



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO

UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE

RESPONSABILE DEL
RISK MANAGEMENT
Dr. FRANCESCO LA CAVA
Via Ettore Vitale n° 248
(☎0961 - 70.38.12)
(☎0961 - 70.38.13)

**REGOLAMENTO AZIENDALE DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO ED IN
URGENZA - EMERGENZA**

I ricoveri ospedalieri rappresentano un indubbio e rilevante problema per gli operatori sanitari di qualsiasi presidio ospedaliero, tenuto conto dell'impari rapporto esistente tra domanda e offerta, che, oltretutto nella nostra regione è aggravata dalla recente riduzione del numero di posti letto imposta dal piano di rientro.

Ne consegue che, sempre più frequentemente, l'operatore di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri aziendali si trova in evidente difficoltà a poter far fronte alle innumerevoli richieste di ricovero cercando di sopperire a tale cronica deficienza, purtroppo comune a tutti gli ospedali anche di altre regioni, con quelle che sono le possibilità a sua disposizione: appoggio in reparto dell'area funzionale di pertinenza della patologia presentata dal paziente o anche in area funzionale diversa, ricovero in barella, così dando luogo, specialmente nel caso delle ultime due suddette eventualità, ad innumerevoli inconvenienti che rendono notevolmente difficoltoso l'iter diagnostico - terapeutico di tali pazienti ingenerando, altresì, disfunzioni di natura organizzativa che possono incidere negativamente sulla gestione del bene salute.

Ne deriva da ciò la necessità di dotare i presidi ospedalieri aziendali di un regolamento che aiuti gli operatori ad agire in modo uniforme, sempre privilegiando, comunque, la soluzione migliore nell'interesse del paziente.

Il presente documento rappresenta l'esito condiviso del lavoro svolto dal Responsabile del Risk Management, dai Direttori Medici di Presidio e dai Direttori delle UU.OO. di Pronto Soccorso con la supervisione del Direttore Generale.

**REGOLAMENTO AZIENDALE DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO
ED IN URGENZA - EMERGENZA**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro assicura le prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero agli utenti: 1) - inseriti nelle liste di attesa attivate in ciascuna struttura di degenza sotto la diretta responsabilità del relativo Direttore; 2) - in urgenza per quelli che stabilisce il medico del Pronto Soccorso.

Qualora il trasporto dell'utente all'ospedale venga effettuato dal SUEM 118, il personale che lo effettua deve indirizzare l'utente nella struttura afferente all'Azienda o ad altra

struttura regionale più idonea al trattamento di cui necessita e deve avvisare preventivamente il Pronto Soccorso del presidio ospedaliero individuato circa la necessità di immediato ricovero in terapia intensiva o di intervento chirurgico in emergenza fornendo i dati circa la patologia presentata ed il codice di gravità. In questi casi il Pronto Soccorso ha facoltà di allertare il medico specialista competente il quale, a sua volta, deve attivare tutte le procedure necessarie al fine di rendere tempestivo ed idoneo l'intervento richiesto. Negli altri casi, non rientranti fra quelli sopra menzionati, l'infermiere del Pronto Soccorso che accetta l'utente gli attribuisce, in sede di triage, il codice di priorità a seconda della gravità del caso.

L'utente, giunto in Pronto Soccorso, può essere soggetto a:

- a) Osservazione breve intensiva (O.B.I.) fino a 24 ore, laddove attivata;
- b) Osservazione in Terapia Sub - Intensiva allocata presso l'U.O. di Medicina Interna del P.O.L.T.;
- c) Ricovero d'urgenza in U.O. specialistica.

In Pronto Soccorso si stabilizza l'utente e si effettuano tutte le indagini cliniche e strumentali necessarie per formulare la diagnosi.

Le UU.OO. di supporto assicurano l'esecuzione di eventuali esami urgenti mediante percorsi preordinati preferenziali. Qualora la prestazione esiti in ricovero, gli esami effettuati rientrano nella remunerazione legata all'attribuzione del relativo D.R.G.

Il medico del Pronto Soccorso, qualora ritenga necessario l'apporto di uno specialista, può richiederne la consulenza. Lo specialista contattato è tenuto a garantirla nel più breve tempo possibile e direttamente in Pronto Soccorso. Inoltre egli deve riportare l'esito del proprio intervento con grafia intellegibile sulla scheda dell'utente laddove questa non sia informatizzata.

