

x congresso nazionale

simeu

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016



**Il volto della Medicina
di Emergenza-Urgenza:**

identità professionale e servizio pubblico.

**L'OBI nell'ospedale hub:
progettazione e gestione**

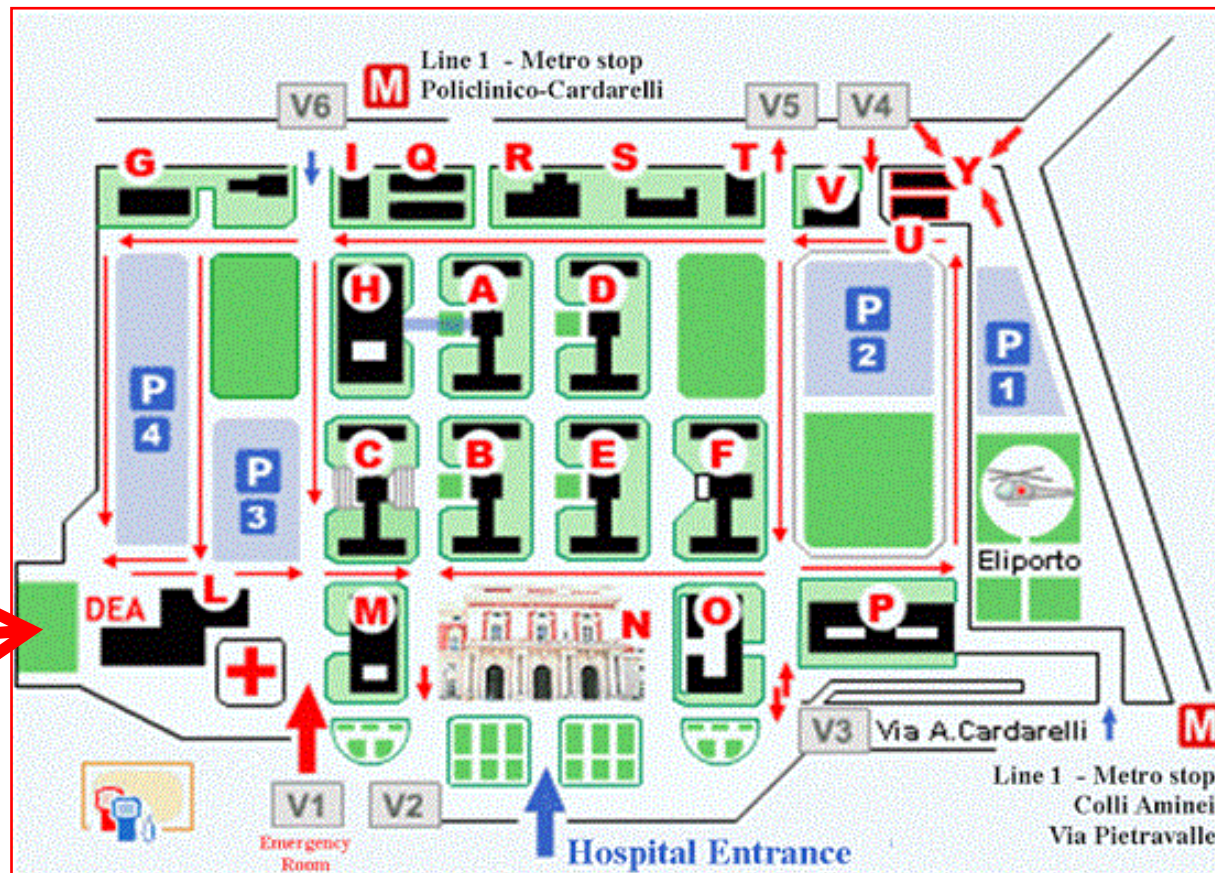
**Fiorella Paladino
&
il gruppo di lavoro PS/OBI
AORN Cardarelli**





Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

A chirurgia
B medicine
Cin ristrutturazione
D epatologia
E urologia + ch special.
F Direzione Sanitaria
L DEA
P onco-emato -pneumo
M intramoenia



motivi centralizzazione

hub

- Infarto
- Trauma
- Ictus
- Emorragie digestive
- Piede diabetico (centro di 3° livello)
- TIGU

Leggende metropolitane

- PS urologico
- PS chirurgia vascolare
- Dialisi
- Detenuti
- Centro antiveleni
- Trasfusioni

SUPPLY
SIDE
(DO_2)

DEMAND
SIDE



O_2 UPTAKE
(VO_2)

SUPPLY
SIDE
accessi

DEMAND
SIDE
↑



O₂ UPTAKE
capacità



ELSEVIER

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Emergency Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aaen



The emergency department “carousel”: An ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow



Peter Nugus, MA (Hons), MEd, PhD, Assistant Professor^{a,*}, Roberto Forero, MA, MPH, PhD, Senior Research Fellow^b, Sally McCarthy, MBBS, MBA, Director^c, Geoff McDonnell, MD, Research Fellow^b, Joanne Travaglia, BSocStuds (Hons), Grad Dip Adult Ed, MEd, PhD, Senior Lecturer^b, Ken Hilman, MBBS, MD, Professor and Director^b, Jeffrey Braithwaite, MIR, MBA, PhD, Professor and Director^b

