

**Beschluss
der Landesregierung****Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 437
Sitzung vom 21/06/2022 Seduta del

ANWESEND SIND

Landeshauptmann
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landeshauptmannstellvertr.
Landesräte

Generalsekretär

Arno Kompatscher
Waltraud Deeg
Giuliano Vettorato
Daniel Alfreider
Philipp Achammer
Massimo Bessone
Maria Hochgruber Kuenzer
Arnold Schuler

Eros Magnago

SONO PRESENTI

Presidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Vicepresidente
Assessori

Segretario Generale

Betreff:

Aktualisierung der Leitlinien des Landes
betreffend die
Intensivbeobachtungsstationen (O.B.I.)

Oggetto:

Aggiornamento delle linee guida provinciali
riguardanti l'Osservazione Breve Intensiva
(O.B.I.)

Vorschlag vorbereitet von
Abteilung / Amt Nr.

23.1

Proposta elaborata dalla
Ripartizione / Ufficio n.

Die Landeregierung

Der Beschluss der Landesregierung vom 01/12/2015 Nr. 1396 hat die Leitlinien des Landes für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (O.B.I.) genehmigt.

Es wurde Einsicht genommen in die Nationalen Leitlinien für Intensivbeobachtung (O.B.I.), die von der Ständigen Konferenz des Staates, der Regionen und der Autonomen Provinzen am 01.08.2019 genehmigt wurden.

Festgestellt, dass die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) eine größere Angemessenheit bei der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus und bei der Entlassung des Patienten aus der Notaufnahme sicherstellt.

Festgestellt, dass die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) eine wichtige Filterfunktion für Aufnahmen aus der Notaufnahme hat.

Festgestellt, dass die Dauer der Intensivbeobachtung gemessen vom Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) bis zu seiner Entlassung oder stationären Aufnahme maximal 36 Stunden und normalerweise länger als 6 Stunden betragen darf.

Berücksichtigt, dass bei einer stationären Einweisung infolge eines Aufenthaltes in der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) oder in der Notaufnahme das Datum des Beginns der stationären Aufnahme mit dem Datum und der Uhrzeit der tatsächlichen Zuweisung des Bettes in der Versorgungseinheit zusammenfällt.

Mit Schreiben vom 17.05.2022, Prot.Nr. 0399782/22, teilt der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit, dass es notwendig ist, die Leitlinien des Landes an die Nationalen Leitlinien für die Intensivbeobachtung – OBI anzupassen, die am 1. August 2019 veröffentlicht wurden.

Festgestellt, dass es somit notwendig ist die allgemeinen Kriterien für die Aufnahme von Patienten in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) festzulegen.

Festgestellt, dass die Intensivbeobachtung (O.B.I.) ein Instrument ist, das einer sorgfältigen und kontinuierlichen Überprüfung durch die Berechnung der Verwendungsindikatoren und Indikatoren von Performance unterzogen werden muss.

La Giunta Provinciale

La deliberazione della Giunta provinciale del 01/12/2015 n. 1396, ha approvato le Linee guida provinciali per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).

Viste le Linee di Indirizzo Nazionale sull'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) approvate dalla Conferenza Stato Regioni in data 01.08.2019.

Preso atto che l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) assicura una maggiore appropriatezza del paziente in ospedale e delle dimissioni del paziente dal Pronto Soccorso.

Preso atto che l'Osservazione Breve Intensiva riveste un'importante funzione di filtro ai ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso.

Considerato che la durata dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), misurata dall'ingresso in paziente in O.B.I. fino alla sua dimissione o ricovero, deve essere di massimo 36 ore e di norma superiore alle 6 ore.

Considerato nel caso di ricovero dopo un periodo in OBI o in Pronto soccorso la data di inizio del ricovero coincide con l'ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nel reparto di ricovero.

Con nota dell'17/05/2022, prot.n. 0399782/22, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha comunicato che si rende necessario allineare le Linee guida provinciali alla normativa di riferimento nazionale sull'Osservazione Breve Intensiva – O.B.I. pubblicate dal Ministero della Salute il 1° agosto 2019.

Constatata quindi la necessità di definire i criteri generali di ammissione del paziente in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).

Considerato che l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) deve essere oggetto di un attento e continuo monitoraggio che ne attesti il corretto utilizzo attraverso il calcolo di indicatori di utilizzo e di performance.

Daher als notwendig erachtet, die Leitlinien gemäß Anlage A dieser Maßnahme auch mit dieser Änderung zu aktualisieren.

beschließt

einstimmig in gesetzmäßiger Weise

1. Die beiliegenden Richtlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (O.B.I.) gemäß Anlage A, welche wesentlichen und integrierenden Bestand zum gegenständlichen Beschluss darstellt, zu genehmigen.
2. Die neuen Richtlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (O.B.I.) treten ab 1. September 2022 in Kraft.
3. Diese Maßnahme bringt keine neuen oder zusätzlichen Kosten für den Haushalt des Sanitätsbetriebes oder für den Landeshaushalt mit sich.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

23.1/CM

Considerato quindi necessario aggiornare le Linee guida di cui nell'allegato A del presente provvedimento anche con questa modifica.

delibera

a voti unanimi legalmente espressi:

1. di approvare le allegate Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) di cui all'allegato A, parte essenziale ed integrante alla presente deliberazione.
2. Le nuove Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) entrano in vigore il 1 settembre 2022.
3. Il presente provvedimento non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda sanitaria né del bilancio finanziario provinciale.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Leitlinien

für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (OBI)

Herausgegeben vom Amt für Gesundheitsbetreuung
(Beschluss der L.R. n. xxx von tt.mm.yyyy)

Leitlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (OBI)
Mai 2022

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheit – Amt für Gesundheitsbetreuung

INHALT

SEITE

1. EINFÜHRUNG	4
2. INTENSIVBEOBACHTUNG: DEFINITION UND ZIELE	4
3. STANDORT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION (OBI)	5
4. KLINISCHER BETREUUNGSPFAD FÜR PATIENTEN	5
5. DAUER DER INTENSIVBEOBACHTUNG	5
6. LEISTUNGSANGEBOT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	5
7. KRANKENBETTEN, PERSONAL UND AUSSTATTUNG DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	6
8. ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	7
9. ABSCHLUSS DER INTENSIVBEOBACHTUNG	8
10. KLINISCHE UNTERLAGEN	8
11. TARIFE UND TICKET FÜR DIE INTENSIVBEOBACHTUNG	8
12. ÜBERWACHUNG DER ANGEMESSENHEIT DER INTENSIVBEOBACHTUNG	9
ANLAGE A – KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME ERWACHSENER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	10
ANLAGE B - KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME PÄDIATRISCHER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	18

1. EINFÜHRUNG

In den letzten Jahren wurde auf nationaler Ebene ein stetig wachsender Zulauf in den Notaufnahmen verzeichnet. Daraus ergab sich die Notwendigkeit neuer organisatorischer und verwaltungstechnischer Lösungen, die der steigenden Nachfrage nach sofortiger Betreuung entgegenkommen und dabei größtmögliche Wirksamkeit der Hilfeleistungen und maximale Wirtschaftlichkeit in der Nutzung der Ressourcen gewährleisten. Die Einrichtung der Intensivbeobachtungsstationen in den verschiedenen italienischen Regionen hat Unterschiede in Bezug auf Dauer und Organisation aufzeigt. Dementsprechend hat die Ständige Konferenz des Staates, der Regionen und der Autonomen Provinzen im Jahr 2019 die nationalen Leitlinien für die Intensivbeobachtung verabschiedet, um einheitliche Organisationsmodelle vorzugeben, die auf nationaler Ebene verbreitet werden sollen.

Daher wurde auch auf Landesebene die Notwendigkeit einer Neuorganisation der Notaufnahme-Dienste erkannt, indem neue Strategien wie Triage durch das Pflegepersonal und die Einrichtung schnell verfügbarer Alternativen (direkter Zugang zu spezifischen operativen Einheiten) geschaffen werden sollen, um die Qualität der Versorgung und Pflege im Notfall zu verbessern. Der longitudinale Verbleib von Patienten in der Notaufnahme, bedingt durch die geringere Verfügbarkeit von Akutbetten, die Forderung nach angemesseneren Krankenhausaufnahmen und die Möglichkeit einer besseren diagnostisch-therapeutischen Abklärung durch die Einführung neuer Technologien im radiologischen (z. B. Mehrschicht-CT) und Laborbereich (z. B. kardiologische Biomarker) haben die Notaufnahme zu einem Ort der Diagnose und Behandlung im Frühstadium einer akuten Erkrankung gemacht.