Sulla base dell'obiettività clinica riscontrata e dell'esito delle indagini clinico - strumentali il medico del Pronto Soccorso dispone la dimissione dell'utente o la prosecuzione del percorso di assistenza e cura secondo una delle modalità appresso indicate.

a) **Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) fino a 24 ore**

Allo stato è attivata quella Pediatrica presso il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme per la quale sono previsti n.2 posti letto, secondo i criteri di ammissibilità e appropriatezza specificati nelle relative linee guida.

Inoltre, presso il Presidio Ospedaliero di Soverato è in funzione l'Osservazione Breve Intensiva Pediatrica dotata di n.2 posti letto che, attualmente, per carenza di personale medico, è utilizzata solo nelle ore diurne (H 8,00 - 20,00).

È in corso di istituzione l'O.B.I. per adulti presso il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme per la quale saranno previsti n.8 posti letto, secondo i criteri di ammissibilità e appropriatezza specificati nelle relative linee guida.

È, altresì, in corso di istituzione l'O.B.I. per adulti presso il Presidio Ospedaliero di Soverato per la quale saranno previsti n.4 posti letto.

b) Ricovero in Terapia Sub - Intensiva

Detta struttura è allocata nell'Unità Operativa di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme e sono previsti n.4 posti letto. Il medico del Pronto Soccorso dispone il ricovero presso la suddetta struttura, previo videat internistico o del medico di guardia interdivisionale, di pazienti affetti dalle seguenti patologie: 1) paziente acuto affetto da: ictus cerebrale ischemico, cirrosi epatica scompensata con complicanze gravi, disturbi dell'equilibrio acido - base, alterazioni del metabolismo dei glucidi con acidosi o chetosi o coma, coma metabolico, scompenso cardiaco congestizio in seconda istanza all'U.O. di Cardiologia; 2) codici rossi di pertinenza internistica; 3) ricoveri di "ritorno" dall'U.O. di Rianimazione o trasferimenti da altre UU.OO. Non possono essere ricoverati in detta struttura utenti affetti da insufficienza respiratoria, con sanguinamento in atto, da contenzionare, con volontà autolesiva o suicida, con malattie infettive contagiose clinicamente evidenti.

c) Ricovero d'urgenza in U.O. specialistica.

I ricoveri d'urgenza sono disposti dal medico del Pronto Soccorso. Le strutture di degenza devono impegnarsi per quanto possibile ad assicurare la presa in carico degli utenti avviati dal Pronto Soccorso ed a segnalare alla predetta struttura, sia in tempo reale che sistematicamente almeno 3 volte al giorno (alle 11,00, alle 15,00 e alle 21,00) ogni variazione della disponibilità di posti letto.

Ai fini del contenimento del rischio clinico è necessario istituire un rapporto bidirezionale e di costante cooperazione tra il Pronto Soccorso e tutte le strutture di degenza aziendali. In caso di indisponibilità di posti letto nella struttura competente per la specifica patologia, il ricovero può essere effettuato in altra struttura appartenente al medesimo Dipartimento di competenza.

Solo **eccezionalmente** è consentito far riferimento a posti letto di altro Dipartimento di competenza, escluso quello materno - infantile e ferma restando la differenziazione per età, con l'obbligo di dare preventiva comunicazione al medico di guardia della struttura di ricovero che dovrà obbligatoriamente risultare presente in sede e non semplicemente reperibile.

Le strutture di degenza sono tenute a prendere in carico con assoluta priorità gli utenti di propria pertinenza che siano stati ricoverati in appoggio temporaneo presso altre strutture. Il personale dell'Unità Operativa in cui è ricoverato in appoggio temporaneo l'utente deve garantire l'assistenza al paziente dal punto di vista infermieristico, mentre l'assistenza medica resta a carico dell'Unità Operativa di pertinenza, ferma restando, comunque, la opportuna vigilanza del paziente per tutto il periodo di permanenza nel reparto da parte del personale dell'Unità Operativa di appoggio. Tale situazione dovrà necessariamente perdurare sino a quando vi sarà la possibilità di adottare situazioni migliori (ricovero in reparto di competenza o trasferimento presso altra struttura).

La Direzione Medica di Presidio, onde far fronte ad eventuali situazioni di emergenza, ha facoltà fino all'avvenuta normalizzazione della situazione, di disporre la temporanea sospensione dei ricoveri ordinari.

Dopo aver esperito ogni tentativo utile per individuare un posto letto libero, in caso di assoluta indisponibilità, si deve procedere al trasferimento protetto del paziente tramite SUEM 118, previa stabilizzazione clinica, presso altro idoneo ospedale.

