervello* Rapporto 1:1
- **MeCAU:** *il tempo* Rapporto **1 : X**

Quale caratteristica peculiare della MEU?



- **Pre-Hospital:** *il tempo*

Rapporto **1 : 1,...**



Quale caratteristica peculiare della MEU?



- MeCAU (Hospital): *il tempo*

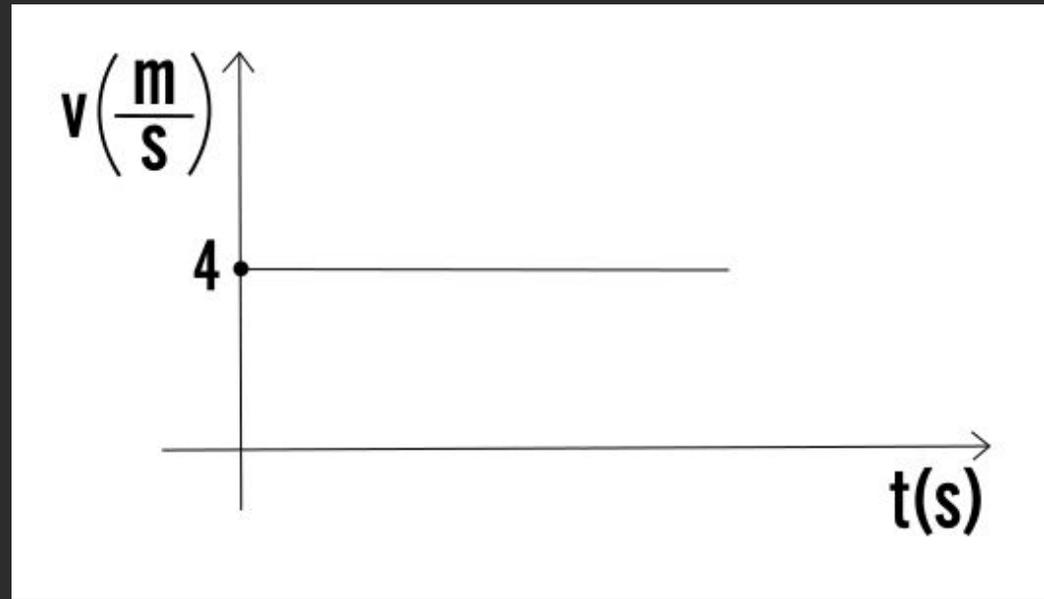
Rapporto **1 : X**

- *Stabilizzare ABC*
- *Inquadrare il problema*
- *Escludere le diagnosi più gravi*
- *Gestire la casistica contemporanea*

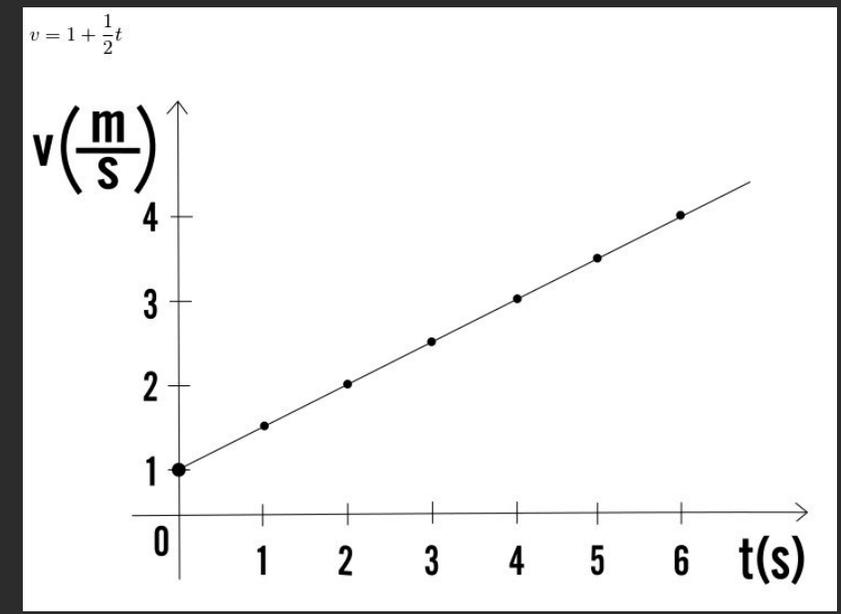
(attività *tempo-correlata*, spesso *tempo-confinata*)

*Il medico MEU (PS/OBI/HDU) è esperto (specialista) di gestione del TEMPO
e della casistica MULTIPLA contemporanea (MULTI-TASKING)*

Moto (attività) uniformemente accelerato



Moto (attività) rettilineo uniforme



Anche in Medicina

la **velocità** è il rapporto spazio/tempo $V = \frac{s}{t}$

Gestione dei tempi e della casistica presente in DEA

Pronto Soccorso "X" – Italia

presenze aggiornate al 09/08/2023 alle 9:12

Bianco -5	Verdi -3	Gialli - 2	Rossi -1	Stato
12	10	10	+1	In attesa
4	16	22	4	In visita
0	4	8	3	In attesa ricovero
0	9	11	2	Osservazione OBI

Cod1 - Rosso ICTUS/POLITRAUMA/STEMI

Totale presenze: **115**

Bianco-5	Risorse assorbite al DEA: 1 medico, 2 infermieri, 1 OSS, 1 radiologo, 1 TSRM, 2 Lab
76	

Risorse da "distribuire equamente" ai restanti 114

Pianificazione organizzativa e capacità decisionale del medico di PS /MU



Il paziente non sta male, non sappiamo cos'ha e prendiamo tempo ... (bassa intensità terapeutica, ma alta criticità potenziale)

Il paziente sta male, sappiamo cos'ha e contiamo di risolverlo velocemente ... (alta intensità terapeutica, ma bassa complessità)

Il dilemma:

Cosa dobbiamo fare con i pazienti che necessitano tra le 6 e le 24 (36) ore di assistenza ?

Ricoverarli ?

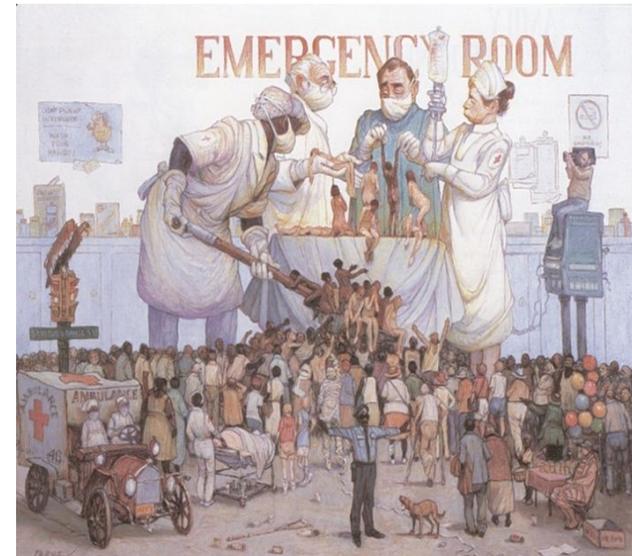
.... probabilmente un ricovero improprio e peggioramento attività di filtro.

Dimetterli ?

.... Possibilità di fallire una diagnosi con un rischio di out-come sfavorevole.

Trattenerli in PS per 6-24 ore ?

.... Rischiamo overcrowding, non garantiamo il confort al paziente, peggioriamo la percezione di qualità delle cure.



***Percorso
PS-OBI***

Un secondo dilemma: " Tutto in 24 ore ? "

- Una malattia potenzialmente pericolosa, ma non abbastanza tempo per escluderla.
- Troppo "malato" per andare a casa, ma non troppo grave per essere ricoverato.
- Il pressante "bisogno umano" delle fasce vulnerabili e le loro "necessità psico-sociali", che non possono essere onorate con un ricovero, ma alle quale bisogna dare una risposta.

***Percorso
OBI***

Il Paziente "delle 6-24 ore"

Sono (erano?) pazienti "scomodi" per la Medicina Internistica e per quella specialistica:

- gli amministratori li considerano pazienti che non valgono il costo del ricovero (DRG a "basso peso", rischio inappropriatazza)
- i dottori in degenza non sono abituati a gestirli
- questi pazienti sono tuttavia a rischio di dimissione impropria (IMA non diagnosticato, appendicite, stroke, ect)

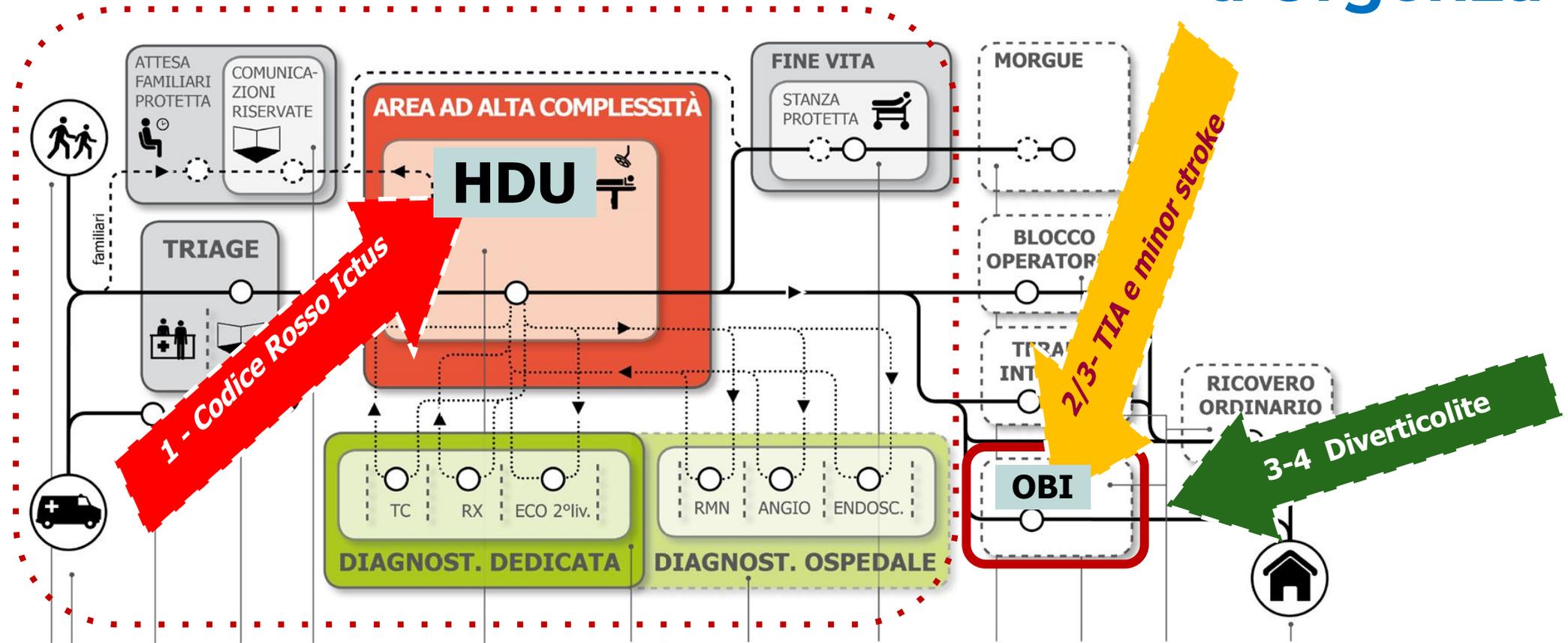
***Percorso
OBI***

Dunque, chi se ne deve occupare ?