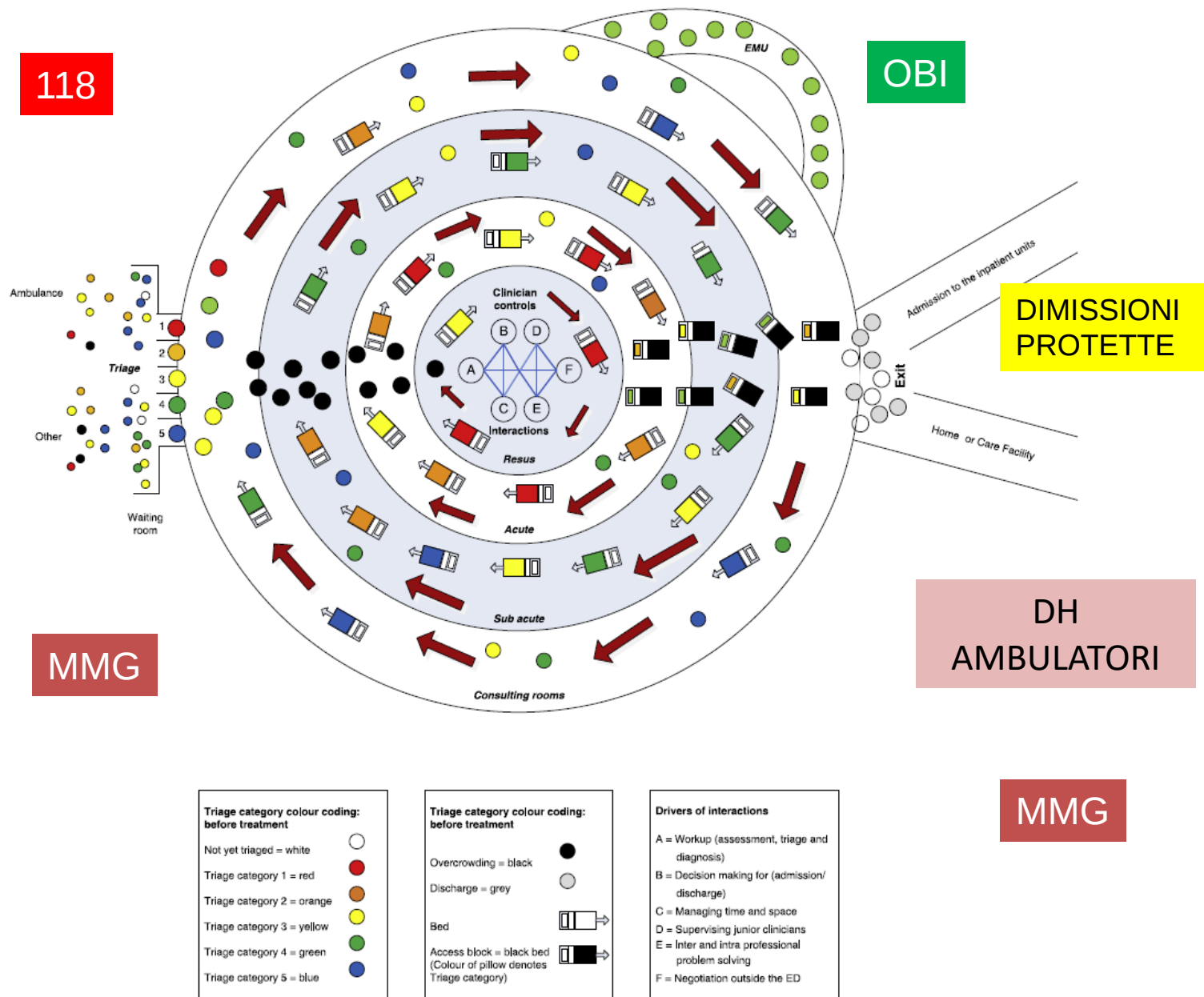
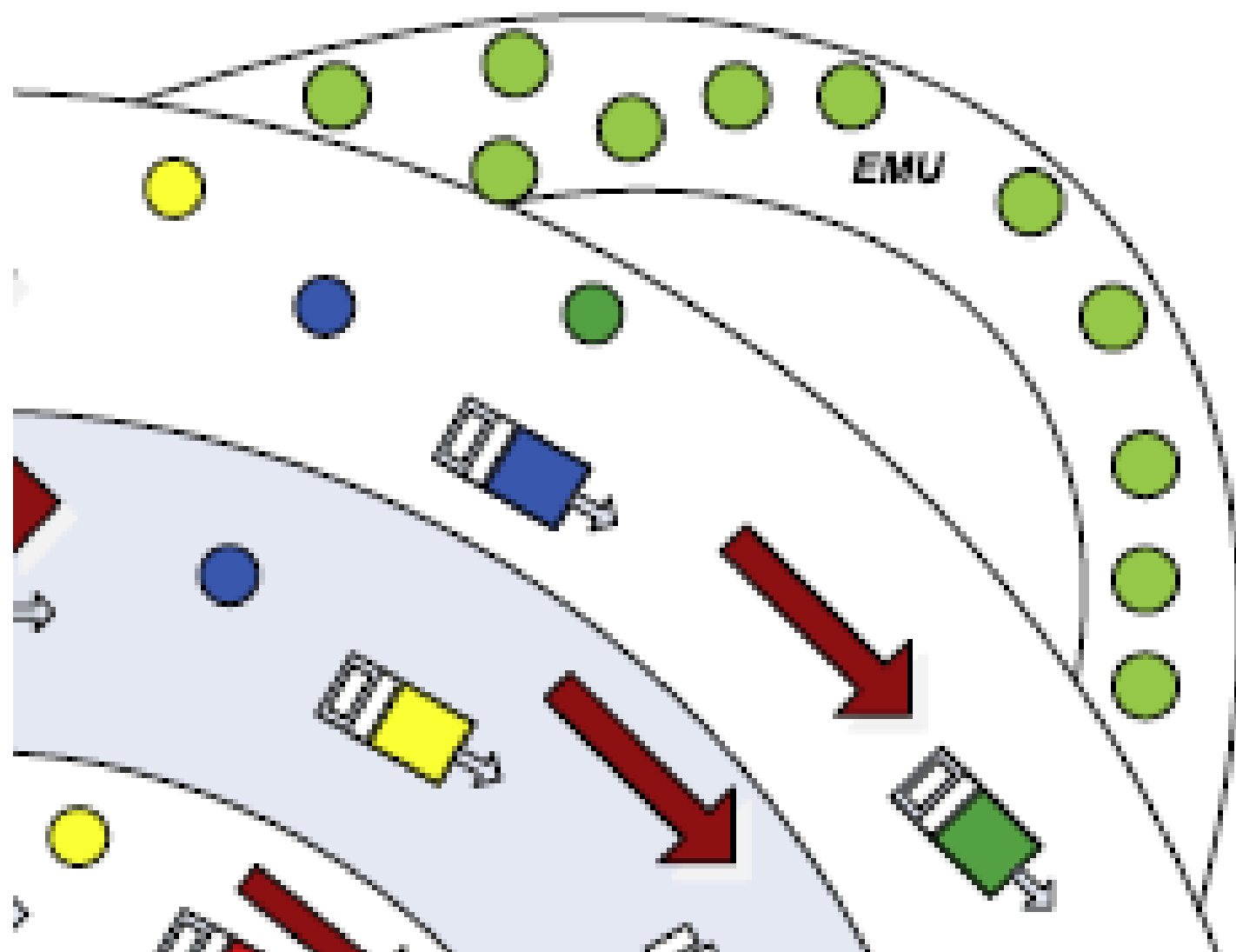