Il ricovero in idonea barella, ossia di barella fornita di sponde o letto aggiunto può essere ritenuto lecito solo nel caso in cui il medico del Pronto Soccorso, pur

rispettati i principi precedentemente elencati, sotto la propria personale responsabilità giudichi l'utente non trasferibile per valide ed obiettive motivazioni

(rischio derivante dalle condizioni cliniche, mancanza di ospedali ricettivi in grado di affrontare adeguatamente il caso). In particolare, in caso di utenti che versino in pericolo di vita ed in assenza di posti letto disponibili nell'U.O. di Rianimazione deve comunque essere assicurata l'assistenza in ambiente adeguato che può essere individuato o nell'ambito del Pronto Soccorso o, comunque, presso una struttura idonea che, ove possibile, potrebbe anche essere una sala operatoria, provvedendo alla stabilizzazione del soggetto con successivo trasferimento protetto.

Nel caso di ricovero in barella o di letto aggiunto la struttura ove il medico del Pronto Soccorso ritenga di avviare il paziente ne deve assicurare la presa in carico e l'adeguato trattamento, adottando ogni precauzione utile a tutela della salute dell'utente in virtù del suo temporaneo e, certamente, non ottimale posizionamento.

È evidente che i rischi derivanti dal ricovero in barella devono risultare oggettivamente inferiori rispetto a quelli che ne deriverebbero dalle operazioni di trasferimento, ove attuabili, ad altra sede.

ALLEGATI

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

(O. B. I.)

1. DEFINIZIONE DI O.B.I.

Per Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende quell'insieme di attività erogate a pazienti che accedono in Ospedale con carattere di emergenza - urgenza, affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, avente come finalità un rapido inquadramento diagnostico - terapeutico o l'identificazione sia dell'indicazione al ricovero sia della dimissione.

Tale unità permette al medico di Pronto Soccorso di disporre di più tempo per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente. L'O.B.I. risulta uno strumento molto importante che consente ai medici che operano nell'emergenza di disporre di più tempo per poter seguire le variazioni delle condizioni cliniche del paziente, per poter valutare gli effetti dei trattamenti e delle terapie erogate in Pronto Soccorso, per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione iniziale del paziente al Pronto Soccorso.

L'attivazione dell'O.B.I. assicura, quindi, **una maggiore appropriatezza** dell'ammissione del paziente in ospedale e delle dimissioni del paziente dal Pronto Soccorso. Essa riveste, pertanto, un'importante funzione di **filtro ai ricoveri** provenienti dal Pronto Soccorso. La decisione di destinare un paziente in O.B.I. **spetta sempre al medico di Pronto Soccorso** che prende in carico il paziente dopo il suo accesso al servizio.

2. FUNZIONI E ORGANIZZAZIONE DELL'O.B.I.

L'Unità di Osservazione Breve Intensiva è un'area dedicata ai pazienti che necessitano di osservazione clinica e strumentale e di terapia di breve durata, quindi non superiore alle

36 ore. Le funzioni, che ne raccomandano l'istituzione e che costituiscono gli obiettivi da raggiungere, sono classificabili secondo principi organizzativi o assistenziali.

Obiettivi

- Assicurare un'osservazione protratta nel tempo dei pazienti che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
- Valutare l'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali o dei trattamenti terapeutici erogati al paziente in Pronto Soccorso;
- Assicurare l'approfondimento diagnostico - terapeutico erogato in tempi brevi:
 - Garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa équipe di cura nelle prime ore dell'arrivo in Pronto Soccorso
 - Mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato (visite, dimissioni, trasferimenti);
 - Con possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa e con tempi accelerati.
- Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza e delle cure in Pronto Soccorso.
- Migliorare la percezione dell'accoglienza da parte del paziente.
- Garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal Pronto Soccorso evitando i ricoveri inappropriati, che contribuiscono in misura consistente ad aumentare il tasso di occupazione dei presidi ospedalieri, a saturare la disponibilità di posti letto e, quindi, a aumentare i tempi di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.
- Garantire l'appropriatezza delle dimissioni dal Pronto Soccorso evitando le dimissioni improprie, spesso all'origine di esiti negativi per il paziente, qualora non sia ben definito il quadro clinico alle dimissioni, e/o ritorni al pronto soccorso;

I suddetti obiettivi si raggiungono assicurando:

- Una valutazione protratta ai pazienti a cui non é stato possibile formulare una corretta diagnosi dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
- una valutazione longitudinale di patologie a bassa probabilità ed elevato rischio evolutivo (es. dolore toracico a bassa probabilità);
- Un'osservazione prolungata ed un approfondimento diagnostico per le patologie a probabilità intermedia e rischio intermedio (es. dolore addominale, politrauma senza compromissione sistemica);
- osservazione prolungata per patologie ad elevata probabilità e basso rischio (es. colica renale);
- Trattamento iniziale ospedaliero di patologie a basso rischio e rapida risoluzione (es. necessità di idratazione, trattamento del dolore acuto);
- Non costituiscono funzioni dell'OBI la sosta e la gestione di pazienti già destinati a ricovero in attesa di posto letto o già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

3. CRITERI DI AMMISSIONE E DURATA DELL'OSSERVAZIONE

Il paziente deve avere un unico problema da definire in termini di valutazione diagnostica e al contrario non devono essere ammessi pazienti con le seguenti caratteristiche:

- Condizioni cliniche gravi;
- Molteplicità di problemi;
- Degenza probabilmente lunga;
- Presenza dei criteri per il ricovero.