Dies erforderte organisatorische Vorkehrungen, um einen Patienten mit einer akuten Erkrankung, die kurzfristig zu behandeln ist, aus der Notaufnahme entlassen zu können, ohne dass ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wäre. In diesem Sinne soll die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) in einem dafür bestimmten Bereich der Notaufnahme oder in anderen operativen Abteilungen (z. B. Pädiatrie und Geburtshilfe-Gynäkologie) eingerichtet werden mit dem Ziel eine bessere Angemessenheit bei der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus und bei der Entlassung des Patienten aus der Notaufnahme zu garantieren. Sie hat daher eine wichtige Filterfunktion für Aufnahmen, die von den Notaufnahmen stammen.

Mit den vorliegenden Leitlinien sollen daher die Krankenhäuser auf der Grundlage der Nationalen Leitlinien für die Intensivbeobachtung – O.B.I. 2019, die von der Ständigen Konferenz des Staates, der Regionen und der Autonomen Provinzen am 01. 08. 2019 verabschiedet wurden, alle notwendigen Anleitungen erhalten, um die Intensivbeobachtung auf Landesebene einheitlich zu verwalten.

2. INTENSIVBEOBACHTUNG: DEFINITION UND ZIELE

Intensivbeobachtung O.B.I. ist eine Methode des Notfallmanagements für Patienten mit akuten, hochkritischen klinischen Problematiken, aber mit niedrigem Entwicklungsrisiko oder mit geringer Problematik, aber ein potenzielles Entwicklungsrisiko aufweisen, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Reversibilität besteht und somit ein nicht aufschiebbares diagnostisch-therapeutisches Verfahren erfordern und/oder das in anderen Versorgungssettings nicht angeboten werden kann. Diese Art der Behandlung, die sich durch eine hohe Betreuungsintensität auszeichnet, die auf den erheblichen Einsatz des medizinischen und Pflegepersonals, die Durchführung diagnostischer Untersuchungen, die klinische Überwachung und die Planung von Therapiestrategien zurückzuführen ist, wird über einen festgelegten und begrenzten Zeitraum durchgeführt, um das geeignetste Versorgungsniveau zu ermitteln.

Die Ziele der Intensivbeobachtung (O.B.I.) sind:

1. Längere klinische Beobachtung von Patienten mit mittelmäßig komplexen Krankheitsbildern, die nach der ersten klinischen und instrumentellen Bewertung in der Notaufnahme nicht definiert wurden;
2. Kurzfristige Behandlung von mäßig komplexen Pathologien und Bewertung der Wirkung von Massnahmen zur Stabilisierung der Lebensfunktionen oder der therapeutischen Behandlungen, die der Patient in der Notaufnahme erhalten hat;
3. Diagnostisch-therapeutischen Vertiefung mit dem Ziel einer angemessenen Einweisung oder Entlassung.

Die Implementierung dieser Ziele ermöglicht sieht eine longitudinale Beobachtung des Patienten als auch eine angemessene diagnostisch-therapeutische Vertiefung und somit eine größere Sicherheit bei der Behandlung in der Notaufnahme oder in den operativen Einheiten, die Notfall- und Notfallaufnahmearbeiten durchführen.

3. STANDORT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION (O.B.I.)

Es ist geplant, eine zentralisierte und interdisziplinäre Intensivbeobachtungsstation in den Notaufnahmen oder Beobachtungsstationen einzurichten, die jährlich mindestens 20.000 Notaufnahme-Zugänge aufweisen. Dieser Bereich muss über eigene, integrierte oder funktional mit der Notaufnahme verbundene Räume verfügen, die in Open-Space-Einrichtungen mit einer zentralen Konsole und/oder in Einzelboxen mit zentraler Überwachung integriert sind. In Krankenhäusern, die nicht über eigene Räumlichkeiten verfügen, sollte die Intensivbeobachtung vorzugsweise in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme oder nach Entscheidung des behandelnden Notarztes vorübergehend in anderen operativen Abteilungen vorgenommen werden. Diese letztere Art der Aktivierung der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) ist als Übergangsmodell zu einer zentralisierten Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) zu verstehen, das innerhalb des Zeitrahmens und der Modalitäten erreicht werden kann, die im Rahmen der klinischen Neuordnung der Notfallmedizin festgelegt werden.

Zusätzlich können einzelne spezialisierte Intensivbeobachtungsstationen aktiviert werden, wenn die operativen Abteilungen Notfall- und Notaufnahmearbeiten durchführen (z. B. für die operativen Abteilungen Pädiatrie und Geburtshilfe und Gynäkologie).

4. KLINISCHER BETREUUNGSPFAD FÜR PATIENTEN

Was den Betreuungspfad innerhalb der Notaufnahme betrifft, so werden zwei verschiedene Phasen unterschieden:

- Verfahren in der Notaufnahme: diese Phase umfasst die gesamte Behandlung des Patienten innerhalb der Notaufnahme. Sie beginnt mit dem Zugang der zu betreuenden Person, ihrer Aufnahme, der Triage-Beurteilung, ihrer Übernahme und der Verwaltung der eventuellen Wartezeit. Sie setzt sich fort mit den nachfolgenden Phasen der ärztlichen Untersuchung, dem Beginn des diagnostisch-therapeutischen Notfall-Betreuungspfades, bis hin zu einem der möglichen Ergebnisse:
 - a) Überweisung in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.);
 - b) Einweisung in eine stationäre Krankenhausabteilung;
 - c) Verlegung in eine andere Akuteinrichtung auf Kosten der Notaufnahme;
 - d) Entlassung mit Unterbringung in territorialen oder stationären Einrichtungen, erforderlichenfalls mit Rückführung in ambulante Krankenhauseinrichtungen (Follow-up).
- Einweisung in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.): diese Phase ist ein mögliches Ergebnis der Notaufnahme. Daher müssen Datum und Uhrzeit der Aufnahme des Patienten in der Intensivbeobachtungsstation immer mit dem Ende der Behandlung in der Notaufnahme übereinstimmen.

5. DAUER DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Die Dauer der Intensivbeobachtung (O.B.I.), gemessen vom Zeitpunkt des Eintritts des Patienten in die Intensivbeobachtungsstation, bis zu seiner Entlassung oder stationären Aufnahme sollte maximal 36 Stunden betragen und mehr als 6 Stunden sein. Dabei wird die Zeit in der Notaufnahme nicht berücksichtigt. Falls die Beobachtung 36 Stunden überschreitet, sollte der Patient dringend in das Krankenhaus eingewiesen werden.

6. LEISTUNGSANGEBOT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

Für die Abwicklung der Intensivbeobachtung müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Labor: führt in Notfällen die Standardanalysen der Notaufnahme durch (durchgehend 24 Stunden verfügbar);

- Konventionelle Radiologie: liefert in Notfällen Ergebnisse radiologischer Analysen (durchgehend 24 Stunden verfügbar);
- Fachärztliche Beratung: muss, analog zum Vorgehen in der Notaufnahme, für die diagnostische Analyse des Patienten im Notfall verfügbar sein.

Der Zugang zu Diagnose und fachärztlicher Beratung für Patienten in Intensivbeobachtung muss über Vorzugswege zur Verfügung stehen, die den für die Notaufnahme-Patienten ermittelten entsprechen. Die Erstellung diagnostisch-therapeutischer Protokolle für die häufigsten Pathologien (siehe nachfolgend) ist wünschenswert. Auf diese Weise kann folgerichtige Kontinuität von Pflege und Behandlung garantiert werden. Patienten in Intensivbeobachtung stehen alle Mahlzeiten zu und Besuche seitens der Familienangehörigen sind gestattet.

7. KRANKENBETTEN, PERSONAL UND AUSSTATTUNG DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

Die Anzahl der Krankenvetten der Intensivbeobachtung muss auf Größe und Einzugsgebiet des Krankenhauses und auf die Auslastung der Notaufnahme abgestimmt werden. Die Anzahl der Krankenvetten in der Intensivbeobachtungsstation (sowohl zentral als auch dezentral) wird auf der Grundlage des Kriteriums von 1 Station je 5.000 Zugängen zur Notaufnahme festgelegt. Für die pädiatrische Intensivbeobachtungsstation sind mindestens 2 Stationen vorgesehen, und zwar für die Pädiatrie oder für die pädiatrische Notaufnahme. Das Personal der Intensivbeobachtungsstation besteht aus: Pflegepersonal (Ärzte und Krankenpfleger), das in der Lage ist, die Pflege und Behandlung der Patienten zu gewährleisten, sowie Hilfspersonal, um die ordnungsgemäße Behandlung der Patienten und ihre Beförderung zu den diagnostischen Diensten sicherzustellen.