Il medico d'Emergenza/Urgenza

Articolazioni funzionali e strutturali della Medicina d'Urgenza

**DEA
PS**



HDU - high dependency unit: area subintensiva dedicata alla **stabilizzazione patologie tempo dipendenti**

OBI - **osservazione evolutiva e completamento diagnostico terapeutico**

I principi della medicina (e chirurgia) osservazionale in MEU

1. **Preciso iter diagnostico-terapeutico** raggiungibile con **alta probabilità** (70-80%) entro i tempi stabiliti (<24 h) e conclusivo con esito in dimissione.
2. **Limitata intensità** del servizio erogato e della **severità** di malattia.
3. **Sede** dell'area OBI **vicina al PS**.
4. **Tempo** sufficiente **da dedicare** al paziente, sia medico che infermiere.
5. **Continuità di cura** (follow-up).
6. **Attenta revisione manageriale**, con rispetto di protocolli ed indicatori.
7. **Beneficio economico** e **aumento capacità posti letto** dell'ospedale.

Indicatori

- % pazienti ammessi in OBI
- % di ricovero (funzione di filtro di II linea)
- N° osservazioni/ posto letto / anno
- Permanenza media in OBI (ore)
- % di outliers (osservazione superiore > 48 ore)
- appropriatezza ammissione OBI (secondo i criteri predefiniti)
- % occupazione OBI "boarded" (pz attesa ricovero, se OBI ibride)
- Indice di rappresentazione a 72 ore (dopo OBI)

Anno 2022

Accessi
70.698

[Q Dettaglio](#)

Ricoverati
8.020

[Q Dettaglio](#)

OBi
3.520

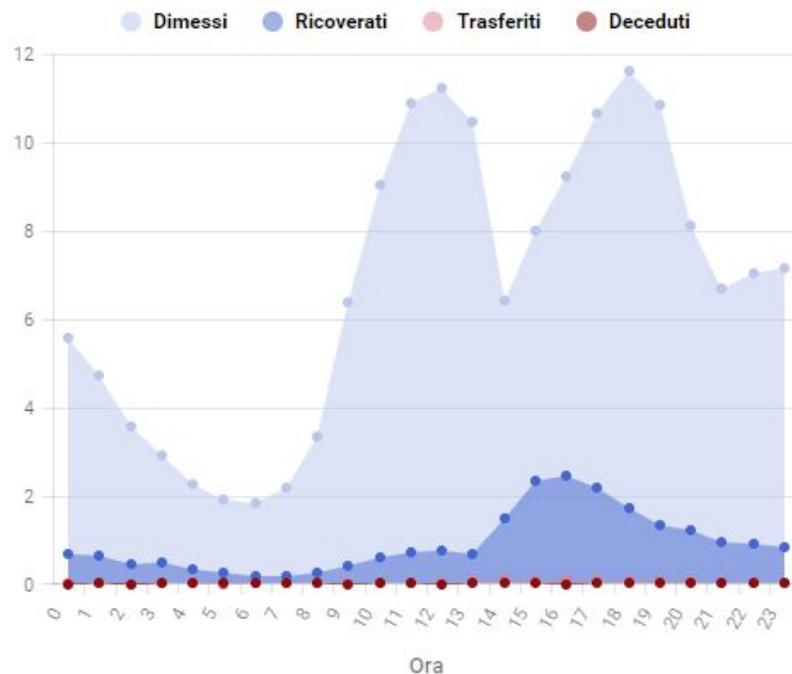
[Q Dettaglio](#)

Dimessi
58.185

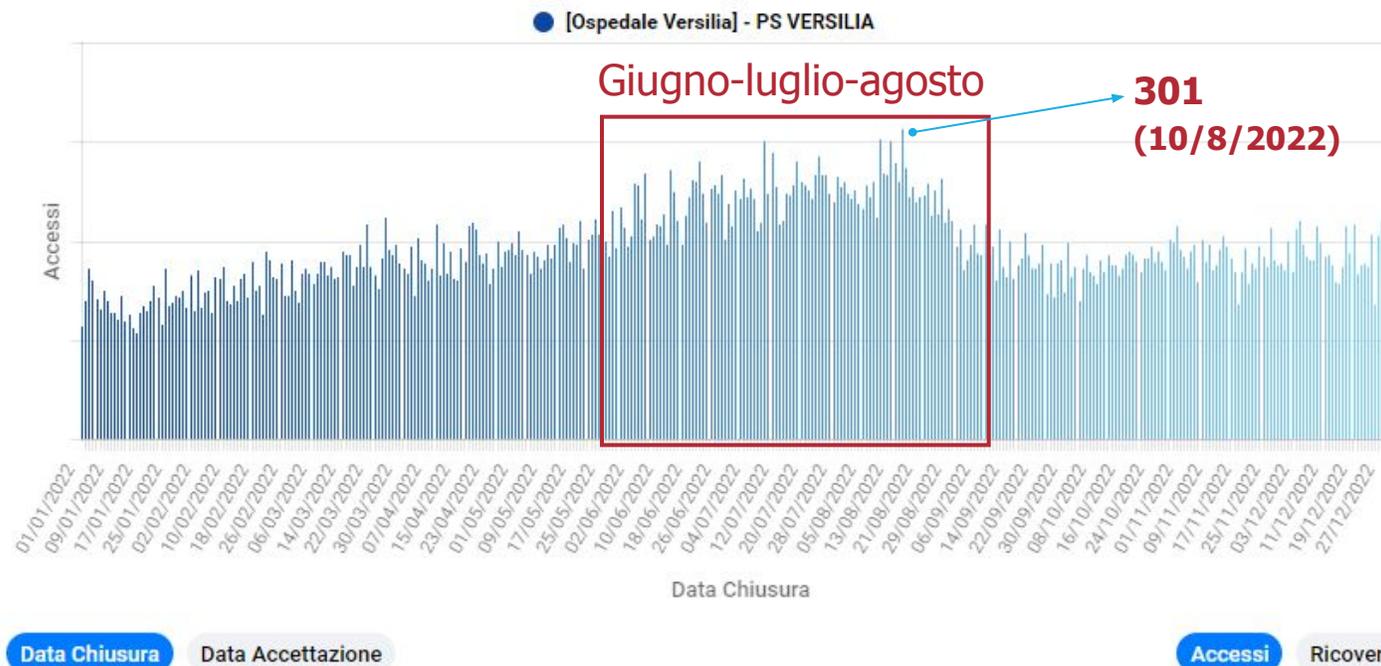
Altri
3.844

[Q Dettaglio](#)

Carico di Lavoro Medio Orario per Tipologia di Esito



Accessi e Ricoveri per Unità Accettazione



Anno 2022

Accessi
70.698
[Dettaglio](#)

Ricoverati
8.020

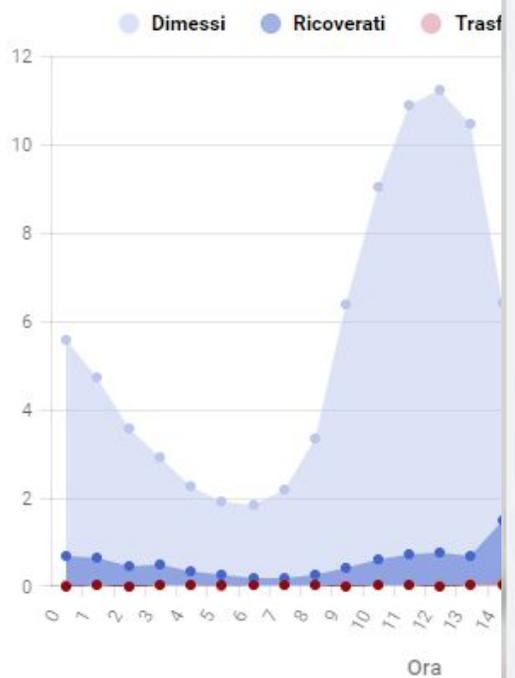
Trasferiti **431**
 Deceduti **223**

OBI 5% degli accessi
12 pl + 4 HDU
 (indice 220/pl)

Dettaglio OBI

Distribuzione OBI per Reparto

Carico di Lavoro Medio Orario per Tipologia



Cerca

Presidio	% Dimessi	% Ricoveri
[Ospedale Versilia] - OBI Ostetricia/Ginecologia	54,68 %	45,32 %
[Ospedale Versilia] - OBI Psichiatria	100,00 %	0,00 %
[Ospedale Versilia] - g1- OBI di PS	85,45 %	14,55 %
[Ospedale Versilia] - g2- HDU	52,10 %	47,90 %
[Ospedale Versilia] - z2- OBI Pediatrico	83,10 %	16,90 %

OBI

3.520

[Dettaglio](#)

	% Dimessi	% Ricoveri
[Ospedale Versilia] - OBI Ostetricia/Ginecologia	54,68 %	45,32 %
[Ospedale Versilia] - OBI Psichiatria	100,00 %	0,00 %
[Ospedale Versilia] - g1- OBI di PS	85,45 %	14,55 %
[Ospedale Versilia] - g2- HDU	52,10 %	47,90 %
[Ospedale Versilia] - z2- OBI Pediatrico	83,10 %	16,90 %

Dettaglio OBI

Distribuzione OBI per Reparto

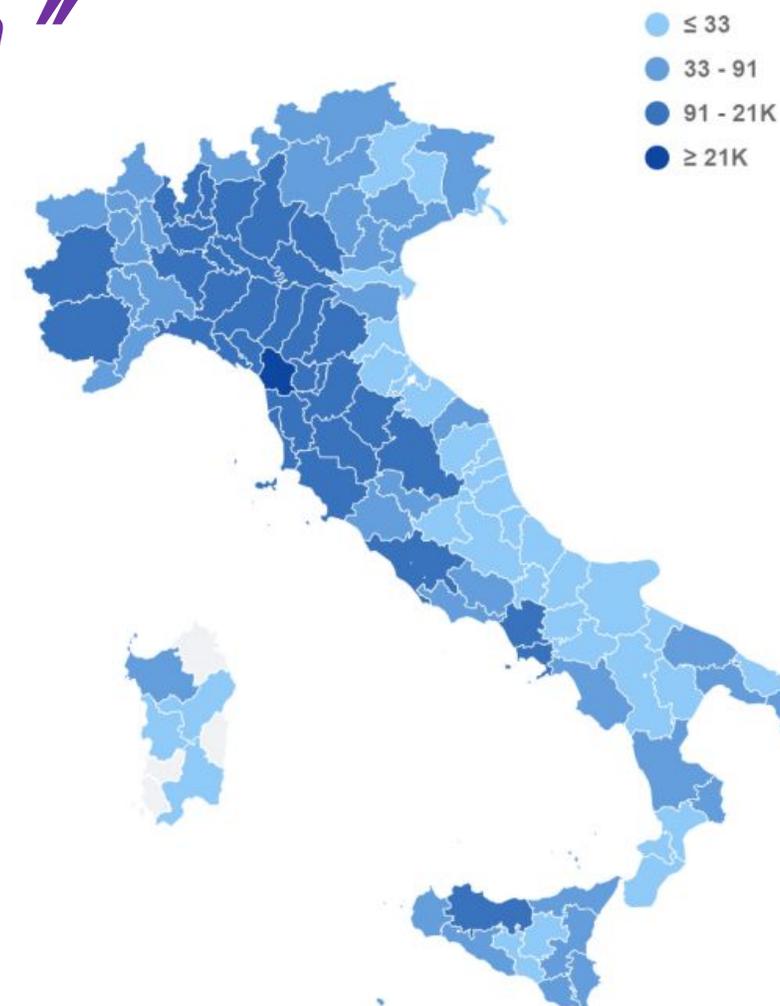
Cerca

Presidio	Numero Pazienti	% Dimessi	% Ricoveri
g1- OBI di	5.976	84,64 %	15,36 %
g2- HDU	1.505	52,49 %	47,51 %