4. DURATA DELL'O.B.I.

La durata dell'O.B.I. deve essere inferiore alle 36 ore. Se l'osservazione eccede le 36 ore, è opportuno procedere al ricovero.

5. DISPONIBILITÀ DI SERVIZI IN O.B.I.

Per l'attività di O.B.I. devono essere disponibili i seguenti servizi:

- **Laboratorio:** deve fornire gli esami standard di Pronto Soccorso in urgenza (h 24);
- **Radiologia:** deve fornire esami e risposte radiologiche in urgenza (h 24);
- **Consulenze specialistiche:** devono essere disponibili per l'inquadramento diagnostico del paziente in urgenza (h24), analogamente a quanto avviene in Pronto Soccorso.

Al paziente in O.B.I. deve essere assicurata la somministrazione dei pasti.

6. PERSONALE DEDICATO IN O.B.I.

E' necessario che siano presenti in ciascuno dei tre turni nelle 24 ore **1 medico, 1 infermiere ed 1 ausiliario dedicati in via esclusiva.**

7. DOTAZIONE DI LOCALI

E' necessario disporre di un ambiente spazioso e confortevole sufficiente a assicurare la sistemazione di un congruo numero di posti letto, con consolle per la gestione strumentale di tutti i pazienti e dotato di idonei servizi igienici.

8. DOTAZIONE DI ATTREZZATURE E RISORSE TECNOLOGICHE DELL'O.B.I.

Deve essere garantita la seguente dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche prevista anche dalle linee guida della SIMEU. Una quota parte dei posti letto, mediamente il 50%, deve essere dotata di monitoraggio emodinamico e respiratorio. Ogni posto letto deve avere a disposizione ossigeno e vuoto. All'interno dell'O.B.I. devono essere presenti almeno:

- Monitor/defibrillatore/stimolatore;
- Ventilatore meccanico non invasivo in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP;
- Ecografo;
- Elettrocardiografo;
- Pulsiossimetro;
- Glucometer;
- Sfigmomanometri;
- Pompe di infusione, in numero adeguato;

- Set per intubazione/RCP.
- Monitor multiparametrici (1 ogni 3 letti)

9. CONDIZIONI CLINICHE PER LE QUALI RISULTA APPROPRIATA L'ATTIVAZIONE DELL' O.B.I. PER GLI ADULTI

A livello indicativo si elencano i più significativi quadri clinici che devono essere trattati in O.B.I.

Cod.	PATOLOGIE AMMESSE	Cod.	PATOLOGIE AMMESSE
1	Cefalea con esiti neurologici negativi	14	Sindromi dolorose osteoarticolari e nevralgiche (lombalgia,...)
2	Vertigini	15	Dolore al fianco
3	Sincopi con valutazione neuro-cardiologica iniziale negativa	16	Coliche renali
4	TIA	17	Reazioni allergiche ad espressione cutanea non evolutive
5	Crisi convulsive/ Crisi comiziali	18	Crisi asmatiche
6	Dolore addominale (epigastralgia,...)	19	Dispnea con parametri clinici di stabilità
7	Coliche epatiche	20	Traumi minori (cranico, toracico, addominale,...)

8	Disidratazione/diarrea	21	Iperglicemia moderata/crisi ipoglicemica
9	Nausea e vomito	22	Turbe metaboliche lievi
10	Gastroenterite acuta	23	Intossicazioni minori (da farmaci, alimentari,...)/ Avvelenamento
11	Dolore toracico (con basso rischio di infarto miocardio)	24	Etilismo acuto
12	Crisi ipertensive	25	Overdose da oppiacei o disturbi comportamentali da allucinogeni
13	Aritmie cardiache (fibrillazioni atriali parossistiche, tachicardia parossistica sopraventricolare)	26	Altre condizioni a discrezione del medico di Pronto Soccorso

NOTA

Le patologie candidate all'ammissione in O.B.I. dovrebbero avere un rapporto rischio/probabilità di malattia inverso: una patologia ad elevato rischio e elevata probabilità (per es. diagnosi di elevata probabilità di SCA) dovrebbe essere ammessa in ricovero, in quanto la presenza di malattia espone il paziente ad elevato rischio evolutivo (morte / complicanze gravi) mentre patologie a media / elevata probabilità ma basso rischio evolutivo (per es. dolore addominale con 10/20% di probabilità di appendicite acuta) possono essere immessa in O.B.I.