Für Krankenhäuser, in denen die Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation vorgesehen ist, gilt: während jeder der drei Schichten über insgesamt 24 Stunden müssen 1 Krankenpfleger auf 4 Krankenvetten und 1 Arzt auf 8 Krankenvetten anwesend sein.

Bei größeren Einrichtungen wird der Personalbestand entsprechend erhöht. Das Personal muss außerdem eine Spezialschulung in Notfallmedizin absolviert haben. Sollte die Arbeit in der Intensivbeobachtungsstation zeitlich begrenzt auch in anderen operativen Einheiten vorgenommen werden, muss das medizinische Pflegepersonal in Abstimmung mit dem Personal der Abteilung arbeiten. Für Krankenhäuser, in denen die Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation in der Notaufnahme vorgesehen ist, muss ein gewisses Maß an Ausrüstung mit Instrumenten und technologischen Ressourcen gewährleistet werden.

Durchschnittlich 50% der Krankenvetten müssen über Kontrollgeräte für Häodynamik und Atmung verfügen. Jedes Krankenvett muss über Entnahmestellen für Sauerstoff und Vakuum verfügen.

In den Notaufnahmen-Stationen, in denen eine Intensivbeobachtungsstation eingerichtet wurde, müssen vorhanden sein:

- Monitor/Defibrillator/Reizstromgerät
- Nichtinvasives Beatmungsgerät mit mindestens den Grundfunktionen PSV/PEEP
- Geräte zur Verabreichung von Sauerstoff in verschiedenen klinischen Situationen (Venturi-Maske, High-Flow-Maske, CPAP – Kontinuierlicher Überdruck in den Atemwegen);
- Interdisziplinär einsetzbares Ultraschallgerät
- EKG
- Pulsoximeter
- Glukose-Messgerät
- Blutdruckmessgerät
- Blutgasanalysator
- Infusionspumpen in ausreichender Menge
- Intubationsset/KPR
- Notfallwagen

In den spezialisierten Intensivbeobachtungsstationen (Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie) muss die nötige Ausrüstung vorhanden sein, um eine angemessene Behandlung und Kontrolle eventueller Änderungen des klinischen Zustands der Patienten gewährleisten zu können.

In der Intensivbeobachtungsstation der Geburtshilfe muss ein multidisziplinäres Ultraschallgerät mit transvaginaler Sonde (Echo fast) und ein fetales Kardiotokographiegerät vorhanden sein.

8. ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE INTENSIV-BEOBACHTUNGSSTATION (O.B.I.)

Im Allgemeinen erfolgt die Aufnahme von Patienten in die Intensivbeobachtungsstation, wenn:

- Patienten, deren klinischer Zustand mit Hilfe der verfügbaren Diagnosemethoden anhand von Instrumenten oder im Labor rasch ermittelt werden kann; falls Patienten in einer Abteilung unter Beobachtung gestellt werden, muss in der Notaufnahme nach der Diagnose genau ausgewertet werden, ob weitere Behandlungen/Therapiemaßnahmen in der Intensivbeobachtung nötig sind;
- Patienten mit schweren Pathologien, die sich rasch stabilisieren und geringer/mittelmäßig komplexer Therapie- und Pflegemaßnahmen bedürfen.

Während die Intensivbeobachtungsstation eingerichtet wird, kann diese für den Zeitraum der Neuorganisation beziehungsweise Anwerbung des erforderlichen Personals nur tagsüber geöffnet sein. In diesem Fall muss innerhalb 19.00 Uhr eines jeden Tages entschieden werden, ob ein Patient eingewiesen oder entlassen wird.

Die Entscheidung über die Überweisung eines Patienten in die Intensivbeobachtungsstation obliegt folgenden Personen:

- dem Notarzt, der den Patienten betreut;
- dem Facharzt der operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, die Notfall- und Notfallaufnahmearbeiten durchführen (24 Std.);
- dem Facharzt für die operativen Einheiten, die Fast Track durchführen.

In einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation ist der Notarzt für den Patienten verantwortlich; die Fachärzte, von denen gegebenenfalls Beratung bezüglich der Behandlung oder der verschriebenen Therapien angefordert wurde, sind mitverantwortlich. In den operativen Einheiten der Abteilungen, die Notaufnahmen durchführen, so wie in den operativen Einheiten, die Fast Track durchführen, ist der Facharzt ab Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation dieser Abteilungen für den Patienten verantwortlich.

Die Notaufnahme-Stationen, die temporäre Intensivbeobachtungsstationen in den Abteilungen einrichten, müssen autonom die Ergebnisse der Generaldiagnose aufarbeiten und alle klinisch-instrumentellen Analysen vornehmen, um den Fall einordnen zu können, bevor der Patient an die operative Einheit übergeben wird. Die Überstellung des Patienten an die operativen Einheiten muss gemeinsam vom Notarzt und vom Arzt der operativen Einheit, die den Patienten betreut, entschieden werden. Es müssen besondere Protokolle ausgearbeitet werden, die die Aufnahme und Behandlung von Patienten sowie deren Überstellung innerhalb des medizinischen Pflegepersonals genau regeln, unter Berücksichtigung der verschiedenen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser des Landes. Wenn der Patient für eine kurze Beobachtung an die Abteilung überstellt wird, tragen das ärztliche Personal und das Pflegepersonal der operativen Einheit, in welcher der Patient für die gesamte Dauer der Beobachtung untergebracht wird, die Verantwortung. Weitere notwendige Behandlungen oder Untersuchungen können vom Facharzt vorgenommen werden, der im Anschluss daran über Einweisung oder Entlassung des Patienten entscheidet.

In Anlage zu diesem Dokument sind die Tabellen mit den Krankheitsbildern für die Aufnahme erwachsener und pädiatrischer Patienten in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) gemäß Anhang des Ministerialdokuments „Nationale Leitlinien für die Intensivbeobachtungsstation - O.B.I.“ beige-fügt:

- Anhang A – „Krankheitsbilder für die Aufnahme erwachsener Patienten in die Intensivbeobachtungsstation“;
- Anhang B – „Krankheitsbilder für die Aufnahme pädiatrischer Patienten in die Intensivbeobachtungsstation“.

Diese Tabellen haben indikativen Charakter; daher können Patienten mit anderen, nicht in der Liste aufgeführten Krankheitsbildern, die nach Ansicht des Arztes der Notaufnahme oder des Facharztes der operativen Einheit, die Notfall- und Notfallaufnahmearbeiten durchführt, in die Intensivbeobachtungsstation aufgenommen werden.

Folgende Bedingungen hingegen stellen keine Kriterien für die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation dar:

- Instabilität der Lebensfunktionen;
- Infektionsrisiko;
- psychomotorische Unruhe mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten;

- Bedingungen, die eine Notaufnahme erfordern;
- programmierte Krankenhausaufenthalte;
- alle Tätigkeiten und/oder Leistungen, die in anderen Betreuungsformen (ambulant, DH) erbracht werden können.

Darüber hinaus darf die Intensivbeobachtungsstation nicht als Stützeinrichtung für geplante stationäre Aufnahmen oder Behandlungen, die in Ambulatorien oder Tageskliniken vorgenommen werden können, wegen fehlender Betten in anderen Operationseinheiten (in Erwartung der stationären Aufnahme) und für Patienten eingesetzt werden, die nach der Untersuchung in der Notaufnahme zur Entlassung bereits bestimmt sind.

9. ABSCHLUSS DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Der Aufenthalt in der Intensivbeobachtungsstation, im Falle der Beobachtung in der Notaufnahme oder in den Fachabteilungen (24 Std. – Pädiatrie und Gynäkologie) wird ab Aufnahme des Patienten bis zu dessen Entlassung gemessen. Die Intensivbeobachtung endet entweder mit der Entlassung des Patienten, mit dessen Einweisung in eine Abteilung des Krankenhauses oder mit der Überstellung in ein anderes Institut. Die Intensivbeobachtungseinheit darf keine Überstellungen an andere operative Einheiten vornehmen, es sei denn der Patient wird ins Krankenhaus eingeliefert. Zu beachten, sei es im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Notaufnahme, als auch im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Abteilung, beginnt der Krankenhausaufenthalt mit der Uhrzeit und dem Datum der effektiven Zuweisung eines Bettes in der Versorgungseinheit.

Die Entlassung des Patienten obliegt dem Arzt der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.). Bei Abwesenheit oder aus besonderen organisatorischen Gründen des Krankenhauses kann die Entlassung auch in die Zuständigkeit des Notarztes fallen. Bei anderen operativen Einheiten mit Intensivbeobachtungsstation obliegt die Entlassung des Patienten beim medizinischen Personal dieser Abteilung.