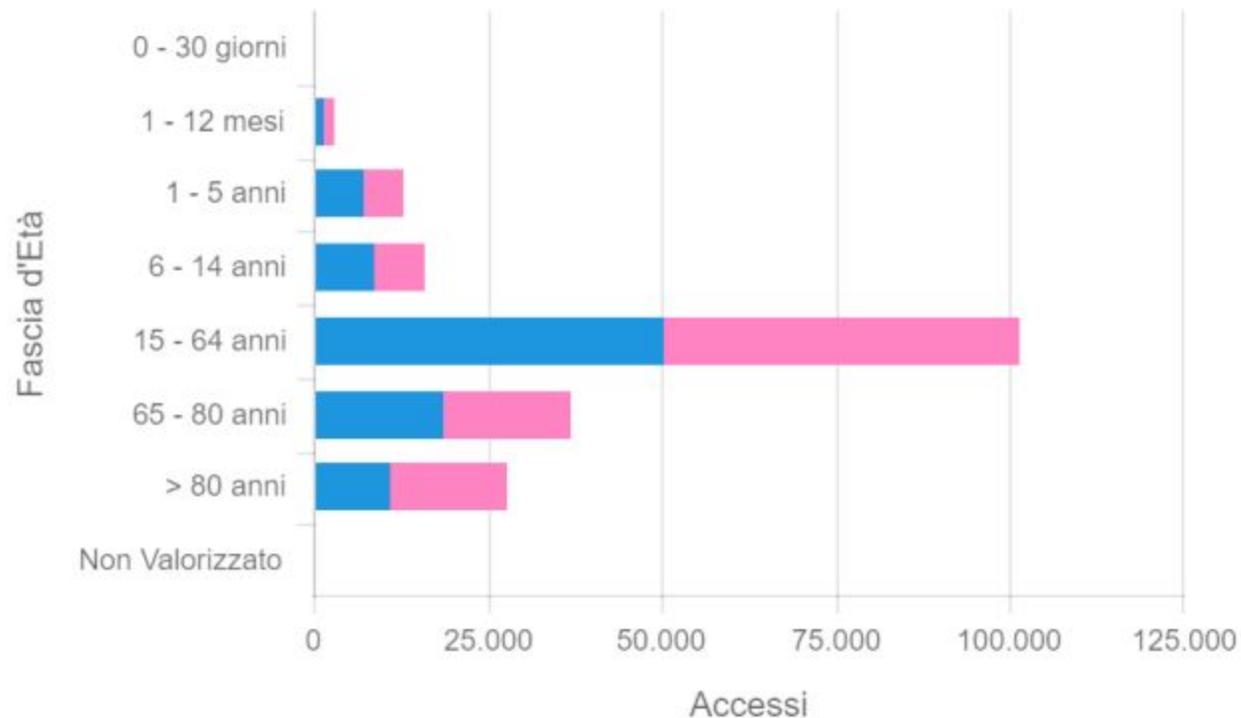
Esito HDU: 47% **ricovero**, verso un livello di più bassa intensità di cura

"Accessibilità e attrattività"

Accessi per Residenza del Paziente

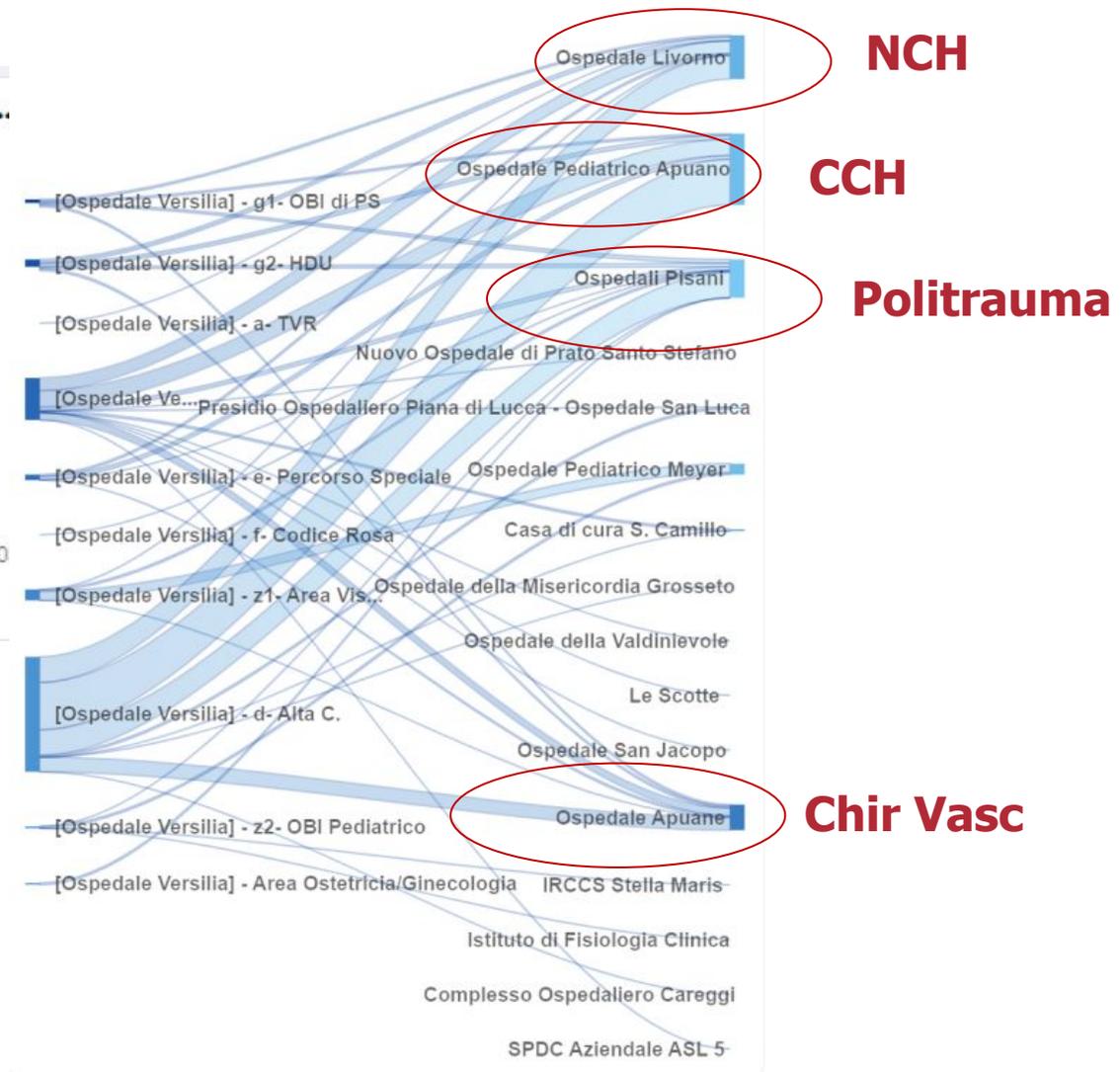
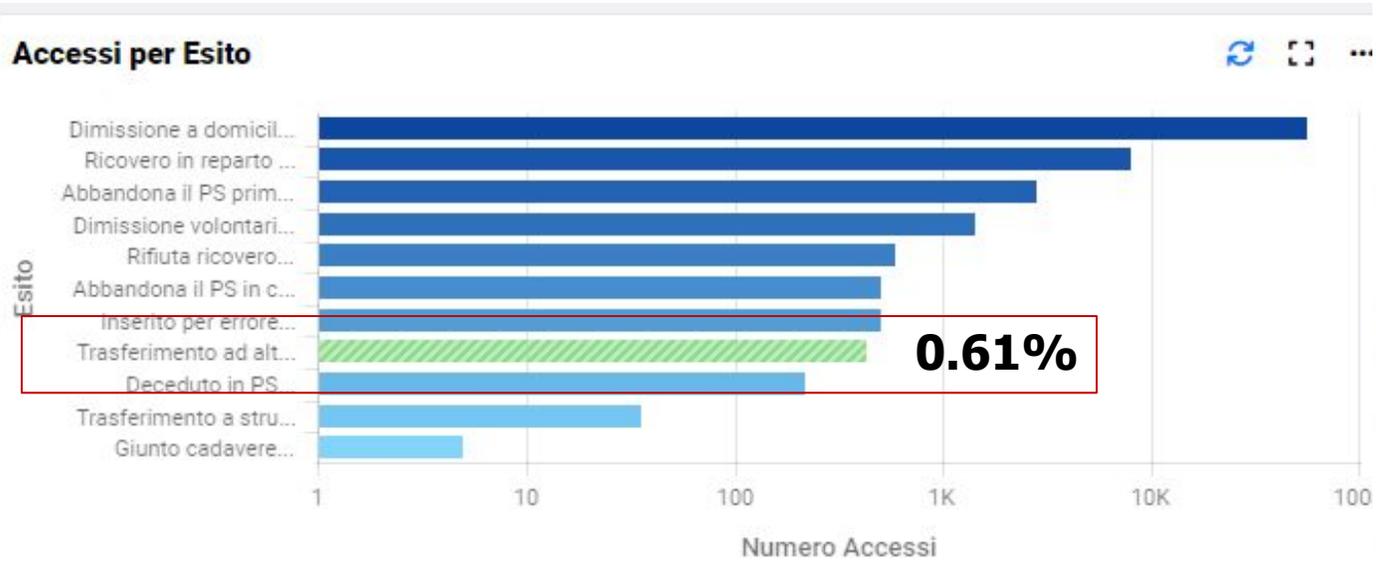


Accessi per Fascia d'Età



Accessi in DEA: 198.982 (30 mesi)