NON devono essere **AMMESSI** in O.B.I.:

PAZIENTI NON AMMESSI
• pazienti con destinazione di ricovero già individuata in attesa di posto letto.
• pazienti destinati alla dimissione dopo la valutazione del Pronto Soccorso.
• pazienti gestibili in Pronto Soccorso e dimissibili entro 90-180 minuti.
• pazienti con condizioni cliniche gravi (parametri vitali compromessi,...)
• pazienti che presentano i requisiti per un ricovero urgente.
• pazienti da contenzionare
• pazienti con volontà autolesive o di suicidio.
• pazienti con sanguinamento in atto

<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con pluripatologie
<ul style="list-style-type: none"> • pazienti psichiatrici acuti

10. CHIUSURA DELL'O.B.I.

Il tempo di permanenza in Osservazione Breve Intensiva, deve essere conteggiato dall'ingresso del paziente in O.B.I. fino alla dimissione del paziente.

L'O.B.I. può terminare con la dimissione del paziente, con il ricovero in un reparto ospedaliero o con il trasferimento in un altro istituto.

11. DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione relativa a tutte le prestazioni effettuate al paziente durante il periodo in O.B.I. entrerà a far parte della cartella clinica, in caso di ricovero, o verrà consegnata in copia al diretto interessato, in caso di dimissione. In ogni caso, comunque, unitamente alla documentazione acquisita in P.S..

12. TICKET DELL'O.B.I.

Secondo norma vigente per la degenza in O.B.I. non è prevista alcuna partecipazione alla spesa da parte del paziente, dal momento che tale attività presenta il carattere di non differibilità. Il paziente è tenuto però al pagamento del ticket di Pronto Soccorso.

13. MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'O.B.I.

Lo strumento dell'O.B.I. deve essere oggetto di un'attenta e continua verifica che ne attesti il corretto utilizzo attraverso il calcolo dei seguenti indicatori di appropriatezza.

Cod.	INDICATORI
1	Numero totale di accessi in Pronto Soccorso
2	Numero e % di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.
3	Numero e % di ricoveri dopo O.B.I.
4	Numero e % di dimissioni dopo O.B.I.
5	Numero e % di decessi in O.B.I.
6	Numero e % di trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.
7	Tempo medio di durata dell'O.B.I.
8	Tipologia di patologie osservate in O.B.I. secondo codice. Sono possibili deroghe alle patologie codificate.
9	N. di pazienti ritornati in PS dopo O.B.I. entro 48 ore
10	N. di rientri in O.B.I. entro 48 ore
11	% di ricoveri impropri in regime ospedaliero

Tabella . Indicatori di prestazione dell'O.B.I.

In base alla letteratura, si possono definire degli standard di appropriatezza dell'attivazione dell'O.B.I. a partire da alcuni indicatori di qualità di assistenza:

Cod.	INDICATORI
1	% di accessi di Pronto Soccorso per i quali è attivata l'O.B.I. <10%
2	% di dimissioni dopo O.B.I. >70%
3	% di ricovero dopo O.B.I. <30%

Tabella . Valori standard di appropriatezza dell'O.B.I.

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA IN PEDIATRIA (O. B. I.)

Poiché si è assistito nell'U.O. di Pediatria del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso si è ritenuto opportuno elaborare nuove soluzioni organizzative e gestionali in grado di rispondere ad una domanda crescente di prestazioni urgenti assicurando una sempre maggiore efficacia delle cure assistenziali erogate ed una maggiore efficienza delle risorse utilizzate. A tal fine si è ravvisata l'esigenza di avviare nuove strategie organizzative quali l'**Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)**.

La documentazione normativa di riferimento a livello nazionale è costituita dalle linee guida generali sulla gestione dell'O.B.I. (2004) realizzate da SIMEU (Società Italiana per la Medicina di Emergenza e Urgenza) e dal documento della Commissione di Urgenza - Emergenza del Ministero della Salute (2005).

L'O.B.I. si pone come obiettivo l'osservazione longitudinale del paziente in modo da

garantire un adeguato approfondimento diagnostico - terapeutico e, quindi, una maggiore sicurezza dell'assistenza.