10. KLINISCHE UNTERLAGEN

Für die Erfassung der Tätigkeiten der Intensivbeobachtung wird auf Landesebene eine eigene klinische Unterlage (O.B.I.-Bogen) verwendet, die das klinische Tagebuch des Patienten, alle fachärztlichen

Leistungen, die Laborleistungen, die instrumentelle und Bilddiagnostik gemäß dem Landestarifverzeichnis der fachärztlichen Leistungen (Beschluss der LR Nr. 2568/1998 in geltender Fassung), sowie Diagnosen und vorgeschriebene Behandlungen und Endergebnis der Beobachtung enthält. Diese Unterlagen ergänzen den Notaufnahme-Bogen, der im Moment der Aufnahme des Patienten angelegt wird und werden im Falle der Einweisung ins Krankenhaus grundlegender Teil der Krankengeschichte.

Der Notaufnahme-Bogen bleibt während der gesamten Intensivbeobachtung „offen“ und wird vom Notarzt oder vom Facharzt einer anderen Operationseinheit erst „abgeschlossen“, wenn der Patient aus der Intensivbeobachtungsstation entlassen wird.

11. TARIFE UND TICKET FÜR DIE INTENSIVBEOBACHTUNG

Wenn auf die Intensivbeobachtung keine Einweisung in das Krankenhaus erfolgt, wird eine Pauschale zur Abdeckung der Verpflegungskosten verrechnet. Zudem werden alle einzelnen Leistungen gemäß Landestarifverzeichnis der Fachärztlichen Leistungen (Beschluss der LR Nr. 2568/1998 in geltender Fassung) dazu verrechnet. Was die vorgesehenen Tarife für die Intensivbeobachtungstätigkeiten anbelangt, so fallen bei Beobachtung und nachfolgender Einweisung alle Leistungen, ähnlich wie alle Leistungen der Notaufnahme, unter die Tarifordnung des DRG.

Für den Aufenthalt in der Intensivbeobachtungsstation ist seitens des Patienten keine Kostenbeteiligung vorgesehen, da die Beobachtung nicht aufschiebbar ist. Der Patient muss jedoch gemäß den Bestimmungen, die von der Landesregierung festgelegt wurden (Beschluss der LR Nr. 983/2019) das Ticket für die Aufnahme in die Notaufnahme und für die dort erbrachten Leistungen bezahlen.

12. ÜBERWACHUNG DER ANGEMESSENHEIT DER INTENSIV-BEOBACHTUNG

Die Aktivierung des Informationsflusses der Notaufnahme, integriert mit den Informationen der Intensivbeobachtung, wird es jedem Gesundheitsbezirk ermöglichen die eigene Notaufnahmetätigkeit und insbesondere die Beobachtungstätigkeit auszuwerten.

Die Intensivbeobachtung ist ein Instrument, das einer sorgfältigen und kontinuierlichen Überprüfung unterzogen werden muss, und das seine korrekte Verwendung durch die Berechnung der folgenden Angemessenheitsindikatoren bescheinigt.

Folgende Indikatoren wurden ermittelt:

TYPOLOGIE	INDIKATOREN	BERECHNUNG	SCHWELLENWERT
Verwendung	Prozentsatz O.B.I.	Insgesamt O.B.I./Zugänge NA	-
Verwendung	Verweildauer in O.B.I.	O.B.I. $\leq$ 36h/insgesamt O.B.I.	$\geq$ 90%
Verwendung	Verweildauer in O.B.I.	O.B.I. $\leq$ 6h /insgesamt O.B.I.	$\leq$ 10%
Verwendung	Entlassene Patienten	O.B.I. mit Ergebnis Entlassung/insgesamt O.B.I.	$\geq$ 90%
Verwendung	Aufgenommene Patienten	O.B.I. mit Ergebnis Krankenhausaufnahme/insgesamt O.B.I.	$\leq$ 10%
Verwendung	Unangemessene Pathologien	Unangemessene Fälle ¹ /insgesamt O.B.I.	-
Performance	Wiederzugänge in NA	Entlassene O.B.I. mit Rückzuweisung in NA $<$ 24h/insgesamt O.B.I.	$<$ 5%

¹ Unangemessene Fälle werden auf der Grundlage, der in den Anhängen A und B festgestellten Pathologien definiert.

ANHANG A – KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME ERWACHSENER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
HERZRRHYTHMUS-STÖRUNGEN	427.0 Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie 427.31 Vorhofflimmern 427.89 Andere kardiologische Herzrhythmusstörungen	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik Pharmakologische und/oder Elektrotherapie und anschließende Überwachung der elektrischen Kardioversion Ausschluss von Rückfällen	Kürzlich aufgetretenes TPSV, Flutter oder VHF mit Indikation zur elektrischen/pharmakologischen Kardioversion VHF oder Flutter mit hoher ventrikulärer Reaktion und Bedarf an FC-Senkung	Hämodynamische Instabilität der Herzrhythmusstörungen, die eine komplexe diagnostische Vertiefung erfordern Herzinsuffizienz und SCA Akute Ereignisse	Überwachung der Parameter: FC, SATO2 Verabreichung von Antiarrhythmika EKG Kardiologische Beratung
ASTHMA	493.92 Asthma, nicht-spezifizierter Typ mit akuter Exazerbation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Klinisch-instrumentelle Überwachung Pharmakologische Kontrolle der Symptome Vertiefung der Diagnose Behandlung des akuten Anfalls In den nachfolgenden Stunden Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Stabiler Patient mit Bronchospasmus und Dyspnoe (mittleren Grades), die bei der ersten NA-Behandlung (> 3 Aerosole) nicht verschwunden sind Sp O2 zwischen 90 und 95 %	Instabiles Krankheitsbild, Sa O2 < 90% Akute Ereignisse, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern	Überwachung der Lebensfunktionen O2-Therapie Verabreichung von Kortikosteroiden und Bronchodilatoren (Salbutamol oder Ipratropium) mittels Spacer oder Vernebler EGA

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
KOPFSCHMERZEN	784.0 Kopfschmerzen	Klinische Abklärung Diagnostische Untersuchungen Überwachung der Parameter: PA, Fundus, CT, MRT; Neurologische Beratung Symptomatische Behandlung	Kopfschmerz mit negativer neurologischer Objektivität und negativer CT-Untersu- chung aufgrund sekundärer Ursachen oder keine Besse- rung nach dem ersten phar- makologischen Ansatz	Häodynamische Insta- bilität Begleitende akute Ereig- nisse	Schmerzbewertung anhand altersgerech- ter Skalen Schmerzstillende Therapie PA-Überwachung Fundus-Bewertung Neuroradiologische Untersuchungen Fachärztliche Konsul- tationen (Kopfschmerzzen- trum, NPI)
KONVULSIONEN	780.39 Konvulsive Krampfanfälle SAI	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Klinisch-instrumentelle Überwa- chung Diagnostik und Differentialdiagnose Pharmakologische Behandlung	Konvulsive Krampfanfälle in der Anamnese mit anhalten- dem post-kritischem Zustand, negativem Befund oder mit to- xischen oder alkoholbedingten Krampfanfällen oder mit er- höhtem Risiko eines Krampf- anfall-Rezidivs	Erste Episode Instabile klinische Zu- stände Akute begleitende Ereig- nisse	Überwachung der Le- bensfunktionen Verabreichung von Arzneimitteln Hämatologische Un- tersuchungen

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
DIARRHÖE	787.91 Diarrhöe SAI	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen. Klinische Überwachung. Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik. Pharmakologische Betreuung der Symptome Flüssigkeitstherapie	Patienten, insbesondere ältere Menschen, mit Dehydratation und/oder Hydro-Elektrolyt-Veränderungen, mit oder ohne Erbrechen	Instabile klinische Zustände. Vorhandensein von starken Bauchschmerzen, Fieber und Immunsuppression. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhaus-einweisung erfordern.	Multi-Parameter-Überwachung EGA EKG Untersuchungen: Routine RX Brustkorb Hämokulturen Ko-Kulturen
DEHYDRATION	276.51 Dehydratation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen. Durchführung hämatologischer Untersuchungen Rehydrierung über e.v. oder nasogastrale Sonde Überwachung der klinischen Symptome	Erbrechen und/oder Durchfall und leichte bis mäßige Dehydratation und/oder gestörtes Hydro-Elektrolyt-Gleichgewicht, insbesondere bei älteren Menschen	Hämodynamische Instabilität, schwere Elektrolytstörungen, Schluckstörungen, Komorbidität	Einleitende/ ausschließende Überwachung Überwachung des Gewichts Überwachung der Parameter: FC, FR, PAO Kontrolle EGA/Elektrolyte/Glykämie Hydratation ev. oder durch NG-Sonde