Dove si trasferisce



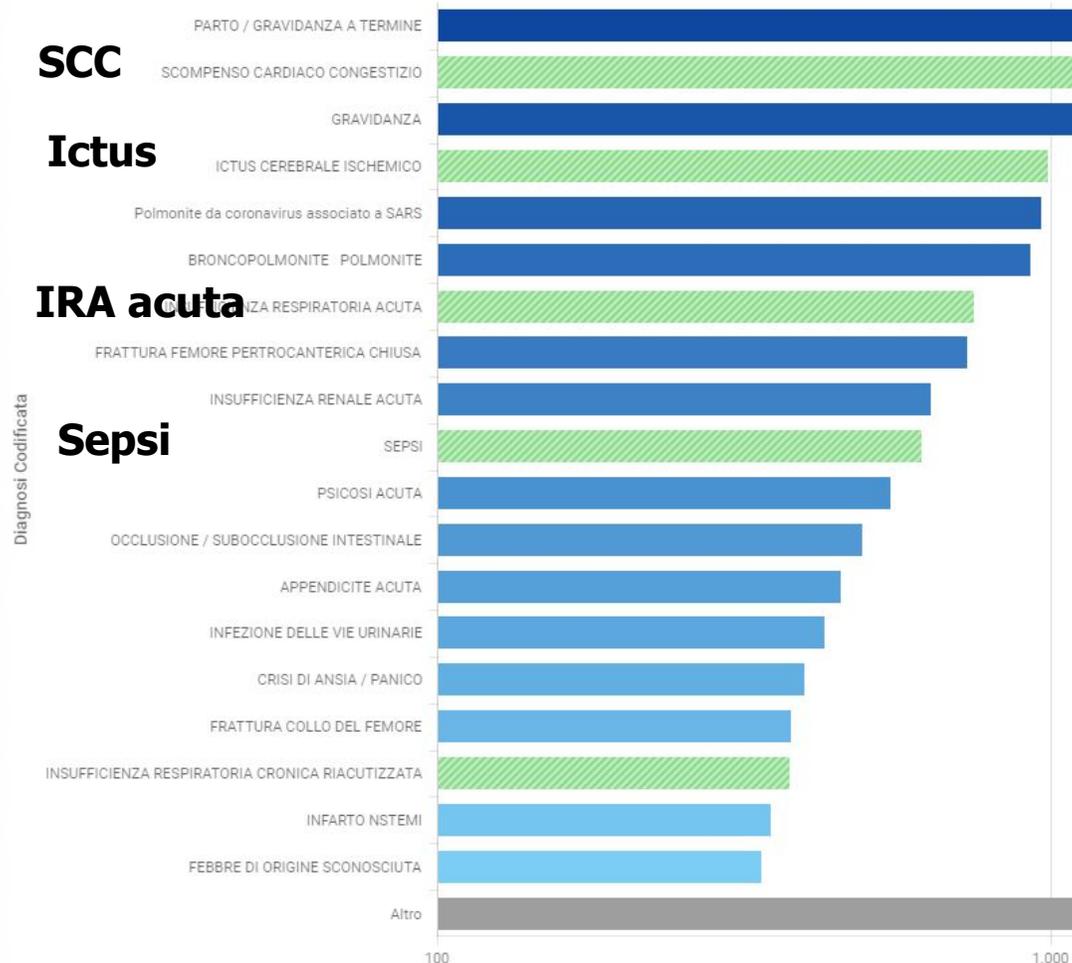
Sistema Hub & Spoke

- Centralizzazioni secondarie
- Reti tempo-dipendenti

Cosa si ricovera

Numero di Ricoveri per Diagnosi Codificata

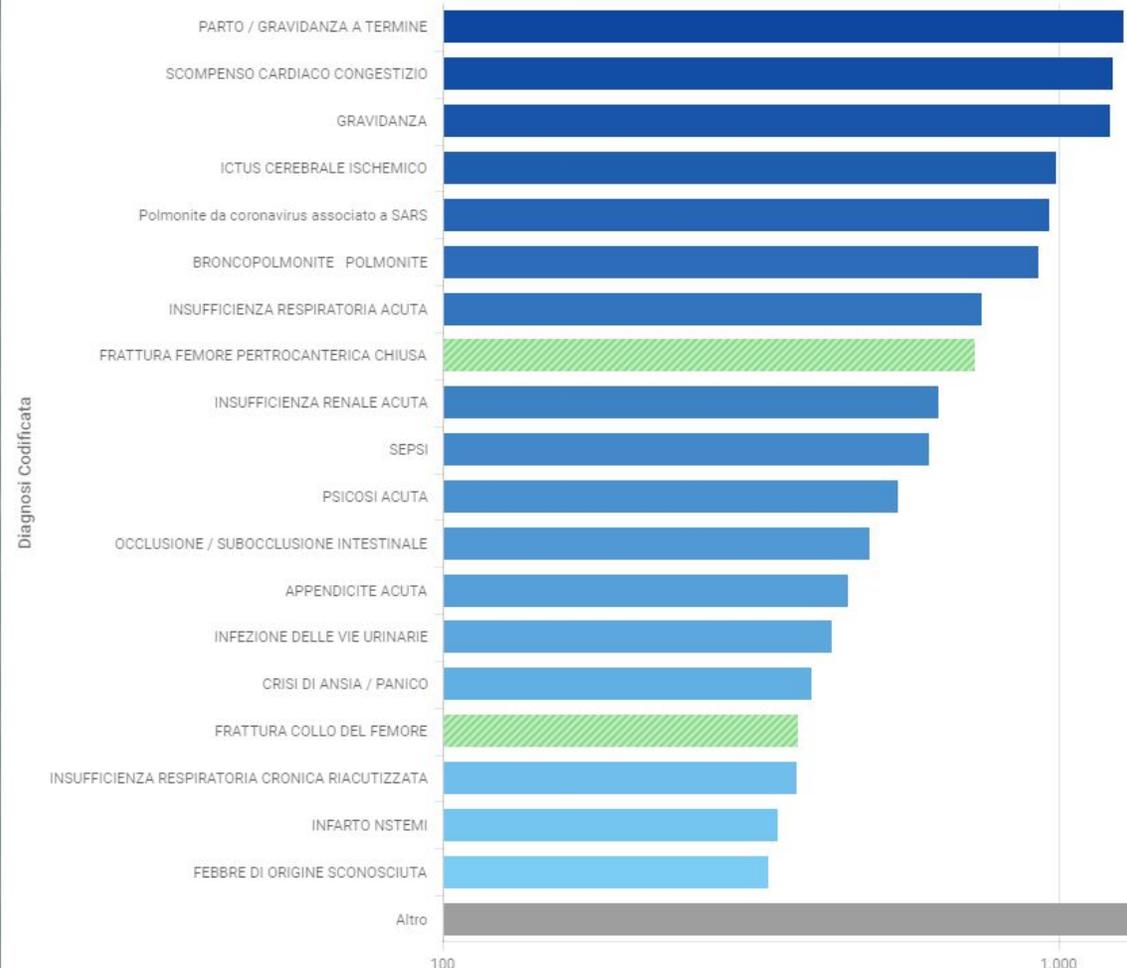
Top 20 diagnosi codificate più frequenti



Numero di Ricoveri per Diagnosi Codificata

Top 20 diagnosi codificate più frequenti

Fratture



Medicina Emerg Urgenza / PS

Anno 2020-2023

Dove si ricovera

Numero di Ricoveri

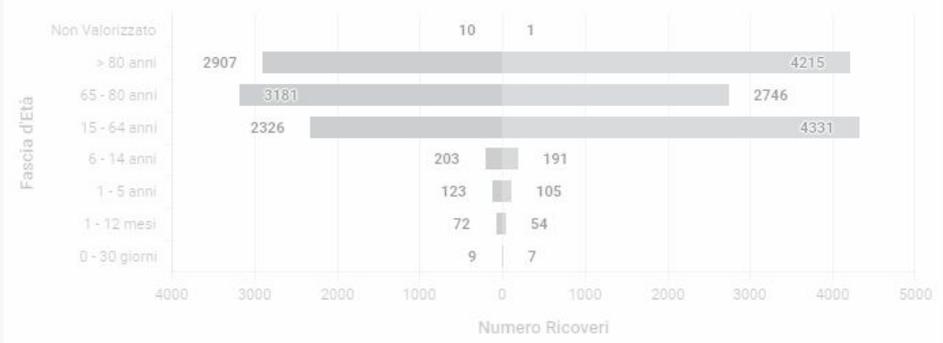
Totale, Ultima Rivalutazione Triage, Dinamica Evento, Reparto Ricovero

Totale, Reparto Ricovero	Numero Ricoveri	% Ricoveri	Ricoveri con OBI	% Ricoveri con OBI
Totale	20.481	100,00%	2.012	9,82%
[Ospedale Versilia] - NEFROLOGIA	906	4,42%	94	4,67%
[Ospedale Versilia] - TERAPIA INTENSIVA	435	2,12%	50	2,49%
[Ospedale Versilia] - NEUROLOGIA	894	4,37%	178	8,85%
[Ospedale Versilia] - PEDIATRIA	882	4,31%	289	14,36%
[Ospedale Versilia] - CARDIOLOGIA	1.664	8,12%	196	9,74%
[Ospedale Versilia] - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.848	13,91%	353	17,54%
[Ospedale Versilia] - CHIRURGIA GENERALE	1.884	9,20%	144	7,16%
[Ospedale Versilia] - MEDICINA GENERALE	7.078	34,56%	568	28,23%
[Ospedale Versilia] - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.821	13,77%	28	1,39%
[Ospedale Versilia] - MED.SPEC. - PNEUMOLOGIA	386	1,88%	59	2,93%
[Ospedale Versilia] - GERIATRIA	683	3,33%	53	2,63%

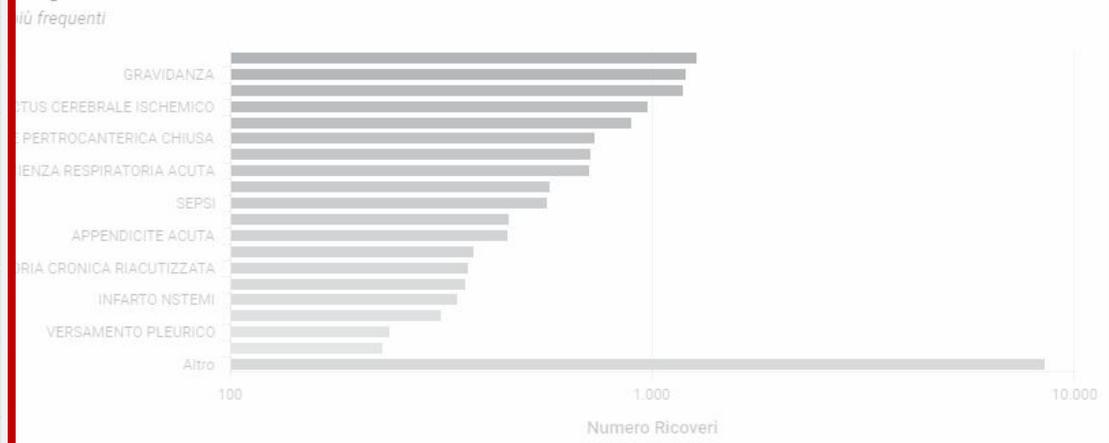
% di Ricoveri sul Totale Accessi



Numero di Ricoveri per Fascia d'Età e Sesso

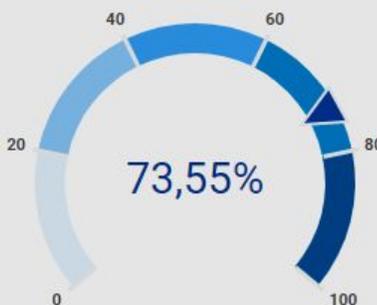


Diagnosi Codificata



Prestazioni "pesanti" (procedure specialistiche effettuate dal PS)