Fig. 1. The carousel model of the emergency department.





nostra organizzazione 1: progettazione

- 35 postazioni  86 divise in 4 aree + 1
10 postazioni subintensiva con monitor
centralizzati
- 12 telemetrie
- 7 ventilatori + 1 da trasporto
- ecografo



Postazioni con barelle comode fino a 320 Kg separate da tende



nostra organizzazione 2

- 3 medici H 12 – 7/7
&
 - 2 medici notte
- 6 infermieri per turno + 1 OSS
 - specializzandi

organico

- 52 medici tra PS ed OBI
- 1 senior H24
- 1 referente turno per il PS ed 1 per l'OBI (anche con funzioni di bed manager)
- 2 coordinatrici: area manageriale ed area tecnica
- Struttura semplice «subintensiva»

La valenza strategica della riorganizzazione della rete dell'emergenza impone l'elaborazione di una proposta operativa che deve riguardare l'organizzazione delle strutture deputate alla fase ospedaliera dell'urgenza ed emergenza (pronto soccorso, osservazione breve e Medicina d'Urgenza) e la fase extraospedaliera del soccorso (C.O. 118 - punti di primo intervento fissi e mobili – PSAUT e SAUT).

La gestione integrata del personale medico e infermieristico operante nell'area di emergenza-urgenza, (COT, Emergenza Territoriale e Area Critica - Pronto soccorso, medicina d'urgenza e OBI -), dopo adeguato percorso formativo di tutto il personale;
La partecipazione dei medici di continuità assistenziale alle attività di emergenza nei Pronto Soccorso, limitatamente all'assistenza dei codici bianchi, con la costituzione di ambulatori ad essi dedicati h24;
Il raccordo funzionale tra le C.O.T. e le strutture ospedaliere, gerarchicamente organizzate in tre livelli di assistenza, secondo il modello "hub e spoke".

Proposta piano ospedaliero Regione Campania

Fabbisogno personale Commissario ad acta Regione Campania

Medici

minuti/assistito, DEA 1° livello (SPOKE) 26 minuti/assistito, DEA 2° livello (HUB) 28 minuti/assistito) rapportato all'orario anno per lavoro assistenziale incrementato del 10% (Fonte: Age.Na.S. "Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento dei servizi di emergenza e urgenza"). La dotazione standard di personale medico afferente agli eventuali posti letto di **OBI**, è ricompresa nell'ambito della dotazione standard complessiva di personale medico relativo al Pronto Soccorso;

Infermieri

minuti/assistito, DEA 2° livello (HUB) 56 minuti/assistito) rapportato all'orario anno per lavoro assistenziale incrementato del 10% (Fonte: Age.Na.S. "Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento dei servizi di emergenza e urgenza"). La dotazione standard di personale infermieristico afferente agli eventuali posti letto di **OBI**, è ricompresa nell'ambito della dotazione standard complessiva di personale infermieristico relativo al Pronto Soccorso;

consegne

- Medici del turno notturno + medici del mattino e referente di turno + infermiere responsabile del turno al letto dei pazienti
- Entro le ore 9 definizione del fabbisogno posti sia interni che esterni
- Trasferimenti fino alle 19 all'esterno e fino alle 22 all'interno
- **Tutti i trasferimenti sono su ruote**

	Paziente	Diagnosi di ingresso	Reparto	DATA Ingresso	Paziente	Diagnosi di ingresso	Reparto	DATA Ingresso	
1	PATRIA PASQUALE	SINCOPE <i>HCV polmon. lamm.</i>	DIM	13/11/2016	18	LOFFREDO NUNZIA	ARTEROPATIA <i>polmon. diabete</i>	DE FEO	14/11/2016
2	BELLONE ANNUNZIATA	SINCOPE <i>dist. la. di cuore</i>	3 card.	15/11/2016	19	ESPOSITO VINCENZO	D.SPALLA	?	14/11/2016
3	COSENTINO GIUSEPPE	EMOFTOE <i>add. pulm.</i>	PN	14/11/2016	20	AURIEMMA ALDO	ACV <i>trauma</i>	OCU	14/11/2016/
4	PILLA ROSARIO	SINCOPE <i>+ disordinamento</i>	MED CARD	15/11/2016	21	MOLARO CARMINE	DOL ADDOM.	DIM	10/11/2016
5	DE ROSA EUGENIA	DISARTRIA <i>TIA</i>	DIM DOH	15/11/2016	22	LORENTINO FRANCESCA	EDEMA ARTO INF.	MED	13/11/2016
6	BATTAGLIA ANNA	DISPNEA <i>crisi asm.</i>	MED HDS	14/11/2016					
7	PRETE MARIA	DISPNEA <i>dist. pulm.</i>	MED CARD	15/11/2016	23	CAPASSO EMILIA	EPS IN CIRROTICO	FPE	15/11/2016
8	DI GUIDA GIUSEPPE	TIA <i>dist. pulm.</i>	TAC	14/11/2016	24	LUPONE ALESSIO ERNE	ANGIOEDEMA	DIM AMB	14/11/2016
9	MELLUSO IDA	ACV m. fa. <i>dist. TIA</i>	TAC	14/11/2016	25	GUIDA VINCENZO	EMATURIA	URO + DIM	14/11/2016
10	DE PIETRO ONORINA	DISPNEA	ASS SOC	14/11/2016	26	METUGNO VINCENZA	EPIGASTRALGIA	DIM	15/11/2016
					27	LAISO LUIGI	ASCITE <i>dist. HCC</i>	FPE	15/11/2016
11	ESPOSITO ANTONIO	ASC. PERINEALE <i>dist. HCC</i>	MED HDS	13/11/2016	28	COSTABILE EUGENIO	LESIONI CUTANEE <i>med. diab.</i>	DE FEO	14/11/2016
12	MOTTOLA ANNA	SCOMPENSO <i>dist. HCC</i>	FPE 12	15/11/2016	29	MOCERINO CARMELA	LINFOADENOPATIE <i>dist. HCC</i>		14/11/2016
13	BRIGIDA ANTONINO	LEUCOCITOSI <i>70.000</i>	ETA	14/11/2016	30	PARIBUONO GIUSEPPE	P. DIABETICO <i>dist. HCC</i>	DE FEO	14/11/2016
14	RATTI GENNARO	SQUILIBRI ELETTR.	DIM HDS	15/11/2016	31	RICCIO GIOVANNI	PIASTRINOPENIA <i>dist. HCC</i>	DIM AMB	14/11/2016
15	DELLA ROCCA ANNA	OLIGURIA, IRA SU IRC	DIM HDS	13/11/2016	33	CARAMIELLO BIAGIO	SANT. PRERIGINOSA <i>con desm.</i>		13/12/2016
16	COZZOLINO GAETANO	STATO CONF.	FPE	12/11/2016	34	TESTONE ANNA	IRC	MEDS	14/11/2016
17	TERRANOVA GIOVANNI	ANEMIA		14/11/2016	35	MINASI ANNA	SOSP. ACV <i>dist. HCC</i>		14/11/2016