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
BRUSTSCHMERZEN BEI VERDACHT AUF AKS	786.50 Nicht spezifizierte Brustschmerzen	Klinisch-instrumentelle Überwachung Überwachung mit Ultraschall Durchführung von regelmäßigen Blutentnahmen Diagnostische instrumentelle Vertiefung	Patienten mit normalem oder nicht-diagnostizierten EKG mit negativen Zeit-Null-Nekrose-Markern und hoher oder mittlerer Wahrscheinlichkeit eines akuten Koronarsyndroms (ACS).	Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit von ACS, Drogenmissbrauch, klinischer Instabilität. Vorliegen von Kriterien für eine dringende Einweisung	Multi-Parameter-Überwachung EGA EKG 0-4/6-12 h; Untersuchungen: Routine + TN nach 3-6 Std. RX Brustkorb Echo Herz Belastungstest oder Belastungs-Echographie Stress
SCHMERZTHERAPIE	338.0 Zentrales Schmerzsyndrom	Klinische Überwachung. Pharmakologische Überwachung der Symptome. Lokal-regionale Analgesie.	Patienten mit mäßigen bis starken Schmerzen (VAS >7), die auf eine angemessene Behandlung in der Notaufnahme nicht ansprechen, oder bei denen eine kontinuierliche oder lokal-regionale Analgesie (z. B. Epidural-Analgesie) durchgeführt werden muss	Instabile klinische Zustände. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhaus-einweisung erfordern.	Untersuchungen: Routine Venöser Zugang peripherisch/zentral Ev. Infusion der Therapie Lokal-regionale Blockade

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
INTOXIKATIONEN VERGIFTUNGEN	960 - 979 (Vergiftung durch Medikamente, Arzneimittel, und Bio-produkte) 305 Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeiten (ausgenommen 305.0 – Alkoholmissbrauch) 980-989 Toxische Wirkungen von Substanzen, vorwiegend nicht-medikamentösen Ursprungs (ausgenommen toxische Wirkungen von ätzenden Substanzen)	Klinisch-instrumentelle Überwachung Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik. Allgemeine und spezifische Therapie. Dekontamination oder verminderte Absorption Durchführung von hämatochemischen und instrumentellen Notfalluntersuchungen Durchführung toxikologischer Nachforschungen Behandlung mit spezifischen Gegenmittel Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Intoxikation mit Drogen, psychotropen Substanzen oder anderen toxischen Substanzen mit einer Latenzzeit der Wirkung < 24 h oder mit einer vollständigen Clearance des Medikaments < 30 h oder mit vollständigem und wirksamem Ansprechen auf ein unspezifisches und/oder spezifisches Gegenmittel bei einem stabilen Patienten	Verschlucken von ätzenden Substanzen Hämodiagnostische Instabilität Komorbidität und/oder Vorhandensein von akuten Ereignissen Unkontrollierbare Unruhe	Überwachung der Lebensfunktionen Dosierung von Medikamenten/Substanzen Verabreichung von Aktivkohle Verabreichung von Gegenmittel EKG-Überwachung EGA Routineuntersuchungen Doppelter Venenzugang ev CVC Gastrolusion Salzige Katharsis Ev EGDS RX Brustkorb
ANAPHYLAKTISCHE REAKTIONEN	995.2 N.n.bez. schädliche Wirkung durch Drogen, Medikamente, Seren und Impfstoffe	Klinisch-instrumentelle Überwachung. Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Therapie ev Bewertung des klinischen Verlaufs	Anaphylaktische Reaktionen mit Hauterscheinungen, die nicht innerhalb von 6 Stunden einer Therapie in der NA abklingen	Anaphylaktischer Shock Isolierte Hautreaktionen	Überwachung der Lebensfunktionen Verabreichung von Medikamenten

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
HERZINSUFFIZIENZ	428.0 Nicht spezifische kongestive Herzinsuffizienz	Klinisch-instrumentelle Überwachung Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik Pharmakologische Behandlung	Patienten, die die Kriterien für die Einstufung als geringes Risiko erfüllen: NYHA-Klasse I II	Erster Vorfall. Instabiler klinischer Zustand. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern. NYHA-Klasse I II und IV	Multi-Parameter-Überwachung EGA Untersuchungen: routine + a12H Doppelter Venenzugang und CV RX Brustkorb Echo Herz TT Therapie ev
SYNKOPE	780.2 Synkope und Kollaps	Überwachung der Lebensfunktionen Durchführung und Überwachung EKG Kardiologische und neurologische Beratung Gegebenenfalls zusätzliche spezifische Untersuchungen: CT, MRI	Unbestimmte oder ungeklärte Ätiologie mit mittlerem-hohem Risiko	Instabiler klinischer Zustand Akute Ereignisse, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern	EGA EKG Fachärztliche Konsultationen Überwachung der Lebensfunktionen
OHNMACHTS SYNDROM	780.4 Benommenheit und Schwindel	Klinische, instrumentelle und Labordiagnostik: Bluttests, HNO-Visite, neurologische Untersuchung, CT Pharmakologische Kontrolle der Symptome	Patient mit anhaltendem Schwindel, der eine Entlassung nicht zulässt	Zerebrales neurologisches Defizit oder vertebro-basilare Insuffizienz. Instabiler klinischer Zustand. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern.	Hämatologische Untersuchungen Fachärztliche Beratungen HNO

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
SCHMERZ-SYMPТОМАТИК (UNTERLEIBS-SCHMERZEN, NIERENKOLIKEN, SCHMERZEN IM BRUSTKORB, WUNDEN, DURCHFÜHRUNG VON ORTHOPÄDISCHEN LEISTUNGEN NACH UNFÄLLEN...)	786.5 Schmerzen im Brustkorb 788.0 Nierenkolik 789.0 Unterleibsschmerzen 338.11 Akutschmerzen nach Trauma	Diagnostische und instrumentelle Abklärung der Schmerzursache durch gezielte Untersuchungen Fachärztliche Beratung Behandlung spezifischer Pathologien Verabreichung von Schmerzmitteln Mäßige Sedierung Klinische und instrumentelle Überwachung	Diagnostische Hypothesen mit vorhersehbarer Entlassung innerhalb von 36 Stunden. Kürzlich aufgetretene Schmerzen bei stabilen Patienten, der keinen chirurgischen Eingriff benötigt	Vorliegen von Grunderkrankungen und/oder Notwendigkeit einer Betreuung, die voraussichtlich mehr als 36 Stunden in Anspruch nimmt POLYTHRAUMA oder instabiler oder sich verschlechternder klinischer Zustand	Auswertung nach Skalen Verabreichung von Medikamenten Hämatologische und instrumentelle
TIA	435.9 Vorübergehende nicht spezifizierte zerebrale Ischämie	Klinisch-instrumentelle Überwachung Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik Pharmakologische Behandlung	Patienten mit negativer CT-Untersuchung, normalem Schluckvermögen, normalem Bewusstseinszustand, ohne hypertensive oder komatöse Krise, bei denen eine kardio-embolische Ursache ausgeschlossen wurde und mit einem ABCD2-Score <4.	Instabiler klinischer Zustand. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhausweisung erfordern.	EKG Untersuchungen: Routine Gehirn-CT Echo-Doppler-TSA

ZUSTAND/SYMPATOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
LEICHTES SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA	850.0 Gehirnerschütterung ohne Verlust des Bewusstseins 850.1 Gehirnerschütterung mit kurzer Verlust des Bewusstseins	Klinische Beobachtung > 6 Stunden und bei Bedarf radiologische Untersuchungen. GCS und Überwachung des 3. Hirnnervs Diagnostisch-instrumentelle Vertiefung	GCS >14, ohne Möglichkeit zur Überwachung zu Hause oder bei Antikoagulanzen oder doppelter Aggregationshemmung Energiearme Dynamik	GCS < 13, instabiler Zustand Komorbidität und/oder akute Ereignisse Komorbide Risikofaktoren, die es unwahrscheinlich machen, dass der diagnostische und therapeutische Prozess innerhalb von 36 Stunden abgeschlossen werden kann	Überwachung der Parameter: FC, SatO2, PAO, Pupille Schmerzstillende Therapie CT bei GCS-Veränderungen oder Anzeichen einer endokrinalen Hypertonie NCH-Beratung bei komplizierter Fraktur oder endocranialer Läsion