% di Ricoveri sul Totale Accessi



710 con

- Toracentesi+Drenaggio Toracico
- Ventilazione polmonare non invasiva

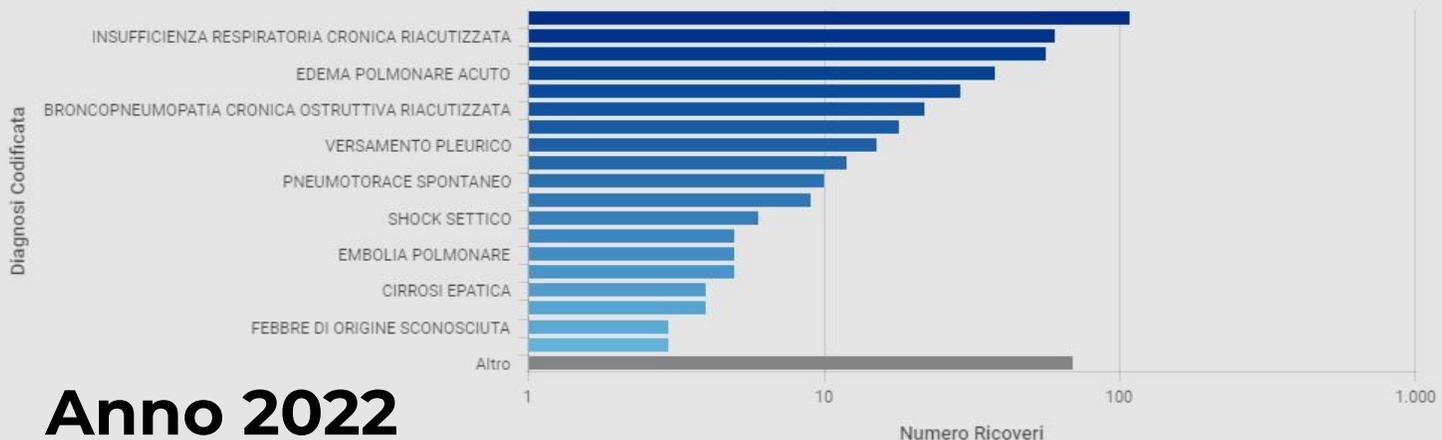
Numero di Ricoveri

Totale, Ultima Rivalutazione Triage, Dinamica Evento, Reparto Ricovero

Totale, Reparto Ricovero	Numero Ricoveri	% Ricoveri
Totale	481	73,55%
[Ospedale Versilia] - NEFROLOGIA	10	2,08%
[Ospedale Versilia] - TERAPIA INTENSIVA	40	8,32%
[Ospedale Versilia] - NEUROLOGIA	3	0,62%
[Ospedale Versilia] - UROLOGIA	1	0,21%
[Ospedale Versilia] - CARDIOLOGIA	29	6,03%
[Ospedale Versilia] - TERAPIA INTENSIVA - COVID	5	1,04%
[Ospedale Versilia] - CHIRURGIA GENERALE	10	2,08%
[Ospedale Versilia] - PSICHIATRIA	1	0,21%
[Ospedale Versilia] - MEDICINA GENERALE	270	56,13%
[Ospedale Versilia] - MED.SPEC. - GASTROENTEROLOGIA	5	1,04%
[Ospedale Versilia] - MED.SPEC. - PNEUMOLOGIA	52	10,81%
[Ospedale Versilia] - GERIATRIA	23	4,78%
[Ospedale Versilia] - ONCOEMATOLOGIA	1	0,21%
[Ospedale Versilia] - MEDICINA GENERALE - COVID	30	6,24%
[Ospedale Versilia] - CARDIOLOGIA - COVID	1	0,21%

Numero di Ricoveri per Diagnosi Codificata

Top 20 diagnosi codificate più frequenti



Anno 2022

La tempistica OBI / HDU

Tempi di Osservazione per Esito (ore)

Totale, Tempo di Osservazione, Esito	Numero Accessi	Percentuale Accessi	Tempo Osservazione Medio
▼ Totale	3.520	100,00%	-
▶ < 6 ore	397	11,28%	2h 34m
▶ 6 - 12 ore	224	6,37%	9h 6m
▶ 12 - 24 ore	1.064	30,27%	18h 28m
▶ 24 - 48 ore	1.070	30,44%	1g 13h 9m
▶ 48 - 72 ore	504	14,34%	2g 12h 38m
▶ 72 - 96 ore	161	4,58%	3g 12h 17m
▶ 96 - 120 ore	53	1,51%	4g 12h 16m
▶ 120 - 144 ore	21	0,60%	5g 8h 57m
▶ 144 - 240 ore	13	0,37%	6g 16h 44m

<24 ore: **36%**

< 48 ore: **66%**

> 48/72 ore: **20%**

Anno 2022

Evidence Based Emergency Observation Medicine (Randomized Controlled Trials / Observational Studies / Registry Data)

OBI
*Lista di patologie
blindata o flessibile ?*

*American College of
Emergency Physicians
(ACEP).
State of the Art: Observation
Units in the ED - 2011*

Rank	Adult Condition List	Estimated Prevalence	RCT	OS	RD
1 ✓	Chest Pain- r/o Acute Cardiac Ischemia	80.6%	XXX	X	X
2	Asthma	56.1%	X	X	X
3 ✓	Syncope	11.2%	X	X	X
4 ✓	TIA	6.1%	X	X	X
5	DVT	1.0%	X	X	X
6	Abdominal Pain	57.1%		X	X
7	Psychiatric conditions	14.3%		X	X
8	CHF	11.2%		X	X
9	Head Injury	8.2%		X	X
10	Pyelonephritis / UTI	7.1%		X	X
11 ✓	Cellulitis / Soft tissue infections			X	X
12 ✓	Upper GI Bleeding			X	X
13	Atrial Fibrillation		X	X	X
14	Abdominal trauma			X	X
15	Drug OD (clinically stable)			X	X
16	Pneumonia			X	X
17	Dehydration / Vomiting / Diarrhea	32.3%			X
18	Social services management	14.3%			X
19	Renal Colic / Kidney Stones	7.1%			X
20	Extremity Pain / Injury	4.1%			X
21	Intractable Back Pain	3.1%			X
22 ✓	Vertigo / ENT problems	1.0%			X
23	Blood Transfusions	1.0%			X
24	Alcohol intoxication				X
25	Intractable Headache				X

Ictus eleggibile per trombolisi

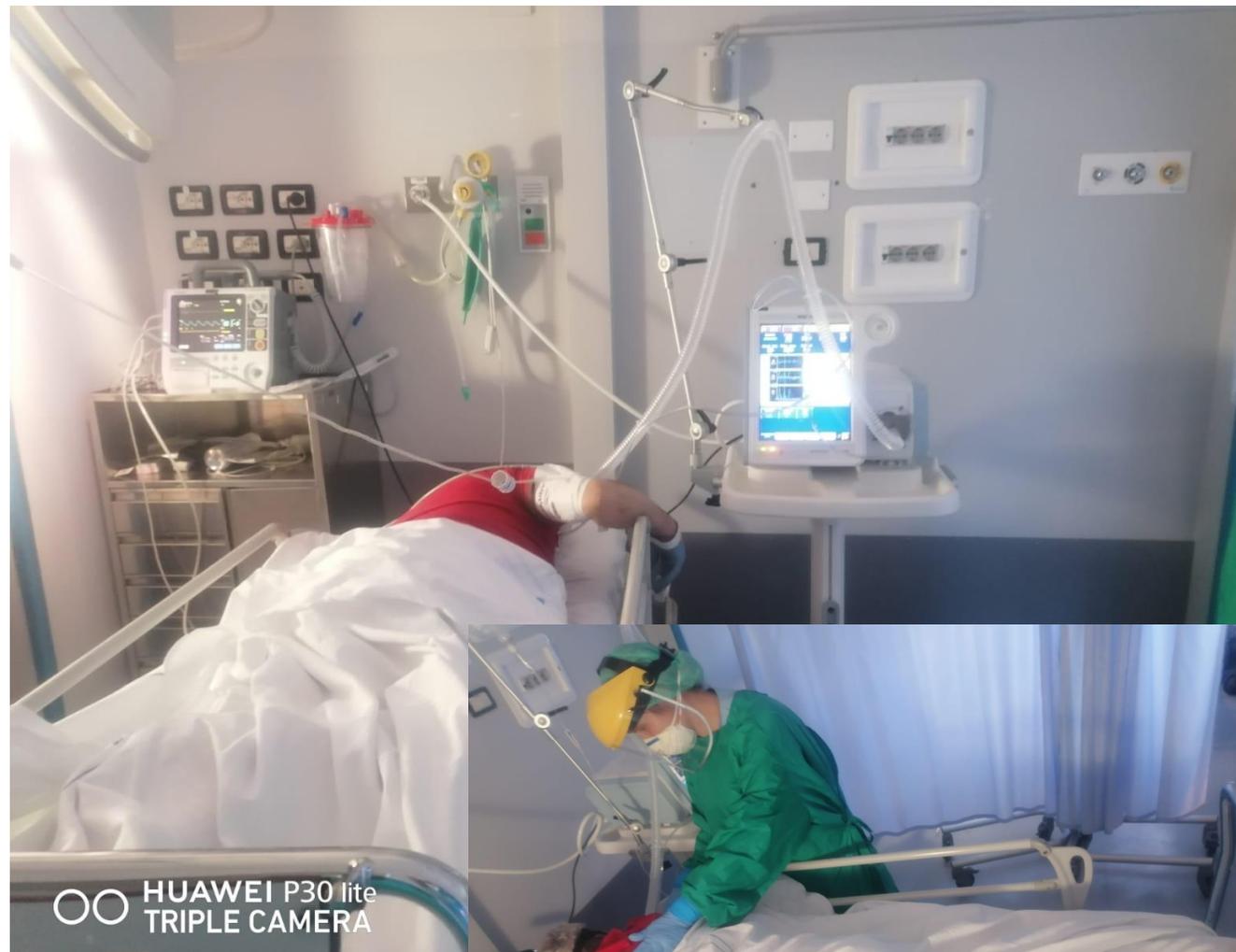
La fase ***tempo-dipendente*** del percorso ictus ischemico acuto si realizza e si deve esaurire nelle 24 ore del percorso.

Dopo stabilizzazione il paziente con ictus può essere affidato alla media complessità di cura ospedaliera



Pandemia COVID

- **Ventilazione non invasiva (NIV)**
- **Pronazioni**
- **Terapie antivirali ev**