Tot. 70

CORRIDOIO		CORRIDOIO PS
• RUOTOLO ROSARIA	B4	→ dist. HCC D.H. Scamp.
• ESPOSITO FRANCESCO	B2	→ chemio + desm. RA
• LIQUORI SERAFINA	B3	→ desm. RMN
• IULIANO ANTONIO	B1	→ desm. E.V.R.
• DE SANTIS SONIA	B3	→ PCR
• CUTOLO CLAUDIA	B2	→ desm. (T)
• RESPINO CARMINE	B2	→ 3828
• MARTORELLI IMMACOLATA	B1	→ desm. K in attesa idet. (T) DESM
• GROSSO DESIREE	B4	→ ECO + desm. + temo. med. (T)
• GAGLIARDI NUNZIA	B4	→ desm. (T) post 20
• DI MEO NICOLA	B4	→ VU nefrot. (T) med.
• DI FENZA CRESCENZO	B2	→ AAA cons. ch. rope.
• FRASCOGNA ANTONIO	B3	→ desm. add. F. analgesica
• CHIARIELLO ANTONY	B4	→ Coli ch. renas

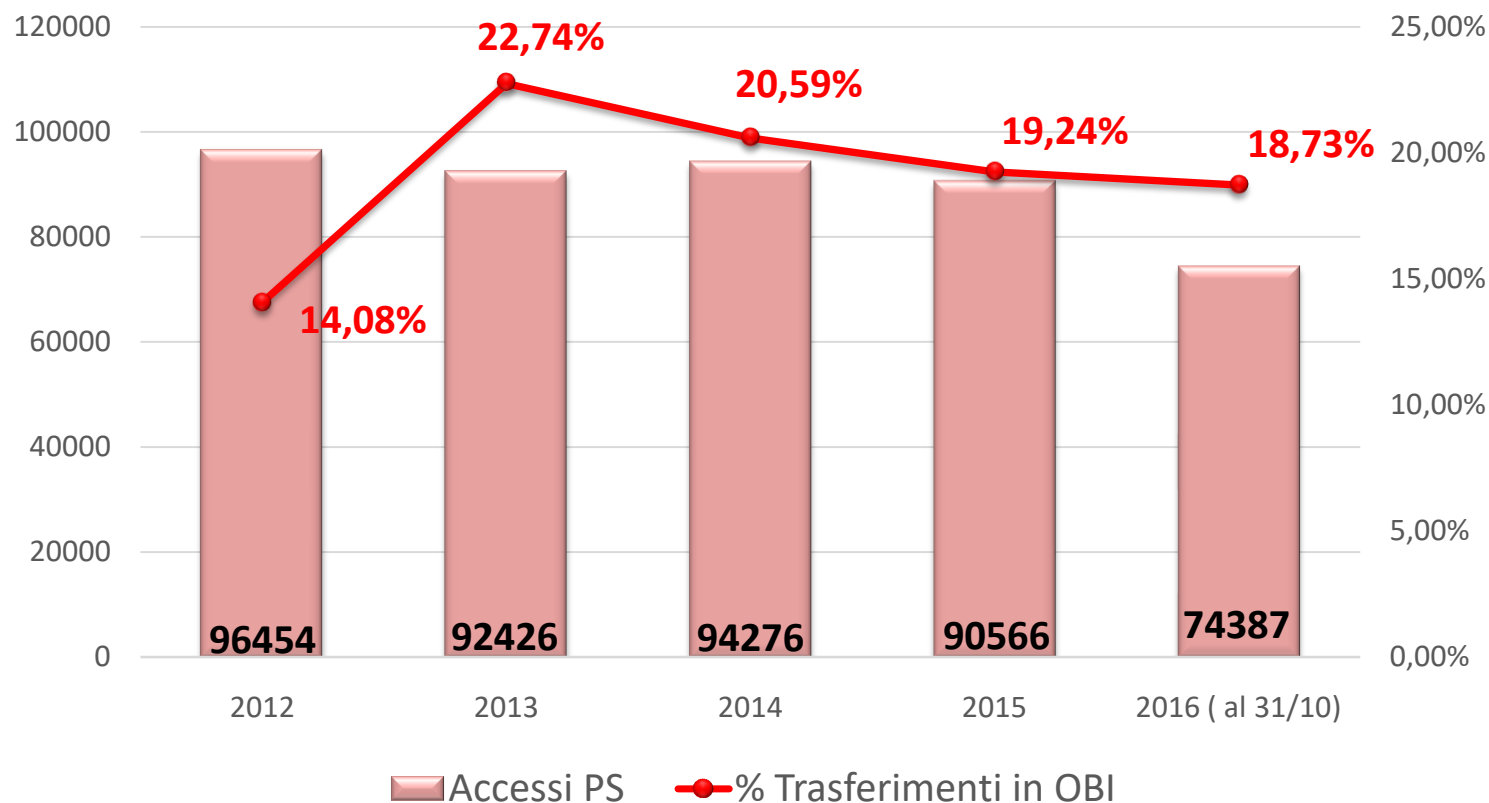
16. 11. 16

BATTAGLIA ANNA	16	COZZOLINO GAETANO		28	COSTABILE EUGENIO	BR
PRETE MARIA	17	TERRANOVA GIOVANNI	BR	29	MOCERINO CARMELA	BR
DI GUIDA GIUSEPPE			BR		SANNAZZARO FLORA	BR
MELLUSO IDA	BR		BR		SANTOPAOLA ADELE	BR
DE PIETRO ONORINA	BR		BR		CRISCUOLO ALESSANDRO	BR
CARUSONE ANDREA	BR	BARBAROSSA SALVATORE	BR		BLU4	BR
LIBERTI MARIA	BR	VACCARO VINCENZO	BR		PARIBUONO GIUSEPPE	BR
BELVEDERE SALVATORE	BR	SERRAPICELISABETTA	BR		RICCIO GIOVANNI	BR
CATAPANO AMALIA	BR	DE CRESCENZO ADRIANA	BR		CARAMIELLO BIAGIO	BR
VALENTE FRANCESCO	BR	PANDOLFI SARAH	BR		TESTONE ANNA	BR
GAMBARDELLA ANTONIO	BR	MELE ANNUNZIATA			MINASI ANNA	BR
ALBRIZIO M. LUISA	BR				FUSCO FERDINANDO	BR