ANLAGE B –KRANKHEITBILDER FÜR DIE AUFNAHME PÄDIATRISCHER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
HERZRHYTHMUS-STÖRUNGEN	4270 Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie 427.31 Vorhofflimmern	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Therapie mit physikalischen und pharmakologischen Mitteln zur Normalisierung des Rhythmus; Überwachung der Patienten nach der elektrischen Kardioversion Ausschluss von Rückfällen in den darauffolgenden Stunden	TPS bei Patienten mit früheren Anfällen Vorhofflimmern bereits in Behandlung Erwartete Entlassung innerhalb von 36 Stunden	Hämodynamische Instabilität der Herzrhythmusstörungen, die eine komplexe diagnostische Vertiefung erfordern	Überwachung der Parameter: FC, SATO2 Verabreichung von Antiarrhythmika EKG Kardiologische Beratung
ASTHMA	493.92 Asthma, nicht-spezifizierter Typ mit akuter Exazerbation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Hämatologische und radiologische Untersuchungen bei Bedarf Behandlung des akuten Anfalls Stündliche Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Bronchospasmus und mittlere Dyspnoe, die nicht bei der ersten NA-Behandlung behoben wurden SpO2 zwischen 90 und 95 %.	Schweres Krankheitsbild SaO2 < 90% (Schweregrad gemäß der GINA-Klassifizierung von Asthma-Schüben)	Überwachung der Parameter: FR, SATO2, FC O2-Therapie Verabreichung von Bronchodilatoren (Salbutamol oder Ipratropium) mittels Spacer oder Vernebler EGA
BRONCHIOLITIS	466.1 Akute Bronchiolitis	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen VRS-Untersuchung zur nasalen Aspiration Pharmakologische Behandlung und Sauerstoffversorgung In den folgenden Stunden Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Mittelmäßige Formen mit SaO2 > 90% und Alter > 1 Monat	Zusammenhang mit Risikofaktoren (Frühgeburt, Herzkerkrankungen, niedriges sozioökonomisches Niveau); Bedingungen, die eine reguläre stationäre Behandlung empfehlen	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC O2-Therapie Aerosoltherapie mit Adrenalin/Hypertonlösung Hydratation ev. EGA RSV-Forschung

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
KOPFSCHMERZ	784.0 Kopfschmerz	Klinische Abklärung Diagnostische Untersuchungen (Überwachung PA Fundus, CT, MRT); Neurologische Beratung, Symptomatische Behandlung, Entlassung nach Überwindung der Krise und eventuelle Planung einer ambulanten Nachbetreuung	Kopfschmerz mit negativer neurologischer Objektivität Rezidivierende Kopfschmerzen, die auf eine Behandlung nicht ansprechen Erste Episode, die auf eine Schmerztherapie nicht anspricht	Kinder mit akut auftretenden schweren Kopfschmerzen oder chronischen Kopfschmerzen mit Warnzeichen Schwere Grunderkrankungen (ESA, Meningitis)	Bewertung der Schmerzen anhand altersgerechter Skalen Schmerztherapie PA-Überwachung Fundus-Bewertung Neuroradiologische Untersuchungen Fachärztliche Beratung (Kopfschmerzszentrum, NPI)
EINFACHE FIEBERKÄMPFE	780.31 Fieberkrämpfe (einfache), nicht spezifizierte	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Gegebenenfalls hämatochemische Untersuchungen, Ausschluss von ZNS-Infektionen. Behandlung einer fieberhaften Erkrankung	Erste oder darauffolgende Episode von einfachen Fieberkrämpfen	Komplexe Fieberkrämpfe Fieberhafter Krankheitszustand	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC, Verabreichung von Benzodiazepinen hämatologische Tests zur Bestimmung der Art des Fiebers
DEHYDRATION	276.51 Dehydratation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Durchführung hämatologischer Untersuchungen Rehydrierung über e.v. oder nasogastrale Sonde Überwachung der klinischen Symptome	Erbrechen und/oder Durchfall und leichte bis mittelmäßige Dehydratation, die sich durch orale Rehydratation nicht bessert und/oder mit verändertem Elektrolythaushalt	Hämodynamische Instabilität, schwere Elektrolytstörungen	Überwachung Eingeleitet/eliminiert Überwachung Gewicht Überwachung der Parameter: FC, FR, PAO Überwachung EGA/Elektrolyte/Blutzucker Hydratation ev oder NG-Sonde
EPILEPSIE	345.90 Epilepsie, nicht spezifiziert, ohne Erwähnung einer unbehandelbaren Epilepsie	Überwachung der Lebensfunktionen und Krisenbehandlung, wenn diese im Gange ist. Durchführung spezifischer Untersuchungen (EEG, MRT), Dosierung der verwendeten Medikamente im Blut, neurologische Beratung, Beurteilung der Behandlung	Bereits bekannte Epilepsie Patient mit einem Anfall, der auf die Behandlung anspricht und eine Beobachtung oder weitere diagnostische Untersuchung benötigt	Krankheitszustand Nachfolgende Krisen	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC EEG NPI-Beratung Dosierung von antikonvulsiven Medikamenten Verabreichung von antikonvulsiven Medikamenten

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
FIEBER	780.6 Fieber	Diagnostische Abklärung nicht in der NA durchführbar Gegebenenfalls Einleitung einer spezifischen Therapie	Unklare Ätiologie bei Kindern im Alter von > 1 Monat	< 1 Monat, Fontanelle ant. konvex, Nackensteifigkeit, starke Kopfschmerzen, schlechter Allgemeinzustand, septisches Schockbild	FC-Überwachung Flogose-Index Harnkulturuntersuchung Verabreichung von Arzneimitteln (Antipyretika/Antibiotika)
EINATMEN EINES FREMDKÖRPERS	934 Fremdkörper in der Luftröhre, den Bronchien und der Lunge	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Röntgenuntersuchung Diagnostische Bronchoskopie mit Fremdkörperentfernung Auswertung in den folgenden Stunden	Einatmung oder Verdacht auf Einatmung eines Fremdkörpers	Schwere Atemnot Anästhetische Unmöglichkeit	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC
HARNWEGSINFEKTION	599.0 Infektion der Harnwege, ohne Lokalisation	Diagnose durch hämatologische und Urinuntersuchungen, Ultraschall der Harnwege, Einleitung der Therapie mit Bewertung des Ansprechens	Alter > 3 Monate	Alter < 3 Monate, septisches Erscheinungsbild	Urinuntersuchung Harnkulturuntersuchung Flogose-Index T°-Überwachung Verabreichung von Arzneimitteln (Antipyretika/Antibiotika)
VERSCHLUCKEN VON FREMDKÖRPERN	933.0 c. e. im Rachenraum 935.1 c. e. in der Speiseröhre 935.2 c. e. im Magen 936 c. e. im Dünndarm und Dickdarm	Endoskopische Entfernung von Fremdkörpern Transitbeobachtung, wenn ein Fremdkörper im Magen liegt	Verschlucken von Fremdkörpern, die aufgrund ihrer Form, Größe oder Zusammensetzung Verletzungen der Schleimhäute verursachen können	Anästhetische Unmöglichkeit	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
VERGIFTUNGEN	960-979 (Arzneimittelvergiftung Medikamente und biologische Produkte) 305 Drogenmissbrauch ohne Sucht (außer 305.0 - Alkoholmissbrauch) 980-989 toxische Wirkungen von Substanzen von hauptsächlich nicht medizinischer Herkunft (ausgenommen toxische Wirkungen von ätzenden Substanzen)	Überwachung der Lebensfunktionen und Behandlung der Symptome Behandlung zur Beseitigung der toxischen Substanz oder zur Verringerung der Resorption Durchführung hämatochemischer und instrumentellen Notfalluntersuchungen Durchführung toxikologischer Untersuchungen Verabreichung von spezifischen Gegenmitteln Klinische Überwachung und Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Arzneimittelvergiftung, psychotrope Substanzen, andere toxische Substanzen Vorhersehbare Entlassung innerhalb von 36 Stunden in Abhängigkeit von der eingenommenen Substanzmenge und ihrer Halbwertszeit	Verschlucken von ätzenden Substanzen Hämodynamische Instabilität Begleitende oder vorherrschende interne Pathologien. Patienten mit offensichtlich selbstverletzendem Verhalten Unruhe PGCS <= 11	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC Dosierung von Medikamenten/Substanzen Verabreichung von Aktivkohle Verabreichung von Gegenmitteln EKG
KEHLKOPFENTZÜNDUNG	464.0 Akute Kehlkopfentzündung	Behandlung des Anfalls mit Adrenalin als Aerosol und/oder systemischem Kortison Überwachung des Ansprechens auf die Therapie in den folgenden Stunden.	Mittlerer Schweregrad nach dem Westley-Score (Werte zwischen 4 und 6)	Leichte Form und extrem schwere Formen, die eine reguläre stationäre Einweisung empfehlen	Überwachung der Parameter: RF, SatO2, FC O2-Therapie Aerosoltherapie mit Adrenalin und Budesonide Kortisonverabreichung per os