○ ○ HUAWEI P30 lite
TRIPLE CAMERA



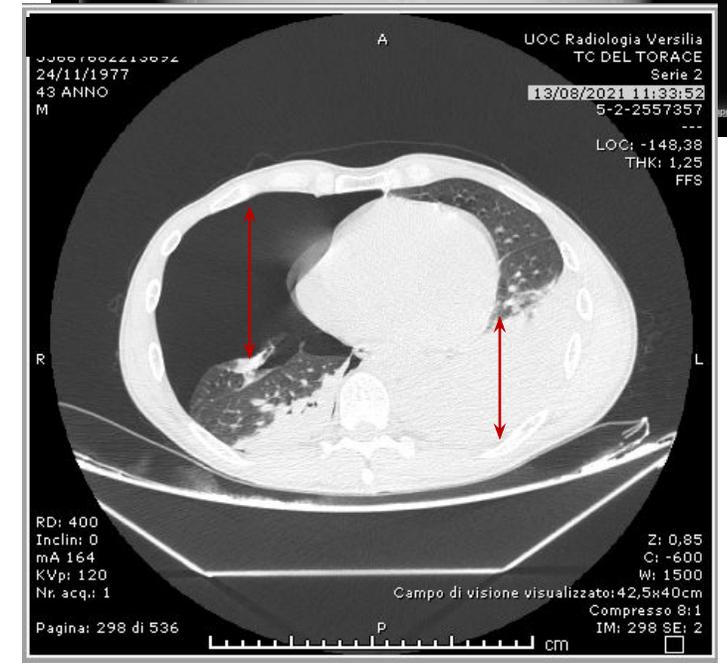
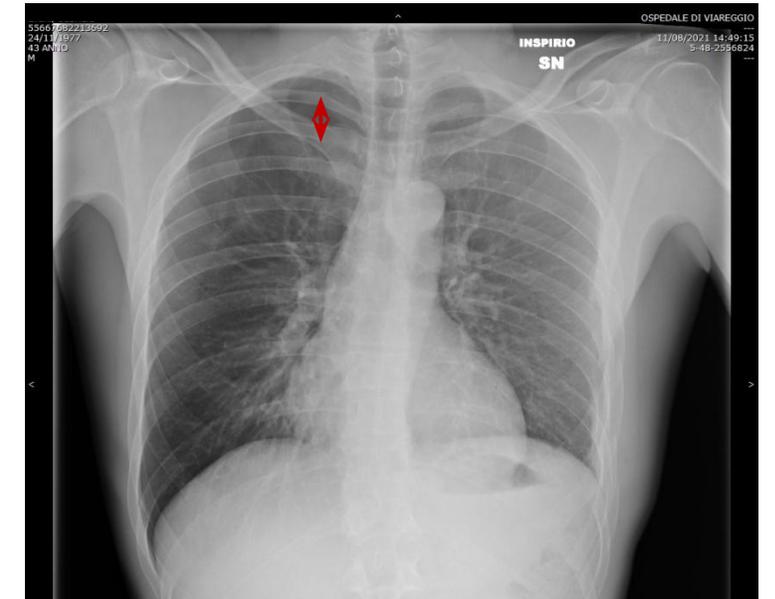
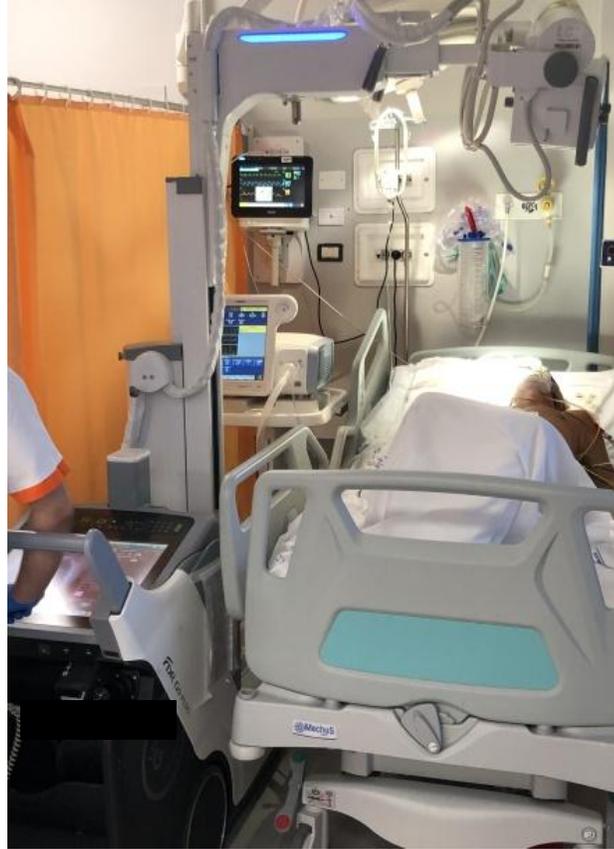
CoVid 19 HDU PS Versilia

○ ○ HUAWEI P30 lite
TRIPLE CAMERA

Trauma toracico chiuso

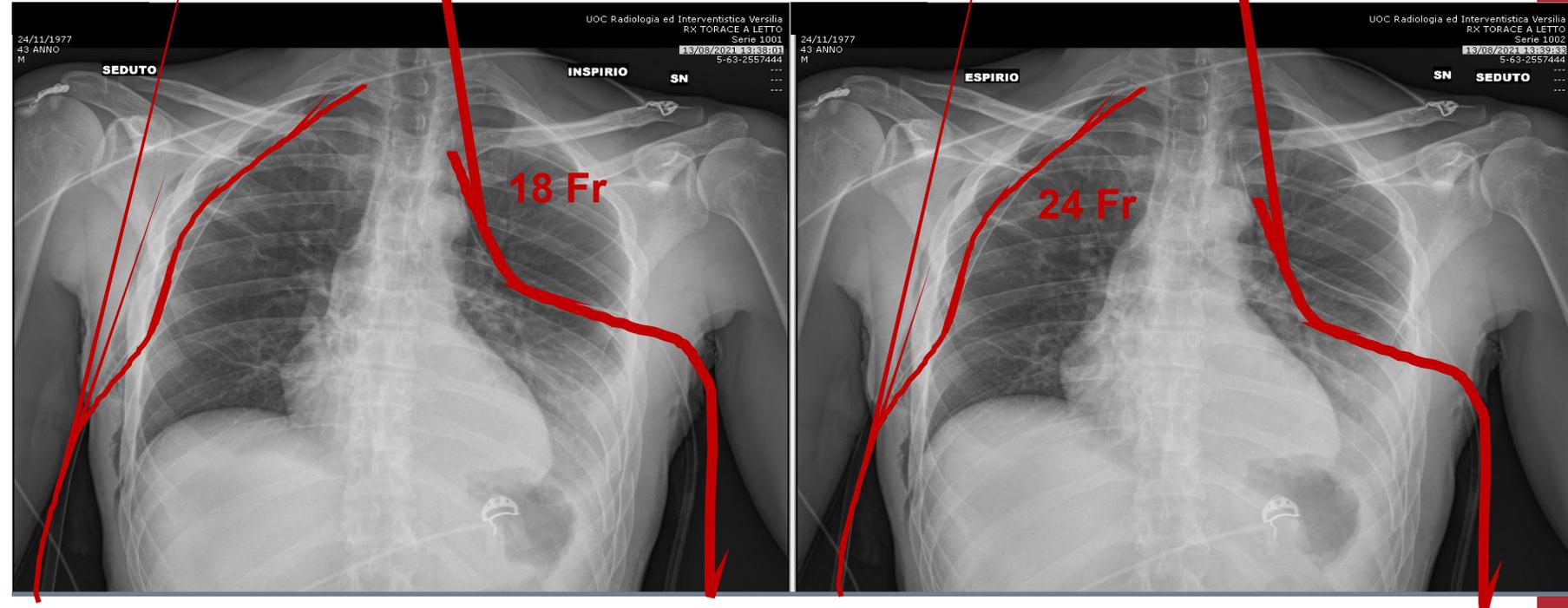
HDU > OBI

- Stabilizzazione ed osservazione
- Procedura drenaggio toracico bilaterale



Trauma toracico chiuso

HDU > OBI



- Stabilizzazione ed osservazione
- Procedura drenaggio toracico bilaterale
- Gestione drenaggio prime 48 ore
- Sapere quando e come rimuovere il drenaggio

Sepsi e shock settico

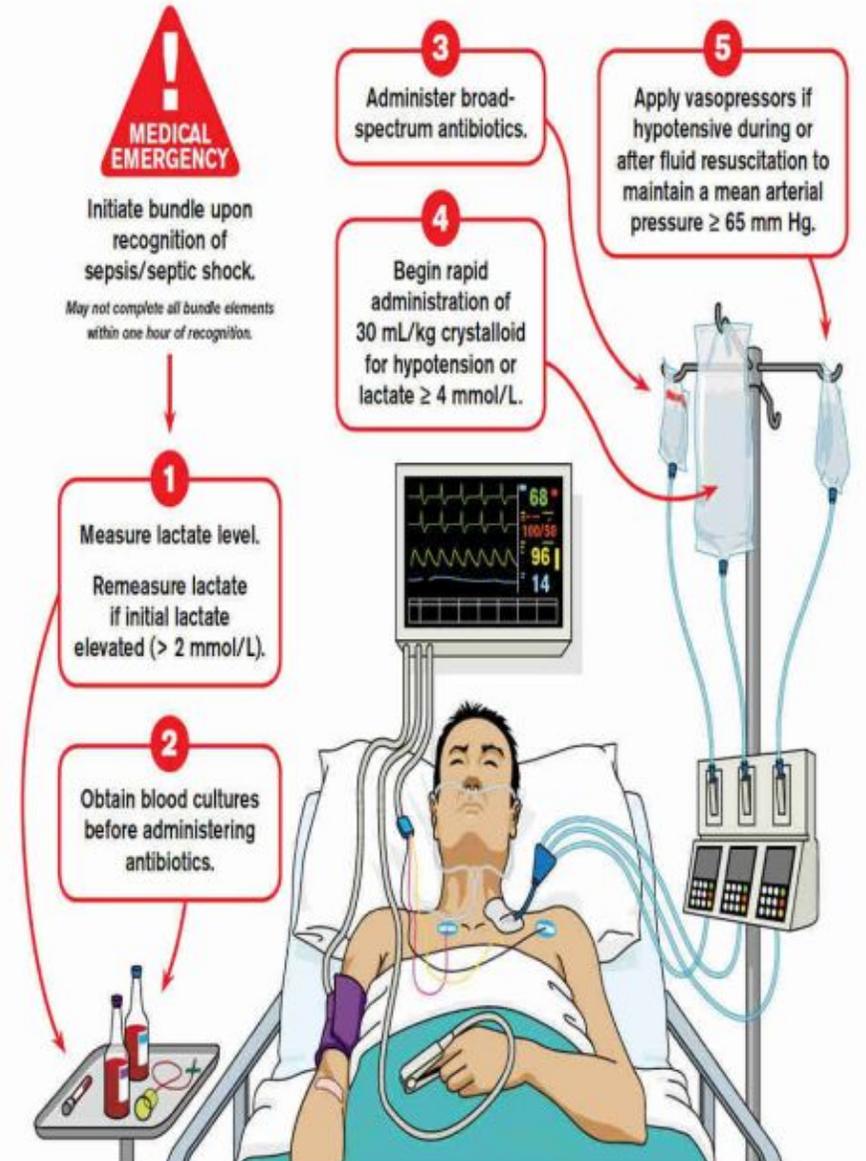
HDU

• **Bundle** della prima ora e delle successive 47 ore...