Essa si configura come un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che hanno come finalità un rapido inquadramento clinico del paziente e presuppone un'alta intensità di cure in termini di impegno di personale ed accertamenti strumentali utilizzati in forma concentrata nel tempo.

Con l'O.B.I. possono essere attuati rapidi percorsi diagnostici e terapeutici, nell'ambito di linee guida condivise, che rendono più efficace l'intervento assistenziale messo in atto dal Pronto Soccorso e che rendono più corretto l'uso delle risorse.

L'O.B.I. risulta uno strumento molto importante che consente ai medici che operano nell'ambito dell'emergenza di disporre di più tempo per poter seguire le variazioni delle condizioni cliniche del paziente, per poter valutare gli effetti dei trattamenti e delle terapie erogate, per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione iniziale del paziente.

L'attivazione dell'O.B.I. assicura, quindi, **una maggiore appropriatezza** dell'ammissione del paziente in ospedale e delle dimissioni del paziente dal Pronto Soccorso.

Essa riveste, pertanto, un'importante funzione di **filtro ai ricoveri** provenienti dal Pronto Soccorso.

Risulta, infatti, frequente l'accesso in Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici

indefiniti, tali da non consentire l'invio a domicilio perché richiedono una chiarificazione diagnostica nelle ore successive all'accesso. L'invio di tali pazienti ad un ricovero ospedaliero ordinario, senza un adeguato periodo di osservazione, può portare ad un significativo incremento di ricoveri inappropriati o ad incremento di dimissioni imprudenti.

AMBITO DI APPLICAZIONE

È attivata un'unità funzionale di Osservazione Breve Intensiva specialistica dotata di **n.2 posti letto** nell'U.O.C. di Pediatria del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme, dove già viene svolta attività di emergenza / urgenza, in aggiunta ai n.10 posti letto già presenti e dedicati ai ricoveri ordinari.

Per l'O.B.I. specialistica attivata nell'Unità Operativa di Pediatria sarà il medico specialista di reparto che ha in carico il paziente a decidere in merito all'ammissione del paziente in osservazione breve con relativi costi a carico dell'U.O.C. di Pediatria.

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA: DEFINIZIONE ED OBIETTIVI

Definizione di O.B.I.

Per Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende quell'insieme di attività erogate a pazienti che accedono alle strutture ospedaliere con carattere di emergenza - urgenza, affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, avente come finalità un rapido inquadramento diagnostico - terapeutico o l'identificazione sia dell'indicazione al ricovero, sia della dimissione.

Tale unità permette al medico di Pronto Soccorso di disporre di più tempo per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente.

Obiettivi dell'O.B.I.

Si possono individuare due tipologie di obiettivi dell'O.B.I.:

1. Obiettivi Assistenziali.
2. Obiettivi Organizzativi.

Obiettivi Assistenziali

Assicurare un'osservazione protratta nel tempo dei pazienti che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso.

Valutare l'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali o dei trattamenti terapeutici erogati al paziente in Pronto Soccorso.

Assicurare l'approfondimento diagnostico - terapeutico erogato in tempi brevi:

- garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa équipe di cura nelle prime ore dell'arrivo in Pronto Soccorso, se l'osservazione viene gestita in aree attigue al servizio;
- mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato (visite, dimissioni, trasferimenti);
- con possibilità di accedere ad indagini diagnostico - strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore e con tempi accelerati.

Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza e delle cure in Pronto Soccorso.

Obiettivi Organizzativi

Garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal Pronto Soccorso.

Garantire l'appropriatezza delle dimissioni dal Pronto Soccorso.

LOCALIZZAZIONE DELL'O.B.I.

Aree di O.B.I. specialistica è attivata presso l'Unità Operative di Pediatria del P.O.L.T. che

già svolge attività di accettazione in emergenza / urgenza 24 ore su 24.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. **spetta sempre e comunque al medico di Reparto** che prende in carico il paziente dopo la relativa accettazione da parte del medico di P.S. che richiede l'effettuazione di consulenza pediatrica.

DURATA DELL'O.B.I.

La durata dell'O.B.I. deve essere **inferiore alle 24 ore e di norma superiore alle 6 ore**. Se l'osservazione eccede le 24 ore, è opportuno procedere al ricovero ospedaliero urgente del paziente.

5. DISPONIBILITÀ DI SERVIZI IN O.B.I.

Per l'attività di O.B.I. devono essere disponibili i seguenti servizi:

Laboratorio: deve fornire gli esami standard in urgenza (h 24);

Radiologia convenzionale: deve fornire esami e risposte radiologiche in urgenza (h 24);

Consulenze specialistiche: devono essere disponibili per l'inquadramento diagnostico del paziente in urgenza (h24), analogamente a quanto avviene in Pronto Soccorso.