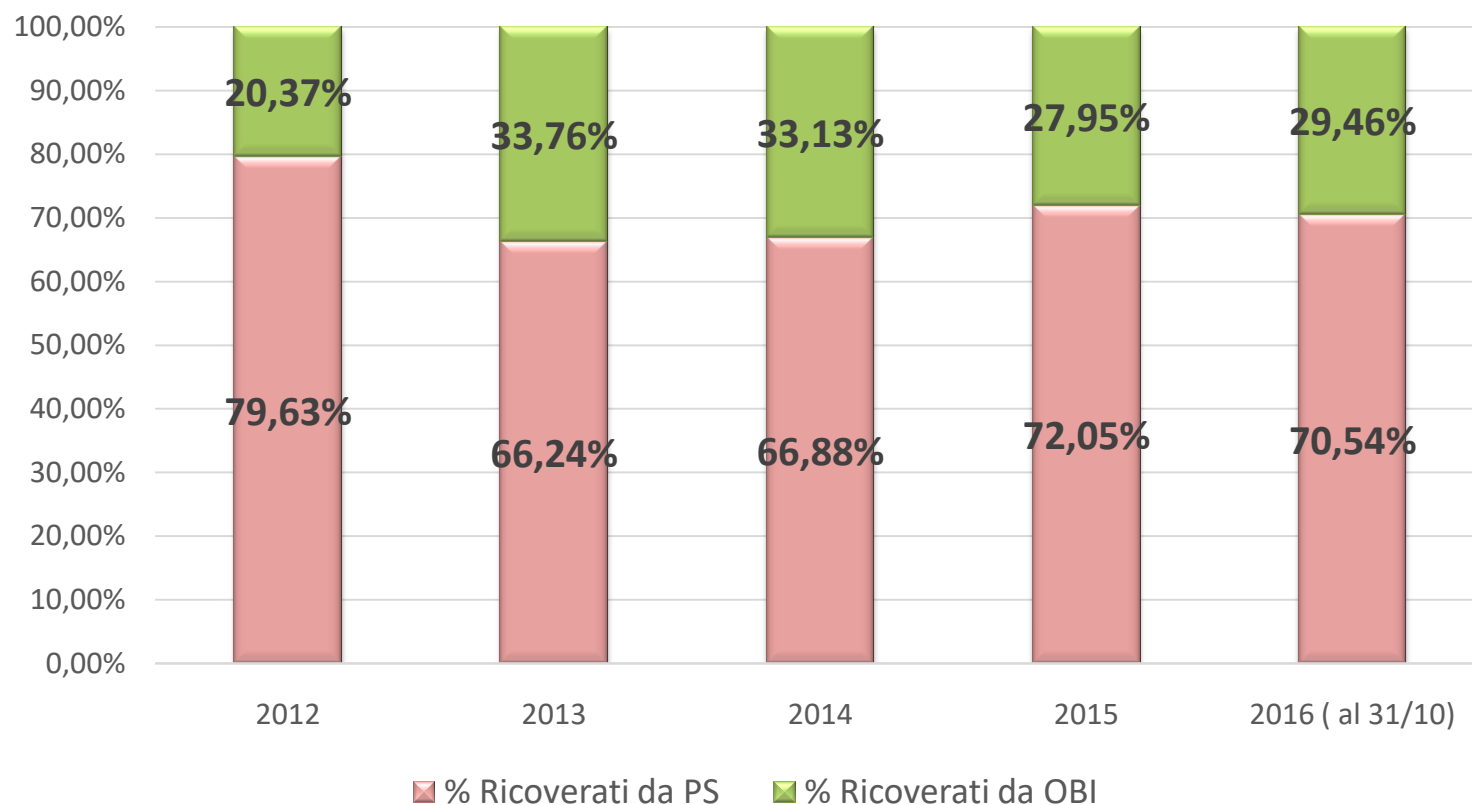
percorsi

- Percorsi accreditati ISO 9001 (tumore rene – polmone – SIAD)
- PDTA intra DEA
- PDTA intraospedalieri
- Attivazione ambulatori dedicati al PS
- Rientro di pazienti per dimissione precoce (es. biopsia linfonodo e rientro per la diagnosi)