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
LYMPHADENOPATHIE	785.6 Lymphknotenschwellung	Diagnostische Abklärung, die in der NA nicht mit hämatochemischen Untersuchungen durchgeführt werden kann Ultraschall Gegebenenfalls Beginn einer wissenschaftlichen Therapie	Diagnostische Hypothesen mit vorhersehbarer Entlassung innerhalb von 36 Stunden. Zustand mit Verdacht auf einer chirurgischen Entwicklung	Starker Verdacht auf eine onkologische Erkrankung Zustand mit eindeutiger chirurgischer Indikation	Flogose-Index EBV-Serologie Ultraschall HNO-Beratungen Verabreichung von Arzneimitteln
PNEUMONIE	486 Pneumonie, Erreger nicht spezifiziert	Durchführung von hämatologischen und radiologischen Untersuchungen zur Diagnosestellung Beginn einer antibiotischen Behandlung mit Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Mittelmäßiges Ausmaß, je nach Allgemeinzustand des Kindes, Sättigung, radiologischem Erscheinungsbild	Zyanose in Ruhe, schwere Noterscheinung	Überwachung der Parameter: FR-SatO2, FC Flogose-Index Mykoplasmen-Serologie RX Thorax Ultraschall Thorax Verabreichung von Antibiotika ev/os
ANAPHYLAKTISCHE REAKTIONEN	995.2 nicht spezifizierte unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, Arzneimitteln, und Bioprodukten	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Therapie mit Adrenalin, Kortison, Antihistaminika ev Beurteilung des klinischen Verlaufs	Anaphylaktische Reaktionen mit Atemwegerscheinungen, die nicht innerhalb von 6 Stunden einer Therapie in der NA abklingen	Anaphylaktischer Shock Isolierte Hautreaktionen	Überwachung der Parameter: RF, SatO2, FC Verabreichung von Medikamenten (Antihistaminika, Kortison)
SYNKOPE	780.2 Synkope und Kollaps	Überwachung der Lebensfunktionen Durchführung EKG und Kardiologische und neurologische Beratung Gegebenenfalls zusätzliche spezifische Untersuchungen /Neurologische Visite CT, MRI)	Von zweifelhafter Dynamik	Kardiologische Synkope Vasovagale Synkope	EGA EKG Fachberatungen (Kardiologie/NPI)

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
OHNMACHTSSYNDROM	780.4 Benommenheit und Schwindel	Klinische Abklärung Blutuntersuchungen, HNO-Visite, neurologische Visite, CT	Patient mit anhaltendem Schwindel	Neurologisches Defizit, Beeinträchtigung des Bewusstseins	Hämatologische Untersuchungen Fachärztliche Beratungen HNO/NPI
SCHMERZ-SYMPТОМАТИК (UNTERLEIBS-SCHMERZEN, NIERENKOLIKEN, SCHMERZEN IM BRUSTKORB, WUNDEN, DURCHFÜHRUNG VON ORTHOPÄDISCHEN LEISTUNGEN NACH UNFÄLLEN...)	786.5 Schmerzen im Brustkorb 788.0 Nierenkolik 789.0 Unterleibsschmerzen 338.11 Akutschmerzen nach Trauma	Diagnostische Abklärung der Schmerzursache Fachärztliche Beratung Behandlung der spezifischen Pathologie Verabreichung von schmerzstillenden Mitteln Mäßige Sedierung	Diagnostische Hypothesen/Meinung mit vorhersehbarer Entlassung innerhalb von 36 Stunden.	Vorliegen von Grunderkrankungen und/oder Notwendigkeit einer Betreuung, die voraussichtlich mehr als 36 Stunden in Anspruch nimmt	Bewertung der Schmerzen anhand altersgerechter Skalen Verabreichung von Medikamenten Hämatologische und instrumentelle Untersuchungen zur Klärung der Ursache
GESCHLOSSENES BAUCH-BECKEN-TRAUMA	922.2 Prellung der Bauchdecke 843 Verstauchungen und Zerrungen der Hüfte und des Oberschenkels 846 Iliosacralbereich 847.2 Lendenwirbelsäule 847.3 des Kreuzbeines 847.4 des Steißbeines 911 Oberflächliche Rumpferletzungen	Ausschluss von Komplikationen bei leichten Traumata	Leichtes Bauchtrauma, abgeschlossen mit anfänglicher negativer Bewertung auf Komplikationen	Schweres Trauma Hämodynamische Instabilität	Überwachung der Parameter: FC, SatO2 Radiologische und Ultraschalluntersuchungen Schmerzstillende Therapie

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
LEICHTES SCHÄDEL-HIRN- TRAUMA	850.0 Gehirnerschütterung ohne Verlust des Be- wusstseins 850.1 Gehirnerschütte- rung mit kurzzeitigem Verlust des Bewusstseins	Klinische Beobachtung länger als 6 Stunden und eventuell radiologi- sche Untersuchungen. Entlassung, wenn keine neurologi- schen Störungen auftreten	GCS ≥ 14 , symptomatisch (Kopfschmerzen, Erbrechen, Amnesie, Schläfrigkeit, wei- ches Kopfhämatom mit neu- rologisch negativem EO Triviale Traumadynamik	Begleitende Risikofakto- ren, die es unwahr- scheinlich machen, dass der diagnostisch-thera- peutische Prozess inner- halb von 36 Stunden ab- geschlossen werden kann	Überwachung der Pa- rameter: FC, SatO2, PAO, Pupille Schmerzstillende The- rapie CT bei GCS-Verände- rungen oder Anzeichen einer endokrinalen Hypertonie NCH-Bera- tung bei komplizierter Fraktur oder endocra- nialer Läsion
GESCHLOSSENES THORAX-TRAUMA	922.1 Prellung der Brustwand, 847.1 Verstauchungen und Verzerrungen des Brustkorbs 911 Oberflächliche Traumata des Rumpfes	Ausschluss von Komplikationen bei leichten Traumata	Leichtes Brustkorbtrauma, abgeschlossen mit anfängli- cher negativer Bewertung auf Komplikationen	Schweres Trauma Häodynamische Insta- bilität	Überwachung der Pa- rameter: FC, SatO2, FC Radiologische Untersuchungen Schmerzstillende The- rapie

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Linee guida

per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

A cura dell'Ufficio Assistenza sanitaria

(Deliberazione della G.P. n. xxx del gg.mm.aaaa)

Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Maggio 2022

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute – Ufficio Assistenza sanitaria

INDICE

PAG.

1. INTRODUZIONE	4
2. OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA: DEFINIZIONE E FUNZIONI	4
3. LOCALIZZAZIONE DELL'O.B.I.	5
4. PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE	5
5. DURATA DELL'O.B.I.	5
6. DISPONIBILITÀ' DI SERVIZI IN O.B.I.	5
7. POSTAZIONI, PERSONALE E ATTREZZATURE DELL'O.B.I.	5
8. CRITERI GENERALI DI AMMISSIONE DEL PAZIENTE IN O.B.I.	6
9. CHIUSURA DELL'O.B.I.	7
10. DOCUMENTAZIONE CLINICA	7
11. REMUNERAZIONE E TICKET DELL'O.B.I.	8
12. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ IN O.B.I.	8
ALLEGATO A - QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN O.B.I. DI PAZIENTI ADULTI	9
ALLEGATO B - QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN O.B.I. DI PAZIENTI PEDIATRICI	15

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito a livello nazionale ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso che ha portato ad 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. L'attivazione dell'O.B.I. nelle diverse regioni italiane ha evidenziato delle differenze sia a livello di durata che di organizzazione. Di conseguenza la Conferenza Stato Regioni ha approvato nel 2019 le Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva al fine di individuare modelli organizzativi uniformi da diffondere a livello nazionale.

Si è avvertita anche a livello provinciale quindi, la necessità di una riorganizzazione dei servizi di Pronto Soccorso attraverso l'attivazione di soluzioni quali ad esempio il triage infermieristico e l'allestimento di percorsi alternativi (accesso diretto a specifiche unità operative), che permettano il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle cure in regime di urgenza/emergenza. La prolungata permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso, legata alla minore disponibilità di posti letto per acuti, alla richiesta di una maggiore appropriatezza dei ricoveri, e alla possibilità di un migliore inquadramento diagnostico terapeutico, grazie all'avvento di nuove tecnologie in ambito radiologico (es. T.C. multistrato) e laboratoristico (es. biomarcatori cardiaci), ha consentito al Pronto Soccorso di diventare luogo di diagnosi e terapia della fase iniziale della patologia acuta.

Si è resa così necessaria un'articolazione organizzativa per poter dimettere dal Pronto Soccorso un paziente con una patologia acuta risolvibile in tempi brevi, senza ricorrere al ricovero ospedaliero. In quest'ottica, si colloca l'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), che prevede postazioni collocate in un'area dedicata del Pronto Soccorso oppure presso altre unità operative (ad esempio Pediatria e Ostetricia-Ginecologia). 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.