Hour-1 Bundle

Initial Resuscitation for Sepsis and Septic Shock

Surviving Sepsis Campaign

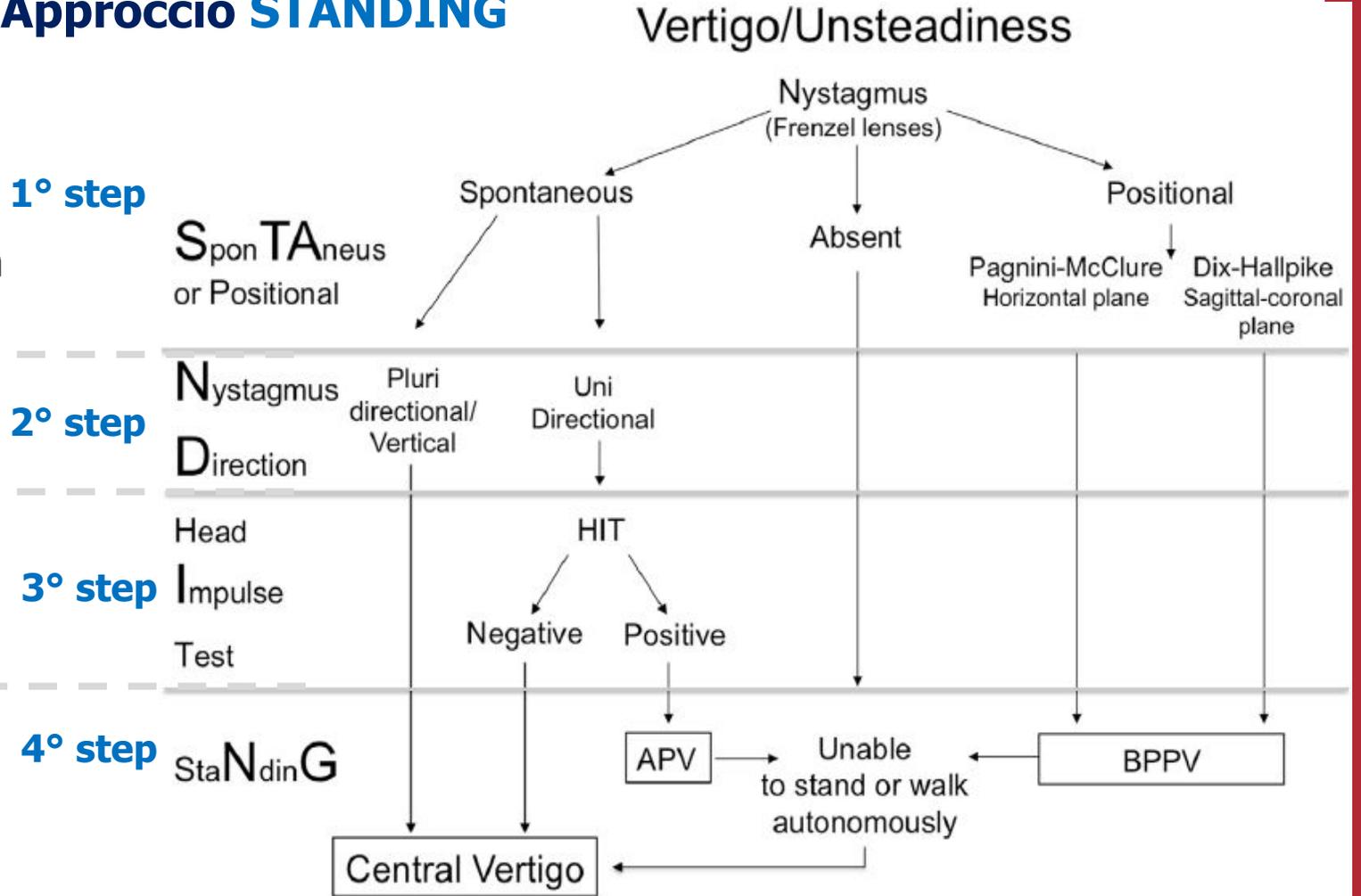


Vertigine

OBI

- Inquadramento vertigine isolata
- controllo clinico longitudinale
- coinvolgimento specialistico ed imaging se appropriato

Approccio STANDING





Perché affidata ai medici di Emergenza Urgenza ?

An Emergency Department Diagnostic Protocol for Patients With Transient Ischemic Attack: A Randomized Controlled Trial

Michael A. Ross, MD

Scott Compton, PhD

Patrick Medado, BS

Maureen Fitzgerald, MBA

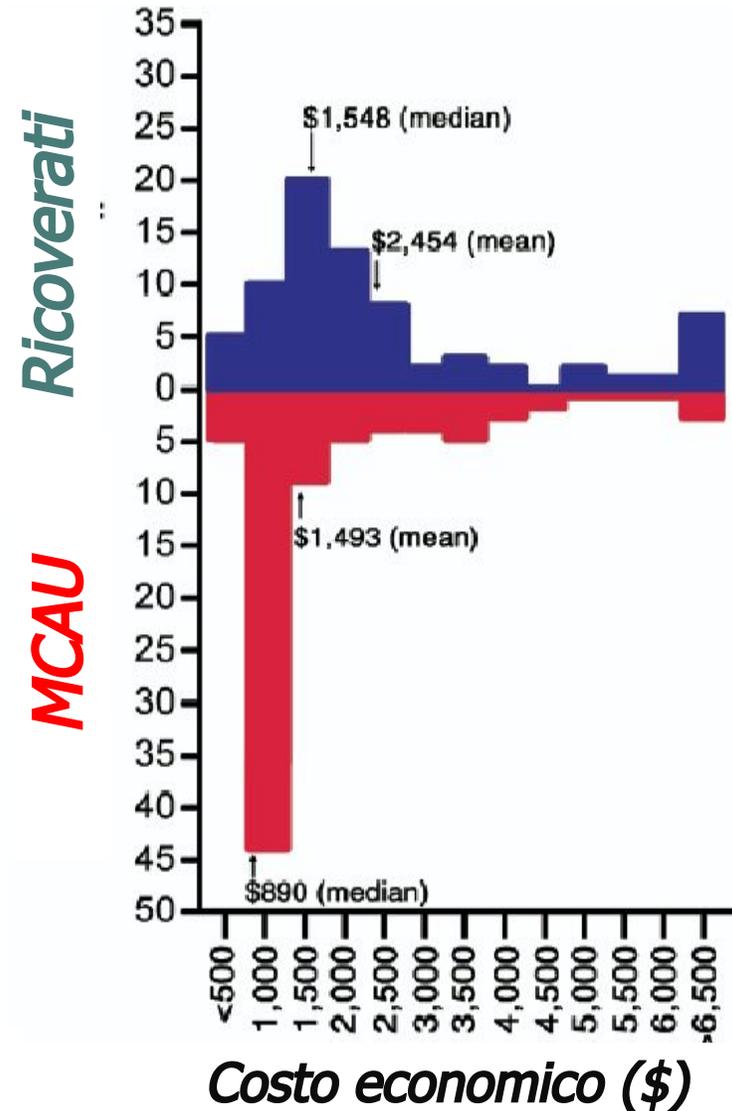
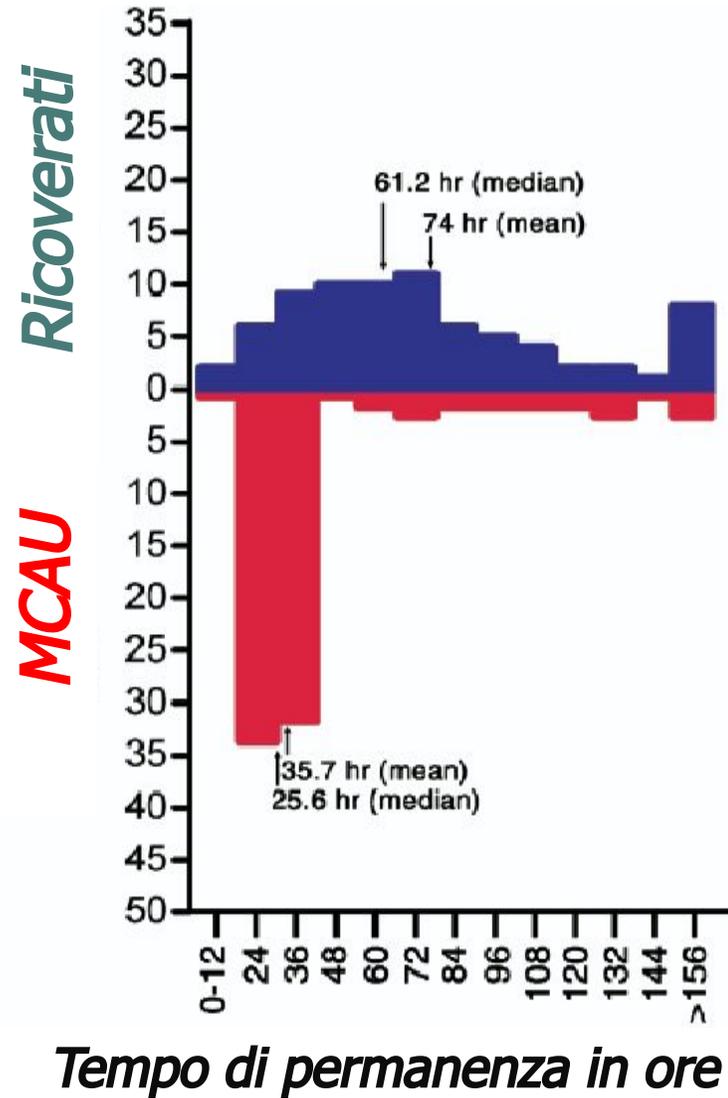
Phillip Kilanowski, MD, MS

Brian J. O'Neil, MD

From the Department of Emergency Medicine, William Beaumont Hospital, Royal Oak, MI (Ross, Medado, Fitzgerald, Kilanowski, O'Neil); and the Department of Emergency Medicine, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI (Ross, Compton, O'Neil).

Conclusion: A diagnostic protocol for transient ischemic attack using an accelerated diagnostic protocol is more efficient and less costly than traditional inpatient admission and demonstrated clinical outcomes comparable to those of traditional inpatient admission. [Ann Emerg Med. 2007;50:109-119.]

... perché i medici di Emergenza Urgenza sanno essere più veloci ed efficienti !



Attività di Ricerca



Promotori dello Studio COPE

Università degli Studi di Perugia, Perugia
Fondazione per il Tuo cuore – HCF onlus, Firenze

In collaborazione con FADOI e SIMEU



Università degli Studi di Perugia



Stroke, Systemic or Venous Thromboembolism

Contemporary Management and Clinical Course of Acute Pulmonary Embolism: The COPE Study

Cecilia Becattini¹ Giancarlo Agnelli¹ Aldo P. Maggioni² Francesco Dentali³ Andrea Fabbri⁴ Iolanda Enea⁵ Fulvio Pomeroy⁶ Maria Pia Ruggieri⁷ Andrea di Lenarda⁸ Ludovica Anna Cimmini⁹ Giuseppe Pepe⁹ Susanna Cozzio¹⁰ Donata Lucci² Michele M. Gulizia^{2,11} on behalf of COPE Investigators*

¹Internal, Vascular and Emergency Medicine—Stroke Unit, University of Perugia, Perugia, Italy

²ANMCO Research Center, Heart Care Foundation, Florence, Italy

³Department of Clinical and Experimental Medicine, Insubria University, Varese, Italy

⁴Emergency Department, "Presidio Ospedaliero Morgagni-Pierantoni," Forlì, Italy

⁵U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza, A.O.R.N. "S. Anna e S. Sebastiano," Caserta, Italy

⁶Division of Internal Medicine, Michele and Pietro Ferrero Hospital, Verduno, Italy

⁷U.O.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, AO San Giovanni Addolorata, Roma, Italy

Address for correspondence: Cecilia Becattini, MD, PhD, Università di Perugia, Piazzale Lucio Severi 1-06129 Perugia, Italy (e-mail: cecilia.becattini@unipg.it).

⁸Cardiovascular Center, University Hospital and Health Services of Trieste, Italy

⁹PS e Medicina d'Urgenza, Nuovo Ospedale Versilia, Lido di Camaiore, Italy

¹⁰Medicina Interna, Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto, Italy

¹¹Division of Cardiology, Garibaldi-Nesima Hospital, Catania, Italy

Thromb Haemost

Abstract

Background New diagnosis, risk stratification, and treatment strategies became recently available for patients with acute pulmonary embolism (PE) leading to changes in clinical practice and potentially influencing short-term patients' outcomes.

Research question The COPE study is aimed at assessing the contemporary clinical management and outcomes in patients with acute symptomatic PE.

Study Design and Methods Prospective, noninterventional, multicenter study. The co-primary study outcomes, in-hospital and 30-day death, were reported overall and by risk categories according to the European Society of Cardiology (ESC) and American Heart Association guidelines.

Results Among 5,213 study patients, PE was confirmed by computed tomography in 96.3%. In-hospital, 289 patients underwent reperfusion (5.5%), 92.1% received parenteral anticoagulants; at discharge, 75.6% received direct oral anticoagulants and 6.7% vitamin K antagonists. In-hospital and 30-day mortalities were 3.4 and 4.8%,

Keywords

- ▶ pulmonary embolism
- ▶ venous thromboembolism
- ▶ anticoagulant
- ▶ thrombolysis

* See Appendix (available in the online version) for the complete list of Centers and Investigators.