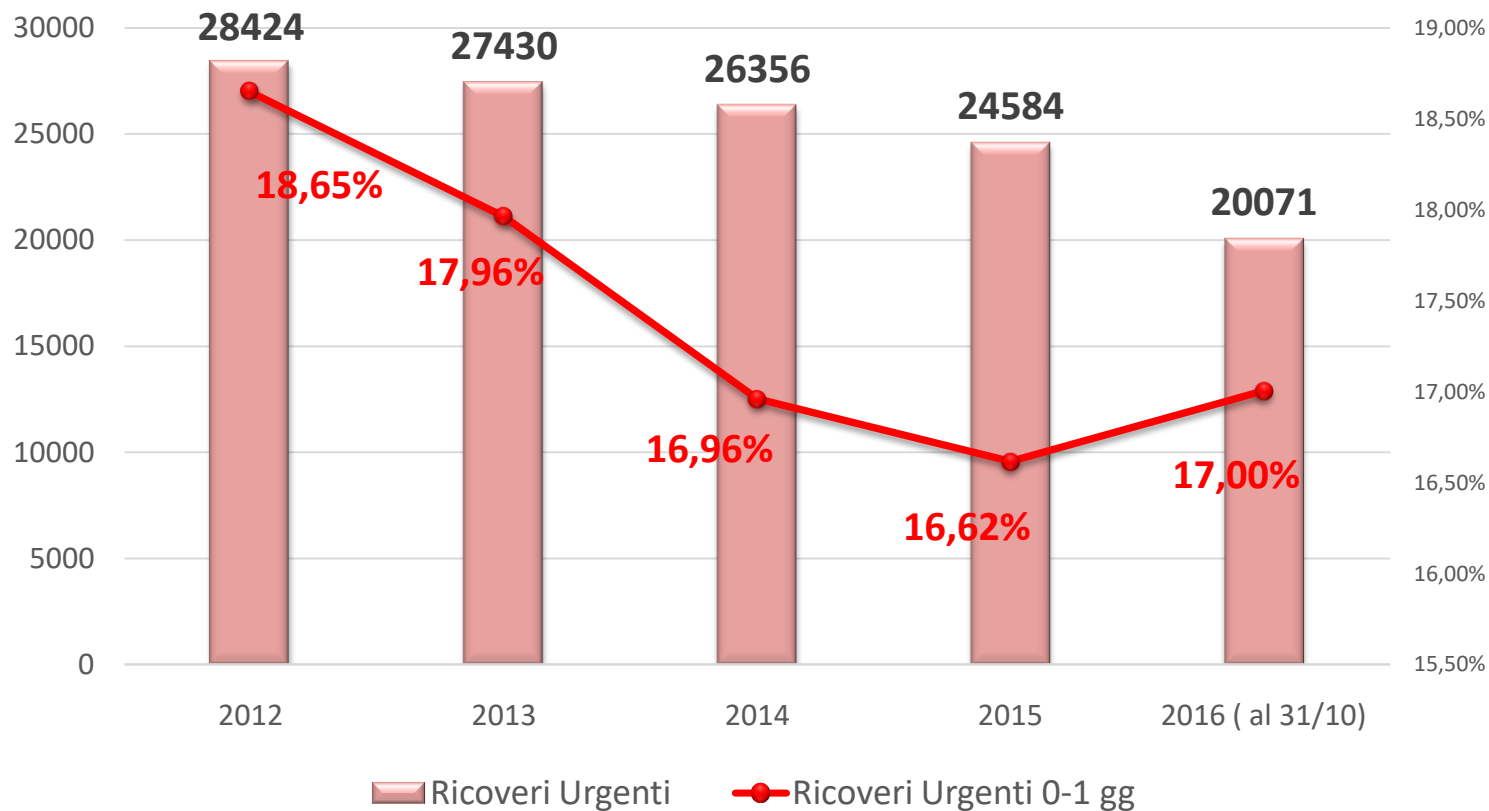
Accessi ps e % trasferimenti in OBI



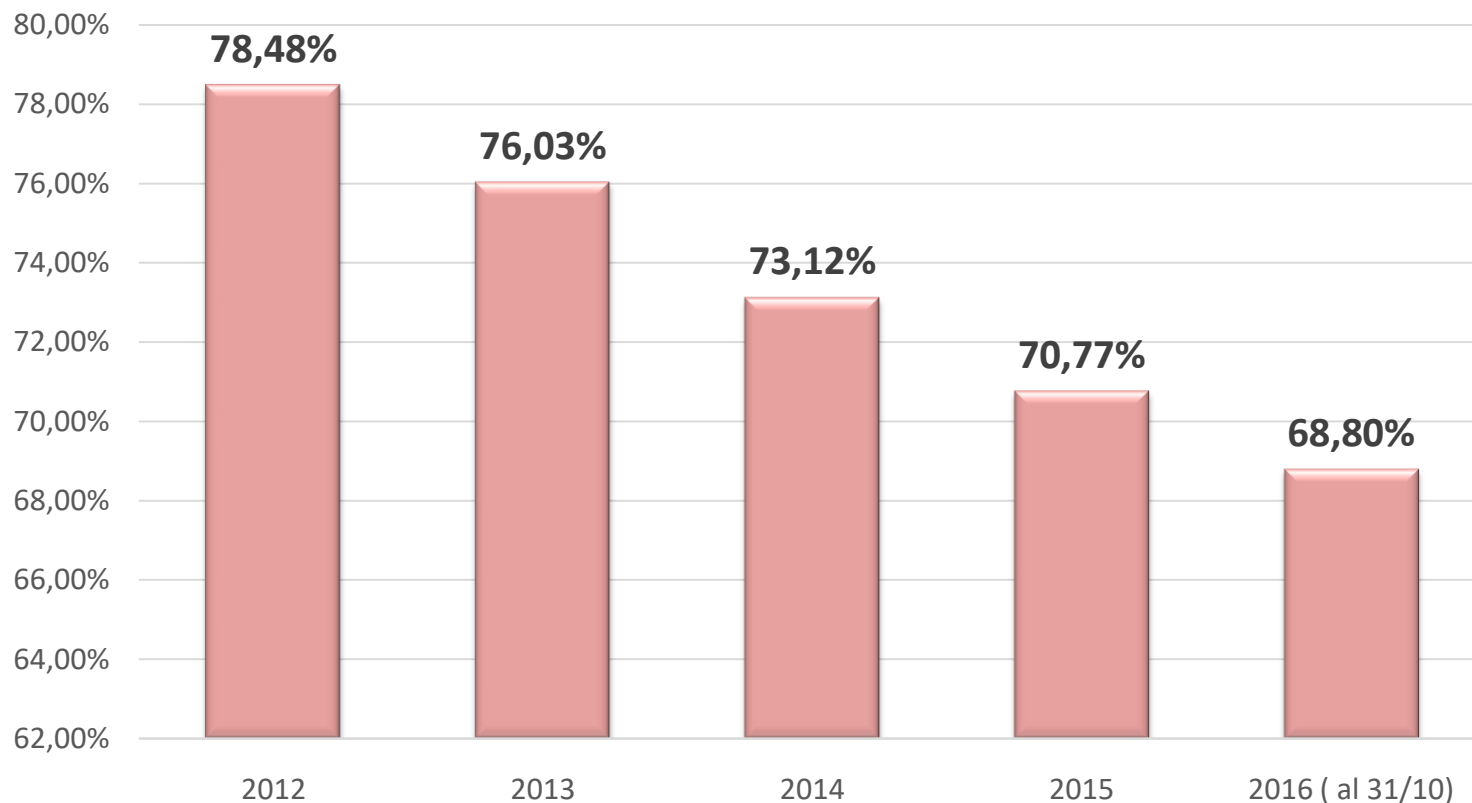
Ricoverati da ps e da obi