L'accesso ai servizi diagnostici e alle consulenze specialistiche per i pazienti in O.B.I. deve avvenire attraverso gli stessi canali preferenziali individuati per il paziente in Pronto Soccorso.

E' auspicabile che vengano redatti opportuni protocolli diagnostico - terapeutici per le patologie più frequenti (vedi di seguito) in modo da assicurare una coerente continuità assistenziale.

Al paziente in O.B.I. deve essere assicurata la somministrazione dei pasti ed è obbligatoria la presenza di un familiare.

Posti letto per l'O.B.I. in Pediatria

Il numero di posti letto da dedicare all'attività di O.B.I. è di **2 posti letto** sempre nell'ambito dell'U.O.C. di Pediatria del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme.

Personale O.B.I.

Il personale che svolge attività in O.B.I. è personale infermieristico e medico in condivisione con quello del reparto e, inoltre, è dotato di formazione specifica in emergenza / urgenza.

N.B.: La realizzazione di detta struttura di OBI con struttura e personale dedicato, rappresenta in prospettiva la soluzione ideale per il miglioramento dell'assistenza in regime d'urgenza. La limitatezza attuale delle risorse consente nell'immediato solo interventi parziali senza investimenti nuovi, *dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche dell'O.B.I.*

Ogni posto letto ha a disposizione ossigeno e vuoto.

monitor

elettrocardiografo

pulsiossimetro

glucometer

sfigmomanometri

pompe di infusione, in numero adeguato

set per intubazione/RCP.

Nelle aree di pertinenza dell'O.B.I. specialistica pediatrica è presente la dotazione necessaria per garantire un'adeguata assistenza e un monitoraggio delle variazioni delle condizioni cliniche dei pazienti.

CRITERI GENERALI DI AMMISSIONE DEL PAZIENTE IN O.B.I. PEDIATRICA

Come indicazioni generali, l'attivazione dell'O.B.I. deve avvenire di norma per i pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostico - terapeutici o di periodo di osservazione che di norma non supera le 24 ore, al fine di un corretto inquadramento diagnostico - terapeutico nelle 24 ore.

Tale periodo di osservazione prolungato del paziente permette di valutarne le reali necessità di ricovero o di dimissione.

In particolare, sono ammessi in O.B.I.:

1. i pazienti per i quali è possibile un rapido inquadramento clinico con l'ausilio delle metodiche diagnostiche strumentali/laboratoristiche disponibili;
2. i pazienti con patologie acute di rapida stabilizzazione clinica e bassa/moderata complessità terapeutica ed assistenziale.

Dovranno essere elaborati specifici protocolli che definiscano le modalità operative di gestione del paziente e i relativi passaggi di consegna per il personale infermieristico e medico tenuto conto delle diverse realtà organizzative esistenti negli ospedali del territorio provinciale.

Una volta che il paziente viene affidato al reparto per l'osservazione breve, **la responsabilità del paziente è a carico dell'équipe medico - infermieristica dell'Unità Operativa in cui il paziente si trova per tutto il periodo di osservazione.** Ulteriori trattamenti e accertamenti ritenuti utili potranno essere disposti dal medico del reparto che deciderà, in seguito, la dimissione o il ricovero del paziente.

L'intero processo e il relativo passaggio di consegne, dovrà essere esplicitamente documentato sia ai fini gestionali che di responsabilità professionale (diario clinico, verbale di Pronto Soccorso).

CONDIZIONI CLINICHE PER LE QUALI RISULTA APPROPRIATA L'ATTIVAZIONE DELL'O.B.I. PEDIATRICA

Nella tabella seguente viene riportato un elenco dei quadri diagnostici che vengono ammessi all'O.B.I. Pediatrica presso il Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme.

Cod. PATOLOGIE PEDIATRICHE AMMESSE

- 1 Lipotimie e spasmi a dubbia dinamica, per il tempo di ripresa
- 2 Gastroenterite con disidratazione di grado medio
- 3 Reazioni allergiche generalizzate
- 4 Quadri dispnoidei di lieve entità
- 5 Trauma cranico minore
- 6 Convulsioni febbrili/ crisi comiziali
- 7 Sintomatologia dolorosa
- 8 Esposizione a sostanze tossiche
- 9 Altre condizioni a discrezione del pediatra.

PAZIENTI NON AMMESSI NELL'O.B.I. PEDIATRICA

Sono comprese tutte quelle condizioni non incluse nel paragrafo precedente.

CHIUSURA DELL'O.B.I.