Prior abstract presentation: 2021 Congress of the American Society of Hematology.

received
May 17, 2022
accepted after revision
December 17, 2022
accepted manuscript online
February 20, 2023

DOI <https://doi.org/10.1055/a-2031-3859>
ISSN 0340-6245

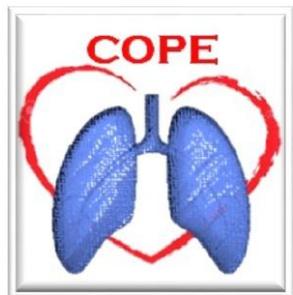
© 2023. The Author(s).
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives license, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Attività di Ricerca

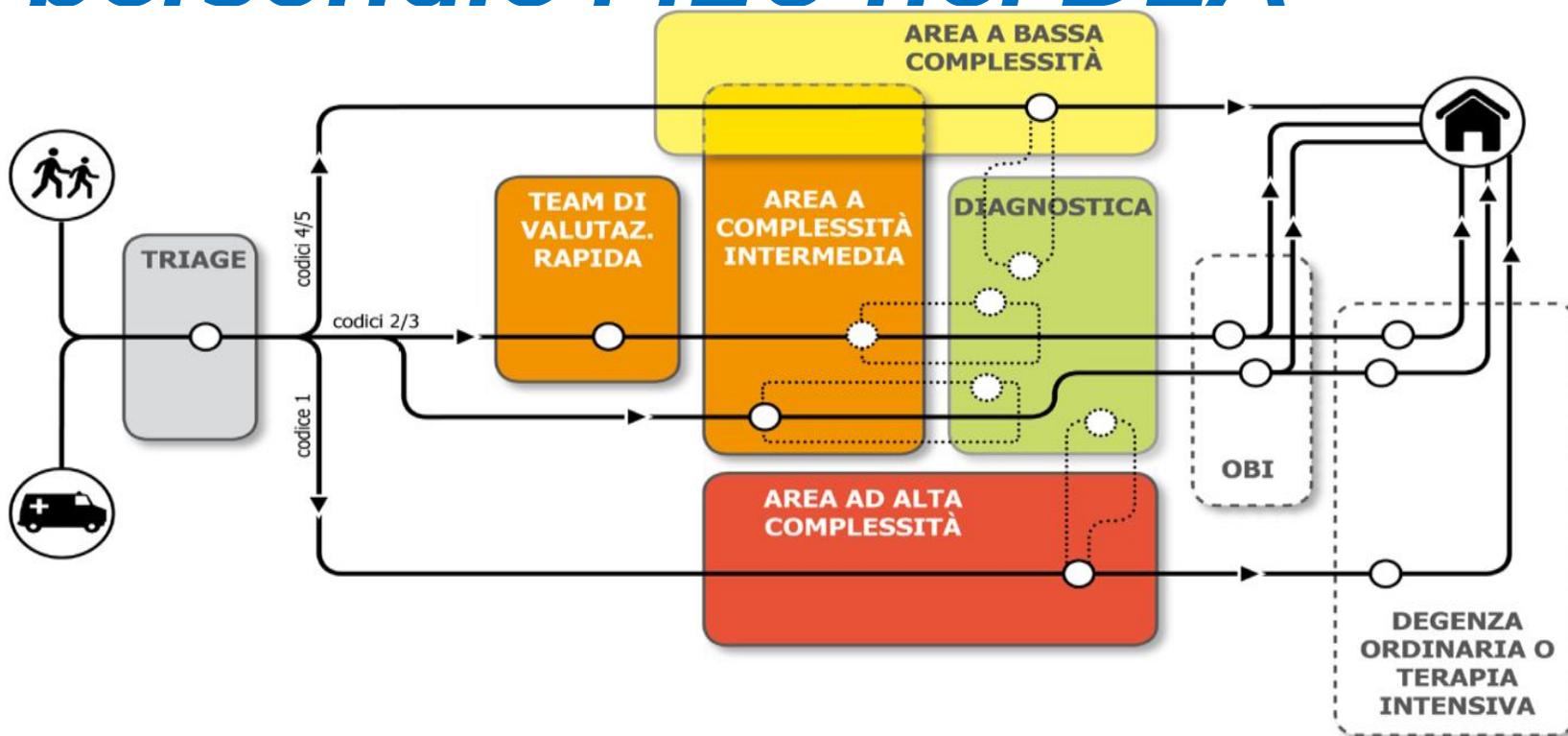
Tabella: Centri COPE e pazienti arruolati in ciascun Centro

Ospedale	Reparto	Città
Azienda Ospedaliera di Perugia	Medicina Interna Vascolare e d'Urgenza	Perugia
➔ Nuovo Ospedale Versilia	Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso	Lido Di Camaiore
Ospedale Santa Maria Del Carmine	Medicina Interna	Rovereto
➔ Ospedale Ca' Foncello	Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza	Treviso
➔ Ospedale San Giuseppe	Medicina d'Urgenza	Empoli
➔ Ospedale di Pordenone	PS e Medicina d'Urgenza	Pordenone
ASST Papa Giovanni XXIII	Centro EAS	Bergamo
➔ ASUGI - Polo Cardiologico Cattinara	Medicina d'Urgenza e PS	Trieste
Ospedale Santa Maria Della Misericordia	U.O.C. Cardiologia	Rovigo
➔ Ospedali Riuniti	SOD PS e Medicina d'Urgenza	Ancona
Ospedale Alessandro Manzoni	S.C. Cardiologia	Lecco
Ospedale Civile	U.O.C. Cardiologia	Arzignano
Ospedale Policlinico S. Orsola-Malpighi	UOC Medicina d'Urgenza e PS	Bologna
Stabilimento Ospedaliero Di Castelfranco	UOC Angiologia	Castelfranco Veneto
Ospedali Riuniti	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Livorno
ASST Ospedale Metropolitano Niguarda	Medicina d'Urgenza E Pronto Soccorso	Milano
PO S. Antonio Abate Di Trapani	U.O.C. Cardiologia e UTIC	Erice
Ospedale Santo Spirito	UOC Cardiologia	Roma
Presidio Ospedaliero	Divisione di Medicina Generale	Pavullo Nel Frignano
Ospedale Della Misericordia	Pronto Soccorso	Grosseto
P.O. San Filippo Neri - ASL Roma 1	Cardiologia Clinica e Riabilitativa	Roma
A.O. S. Anna e S. Sebastiano	UOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza	Caserta

10 Top
recruiters
(MECAU)



Rotazione e diversificazione professionale giornaliera del personale MEU nel DEA



Staffing

Articolazioni funzionali e strutturali della Medicina d'Urgenza

Svendita Totale
per
rinnovo locali

**CEDESI,
ATTIVITÀ
AVVIATA**



*Senza risorse di Personale umano
(**Under-staffing**)*

La peculiarità MEU è il Caratteristiche: **tempo**

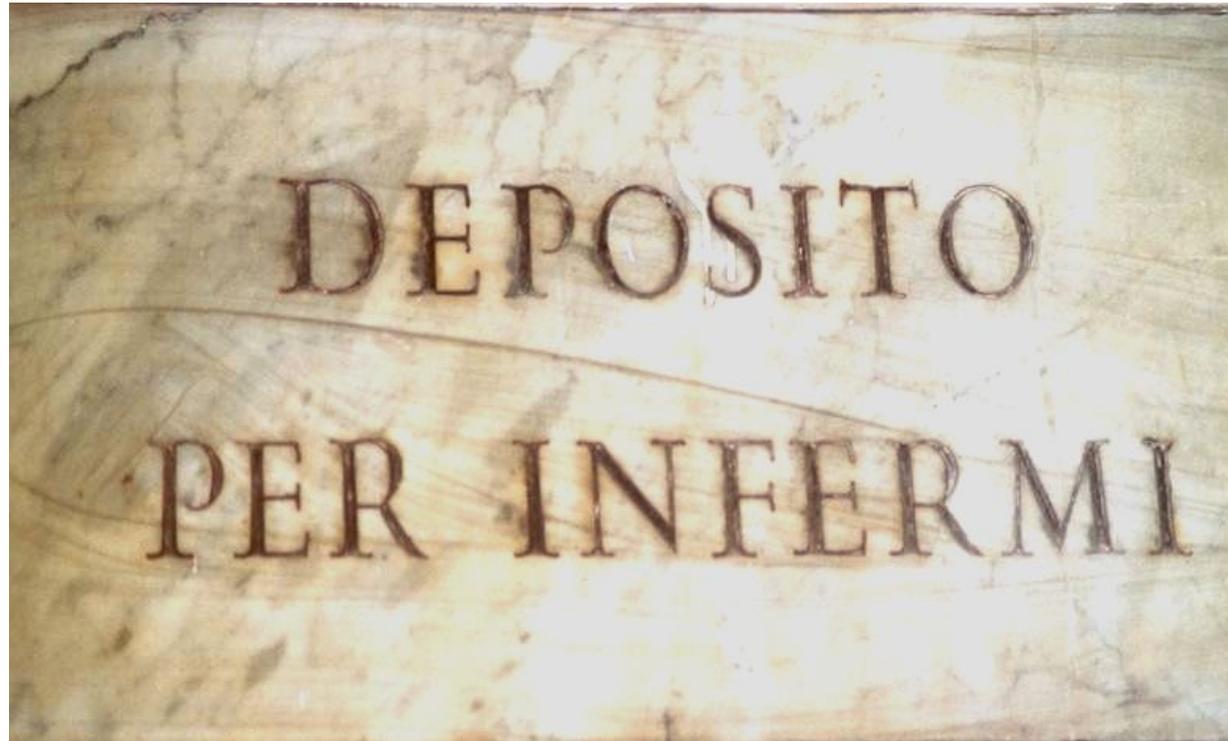


- **flessibilità** – *i posti letto utilizzati per diverse attività e funzioni in rapporto alle patologie tempo-dipendenti;*
- **polivalenza** – *accolti tutti i pazienti, indipendentemente dalla disfunzione d'organo presente*

- **NO STEP-DOWN**
 - **NO STEP-UP**
- multifunzionalità? Le funzioni gestite dalla MeCAU NON dovrebbero assolvere alle diverse funzioni per il sistema ospedale: come accoglienza dei pazienti dalle terapie intensive (step-down) o dai reparti di degenza ordinaria (step-up)*

Sappiamo cosa non dobbiamo essere

OBI
&
HDU



... e dove non vogliamo tornare

I punti di forza del percorso dal Pronto Soccorso all'OBI

- la organizzazione di **Medici di Emergenza/Urgenza**;
- la presenza di **protocolli predefiniti** che prevedono un continuum assistenziale tra PS e osservazione;
- la disponibilità di una **attività diagnostica 24/24 ore** grazie alle capacità dei medici di PS/OBI (prove da sforzo, ecografia vascolare);
- la creazione di **canali preferenziali** con i colleghi della radiodiagnostica e delle varie branche specialistiche (alcune).

Quando l'OBI diventa una piccola Medicina d'Urgenza: *fino a dove spingersi?*

OBI all'interno della Medicina Emergenza Urgenza

Non esistono limiti culturali nè professionali

- **La nostra specialità è la gestione del TEMPO**
- **La nostra priorità le patologie TEMPO-dipendenti**
- **Deve esistere un limite TEMPORALE oltre il quale affidare il caso agli altri specialisti**





**Thank You For Your
Attention**