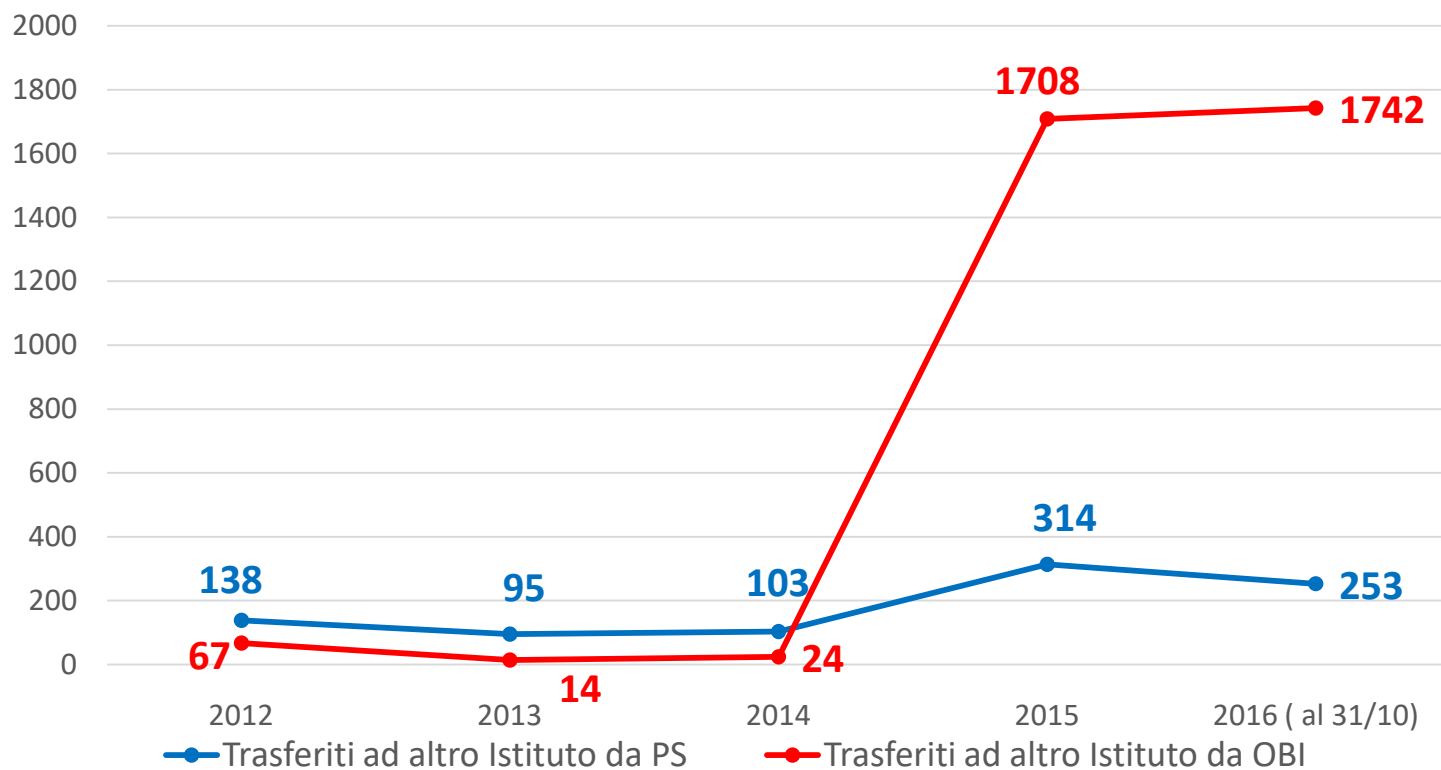
RICOVERI URGENTI



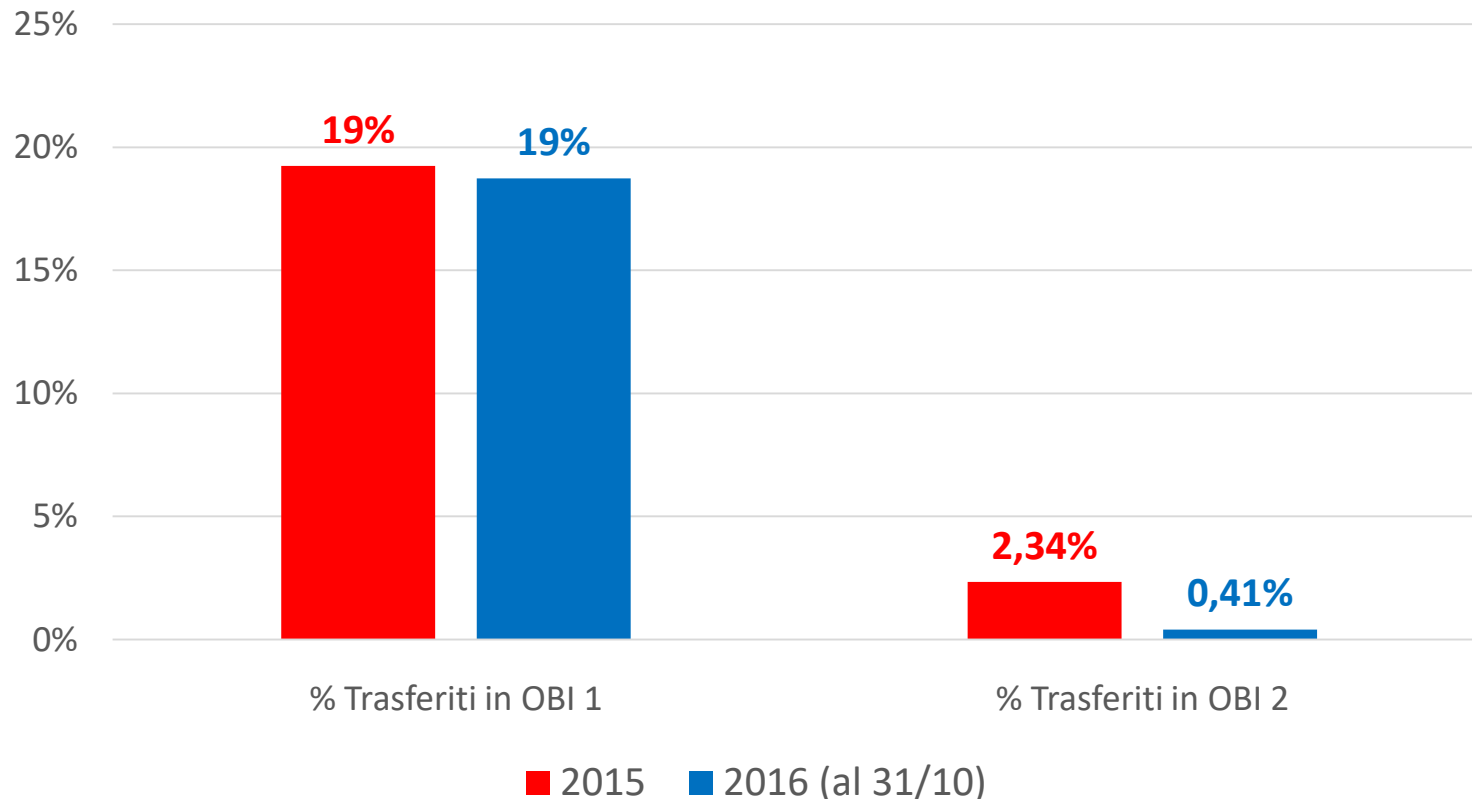
% Ricoveri urgenti sul totale dei ricoveri ospedalieri