Il tempo di permanenza in osservazione breve intensiva deve essere conteggiato dall'ingresso del paziente in O.B.I. fino alla dimissione del paziente.

L'O.B.I. può terminare con la dimissione del paziente, con il ricovero o nello stesso reparto di Pediatria o in altro reparto o trasferito in un altro istituto.

La dimissione dall'area di O.B.I. può realizzarsi esclusivamente da parte dell'Unità Operativa di Pediatria del P.O.L.T..

LA DOCUMENTAZIONE CLINICA

L'attività di O.B.I. deve essere rilevata con una **documentazione clinica specifica**, che contenga il diario clinico del paziente tutte le prestazioni di specialistica, le indagini di laboratorio, di diagnostica strumentale e per immagini effettuate.

Tale documentazione va ad integrare la scheda di Pronto Soccorso aperta al momento dell'accesso del paziente e, nel caso di ricovero del paziente, diventa parte integrante della sua cartella clinica.

La scheda di Pronto Soccorso rimane aperta durante tutto il periodo di osservazione breve ed è **il medico dell'Unità Operativa a registrare tutte le informazioni specifiche per l'OBI e a chiudere la scheda di OBI.**

REMUNERAZIONE DELL'O.B.I.

Se l'osservazione breve **non è seguita da ricovero**, l'utente paga le prestazioni ricevute secondo apposita codifica aziendale e regionale **COD.89.09**.

Per quanto riguarda la tariffa prevista per l'attività di O.B.I., se l'osservazione breve è **seguita da ricovero**, tutte le prestazioni erogate, analogamente a quanto avviene per l'attività di Pronto Soccorso, rientrano nell'ambito della tariffa del DRG.

MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'O.B.I.

L'attivazione del flusso informativo del Pronto Soccorso integrato con le informazioni dell'attività di O.B.I. permetterà di valutare l'attività di accettazione di emergenza / urgenza

e, in particolare, l'attività di osservazione breve.

Lo strumento dell'O.B.I. deve essere oggetto di un'attenta e continua verifica che ne attesti il corretto utilizzo attraverso il calcolo dei seguenti indicatori di appropriatezza.

Cod. INDICATORI

- 1 Numero totale di accessi in Pronto Soccorso
- 2 Numero e % di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.
- 3 Numero e % di ricoveri dopo O.B.I.
- 4 Numero e % di dimissioni dopo O.B.I.
- 5 Numero e % di decessi in O.B.I.
- 6 Numero e % di trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.
- 7 Numero e % di autodimissioni da O.B.I.
- 8 Tempo medio di durata dell'O.B.I.
- 9 Tipologia di patologie osservate in O.B.I., come da elenco specificato
- 10 Numero e tipologia di prestazioni erogate in O.B.I.
- 11 N. medio di prestazioni erogate in O.B.I. per paziente
- 12 N. di pazienti ritornati in P.S. dopo O.B.I. entro 48 ore.

Standard di appropriatezza

In base alla letteratura, si possono definire degli standard di appropriatezza dell'attivazione dell'O.B.I. a partire da alcuni indicatori di qualità di assistenza:

Cod. INDICATORI

Dimissioni dopo O.B.I. **>70%**

Ricovero dopo O.B.I. **<30%**

Standard più adeguati potranno essere definiti a partire dall'analisi dei dati sull'attività effettiva dell'O.B.I. a cadenza annuale.

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLA TERAPIA SUB - INTENSIVA

Detta struttura è allocata nell'Unità Operativa di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme e rappresenta una struttura assistenziale di grande valore clinico per offrire risposte ad un gruppo di patologie acute che, diversamente, dovrebbero essere trattate in Rianimazione o in altre strutture ospedaliere. Sono previsti n.4 posti letto dedicati esclusivamente al trattamento delle seguenti patologie: 1) paziente acuto affetto da: ictus cerebrale ischemico, cirrosi epatica scompensata con complicanze gravi, disturbi dell'equilibrio acido - base, alterazioni del metabolismo dei glucidi con acidosi o chetosi o coma, coma metabolico, scompenso cardiaco congestizio in seconda istanza all'U.O. di Cardiologia; 2) codici rossi di pertinenza internistica; 3) trasferimenti di "ritorno" dall'U.O. di Rianimazione o trasferimenti da altre UU.OO. Non possono essere ricoverati in detta struttura utenti affetti da insufficienza respiratoria, con sanguinamento in atto, da contenzionare, con volontà autolesiva o suicida, con malattie infettive contagiose clinicamente evidenti. I ricoveri in sub - intensiva devono sempre essere preceduti da videat internistico o del medico di guardia interdivisionale.