Trasferimenti



% Trasferiti in OBI1 E 2 RISPETTO AGLI ACCESSI



NB: l'OBI2 attivo fino al 31/03/2016



ORIGINAL CONTRIBUTION

Effects of Emergency Department Expansion on Emergency Department Patient Flow

Bryn E. Mumma, MD, MAS, James Y. McCue, Chin-Shang Li, PhD, and James F. Holmes, MD, MPH

ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2014;21:504–509 © 2014 by the Society for Academic Emergency Medicine

Conclusions: An increase in ED bed capacity was associated with no significant change in the percentage of patients who LWBT, but had an unintended consequence of an increase in ED boarding hours. ED expansion alone does not appear to be an adequate solution to ED crowding.

Cardarelli

- > dimissioni da PS (rientri ambulatoriali, protocolli, amb. ospedale)
- Valutazione tempi di degenza
- Verifica tempi di esecuzione diagnostica e consulenze con relativa appropriatezza e con evidenza delle criticità per eventuali rinforzi dei servizi
- Ricovero diretto dagli ambulatori e DH senza passaggio da PS
- > attenzione sulla emergenza intraospedaliera per < accessi al DEA (MU; Chir. Urg. UTIC ecc.) magari con attivazione previa formazione di gruppi tipo MET
- Rinforzo dei trasporti interni ed attivazione del sottosuolo (già esiste il progetto)
- Dimissioni 7/7

Livello pre e post

- < accessi con implementazione orario ambulatori MMG ed incrocio dei dati di accesso dei pz al PS per identificare eventuali sacche di criticità
- 118 con centrale almeno provinciale in rete con gli ospedali per la disponibilità di posti letto; demedicalizzazione delle ambulanze e rotazione del personale nei PS
- Attivazione e sviluppo delle reti
- Incrocio dei dati dei pz dimessi dai vari PS per rivalutare i riaccessi entro le 48 ore
- Attivazione Dimissioni Protette con territorio anche extra zonale (circa il 33% degli accessi al Cardarelli è extrazonale ed extraprovinciale)
- Possibilità di messa in rete con CUP della regione per prenotazioni già alla dimissione da PS di prestazioni ambulatoriali
- Specialistica ambulatoriale
- Attivazione della lungodegenza anche dal MMG
- Assistenti sociali per problemi dei senza fissa dimora
- Programma di deospedalizzazione da PS dei pz oncologici terminali
- **ADEGUAMENTO DELLE RISORSE**

ED cognition: any decision by anyone at any time

Pat Croskerry, MD, PhD

The ability of an emergency department (ED) to meet the needs of its patients depends largely on the resources available. Relevant resources include nurses, physicians, paramedics, specialty backup, care spaces, inpatient bed base, space, equipment, and supplies. All are important to ED function; however, one resource that is seldom considered is cognition, the cognitive capacity of ED staff. Although invisible, it is arguably our most critical resource. Everything that is done for patients—their diagnosis, management, treatment, and disposition—requires decision making that depends on both individual and collective cognition. In the past,

RESEARCH

Open Access

The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study



Annalena Welp¹, Laurenz L. Meier² and Tanja Manser^{3,4*}

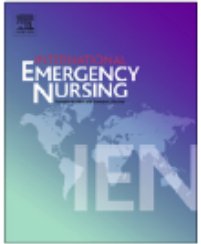
Conclusions: The current study shows that the interrelations between teamwork, clinician burnout, and clinician-rated patient safety unfold over time. Interpersonal and cognitive-behavioral teamwork play specific roles in a process leading from clinician emotional exhaustion to decreased clinician-rated patient safety. Emotionally exhausted clinicians are less able to engage in positive interpersonal teamwork, which might set in motion a vicious cycle: negative interpersonal team interactions negatively affect cognitive-behavioral teamwork and vice versa. Ultimately, ineffective cognitive-behavioral teamwork negatively impacts clinician-rated patient safety. Thus, reducing clinician emotional exhaustion is an important prerequisite of managing teamwork and patient safety. From a practical point of view, team-based interventions targeting patient safety are less likely to be effective when clinicians are emotionally exhausted.



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Emergency Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aaen



The emergency department “carousel”: An ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow



Peter Nugus, MA (Hons), MEd, PhD, Assistant Professor^{a,*}, Roberto Forero, MA, MPH, PhD, Senior Research Fellow^b, Sally McCarthy, MBBS, MBA, Director^c, Geoff McDonnell, MD, Research Fellow^b, Joanne Travaglia, BSocStuds (Hons), Grad Dip Adult Ed, MEd, PhD, Senior Lecturer^b, Ken Hilman, MBBS, MD, Professor and Director^b, Jeffrey Braithwaite, MIR, MBA, PhD, Professor and Director^b

**ED è un sistema dinamico ed è anche una componente di più
ampie strutture sociali
come l'ospedale, il servizio sanitario e la comunità nazionale**

uniquely integrates diagnosis, treatment and transfer of individual patients with the intellectual labour of leading and coordinating the department. The latter involves managing staff skill mix and the allocation of patients to particular ED sub-departments. The model extends traditional patient flow representations and underlines the importance of valuing ethnographic methods in health services research, in order to foster organisational learning, and generate creative practical and policy alternatives that may, for example, reduce or ameliorate access block and ED overcrowding.



HOSPICE

MED. URG

MAU

OBI

Punti chiave

- Approccio metodologico
- Definizione di percorsi in particolare di deospedalizzazione
- Flessibilità organizzazione
- Lavoro di gruppo