Con le presenti Linee guida si intende quindi fornire agli ospedali tutte le indicazioni necessarie per la gestione uniforme sul territorio provinciale dell'Osservazione Breve Intensiva sulla base delle Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva - OBI del 2019 approvate dalla Conferenza Stato-Regioni in data 01.08.2019.

2. OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA: DEFINIZIONE E FUNZIONI

Per Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità, ma a basso rischio evolutivo oppure a bassa criticità, ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

Le funzioni dell'O.B.I. si concretizzano in:

1. Osservazione clinica protratta nel tempo dei pazienti che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
2. Terapia a breve termine di patologie a complessità moderata e valutazione dell'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali o dei trattamenti terapeutici erogati al paziente in accesso di Pronto Soccorso;
3. Possibilità di approfondimento diagnostico-terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione.

La realizzazione di tali funzioni consente un'osservazione longitudinale del paziente tale da garantire un adeguato approfondimento diagnostico-terapeutico e, quindi, una maggiore sicurezza dell'assistenza erogata in Pronto Soccorso o presso le unità operative che svolgono attività di accettazione in emergenza-urgenza.

3. LOCALIZZAZIONE DELL'O.B.I.

Si prevede l'attivazione di un'unità funzionale di Osservazione Breve Intensiva centralizzata e interdisciplinare nei servizi di Pronto Soccorso o Astanteria che presentano almeno 20.000 accessi di Pronto Soccorso annui. Tale area deve disporre di spazi dedicati, integrati o funzionalmente collegati al Pronto Soccorso, in strutture openspace con console centrale e/o a box singoli con monitoraggio centrale. Negli ospedali non dotati di spazi fisici dedicati, la funzione di O.B.I. dovrebbe essere espletata possibilmente nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso o in via temporanea, presso altre unità operative, su decisione del medico di Pronto Soccorso che ha in carico il paziente. Quest'ultima tipologia di attivazione dell'O.B.I. deve essere intesa come un modello di transizione verso un'O.B.I. di tipo centralizzato, raggiungibile nei tempi e nelle modalità che verranno precisate nell'ambito del riordino clinico della Medicina d'Urgenza. In aggiunta possono essere attivate singole postazioni di O.B.I. specialistiche, se le unità operative svolgono attività di accettazione in emergenza-urgenza (ad esempio per le unità operative di Pediatria e di Ostetricia e Ginecologia).

4. PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE

Per quanto concerne il percorso interno al Pronto Soccorso, si distinguono due differenti fasi:

- Iter di Pronto Soccorso: questa fase comprende tutto il percorso del paziente all'interno del Pronto Soccorso. Essa parte con l'ingresso della persona da assistere, la sua accoglienza, la valutazione di Triage, la sua presa in carico e la gestione dell'eventuale attesa, e continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di Pronto Soccorso, fino ad uno dei possibili esiti:
 - a) destinazione in O.B.I.;
 - b) ricovero presso un'unità di degenza della struttura ospedaliera;
 - c) trasferimento, a carico della struttura di Pronto Soccorso, presso altra struttura per acuti;
 - d) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedalieri (follow up).
- Invio in O.B.I.: questa fase rappresenta un possibile esito dell'iter di Pronto Soccorso. Pertanto, la data e l'ora di ammissione del paziente in OBI dovranno sempre coincidere con la fine dell'iter di Pronto Soccorso.

5. DURATA DELL'O.B.I.

La durata dell'O.B.I., misurata dall'ingresso del paziente in O.B.I. fino alla sua dimissione o ricovero, deve essere di massimo 36 ore e di norma superiore alle 6 ore. Tale durata non tiene conto del tempo dell'accesso di Pronto Soccorso. Se l'osservazione eccede le 36 ore, è opportuno procedere al ricovero ospedaliero urgente del paziente.

6. DISPONIBILITÀ' DI SERVIZI IN O.B.I.

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

- Laboratorio che deve fornire gli esami standard di Pronto Soccorso in urgenza (h24);
- Radiologia convenzionale che deve fornire esami e risposte radiologiche in urgenza (h24);
- Consulenze specialistiche che 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. È 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 e può essere consentita la visita dei pazienti da parte dei familiari.

7. POSTAZIONI, PERSONALE E ATTREZZATURE DELL'O.B.I.

Il numero di postazioni posti letto da dedicare all'attività di O.B.I. deve essere commisurato alla dimensione dell'ospedale, all'attività svolta dal Pronto Soccorso e al bacino d'utenza servito. La dotazione delle postazioni dedicate all'O.B.I. (sia centralizzato che decentralizzato) è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso. Per l'O.B.I. pediatrica, si prevedono almeno 2 postazioni per ogni unità operativa di Pediatria o Pronto Soccorso Pediatrico.

Il personale che svolge attività in O.B.I. deve essere costituito da personale sanitario (medici e infermieri) in grado di garantire l'assistenza e le cure ai pazienti. Deve inoltre essere disponibile personale ausiliario per garantire la corretta movimentazione dei pazienti ed il loro spostamento ai servizi diagnostici. Per gli ospedali che attiveranno un'area di O.B.I. centralizzata e interdisciplinare in Pronto Soccorso, è necessario che sia presente in ciascuno dei tre turni nelle 24 ore 1 infermiere dedicato ogni 4 postazioni e 1 medico dedicato ogni 8 postazioni.

Per moduli superiori, la dotazione di personale va proporzionalmente incrementata. Il personale sanitario dedicato, inoltre, dovrà essere dotato di formazione specifica in emergenza urgenza. Nel caso di svolgimento della funzione di O.B.I., in via temporanea, in altre unità operative, il personale infermieristico e medico dovrà essere in condivisione con quello del reparto.

Nei Pronto Soccorso che attiveranno un'unità di O.B.I. centralizzata e interdisciplinare deve essere garantita una determinata dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche.

Una quota parte delle postazioni, mediamente il 50%, deve essere dotata di monitoraggio emodinamico e respiratorio e ogni postazione posto letto deve avere a disposizione ossigeno e vuoto.

All'interno del Pronto Soccorso dove viene organizzata l'area di O.B.I. devono essere presenti almeno:

- monitor/defibrillatore/stimolatore;
- ventilatore meccanico non invasivo in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP;
- dispositivi per la somministrazione di ossigeno nelle diverse situazioni cliniche (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP – Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree);
- ecografo pluridisciplinare;
- elettrocardiografo;
- pulsiossimetro;
- glucometro;
- sfigmomanometri;
- emogasanalizzatore;
- pompe di infusione, in numero adeguato;
- set per intubazione/RCP;
- carrello di emergenza.

Nelle aree di O.B.I. specialistiche (ad esempio Pediatria, Ostetricia e Ginecologia) deve essere presente la dotazione necessaria per garantire un'adeguata assistenza e un monitoraggio delle variazioni delle condizioni cliniche dei pazienti. Nell'O.B.I. ostetrica la dotazione tecnologica deve prevedere anche un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale (eco fast) e un apparecchio di cardiocografia fetale.

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

Come indicazioni generali, sono ammessi in O.B.I.:

- i pazienti per i quali è possibile un rapido inquadramento clinico con l'ausilio delle metodiche diagnostiche strumentali/laboratoristiche disponibili; in caso di attivazione di osservazione nei reparti, è necessario che il Pronto Soccorso valuti attentamente, dopo l'inquadramento diagnostico, la necessità di ulteriori trattamenti / terapie da effettuare in O.B.I.;
- i pazienti con patologie acute di rapida stabilizzazione clinica e bassa/moderata complessità terapeutica ed assistenziale.

Nella fase di avvio dell'istituzione dell'O.B.I., tenuto conto della riorganizzazione o all'eventuale reperimento del personale che questa richiede, tale funzione potrà eventualmente essere resa operativa solo nelle ore diurne. In tal caso entro le ore 19.00 dovrà essere stabilito il ricovero del paziente o la sua dimissione a domicilio.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. spetta ad una delle seguenti figure:

- medico di Pronto Soccorso che prende in carico il paziente;
- medico specialista per le unità operative che effettuano attività di accettazione in emergenza-urgenza (h24), come ad esempio Pediatria ed Ostetricia e Ginecologia;
- medico specialista per le unità operative che effettuano Fast Track.

Nell'O.B.I. centralizzata e interdisciplinare, la responsabilità del paziente rimane del medico di Pronto Soccorso con corresponsabilità medica degli specialisti a cui viene richiesta un'eventuale consulenza relativamente alle prestazioni effettuate e/o a terapie prescritte. Nelle unità operative che effettuano attività di accettazione in emergenza-urgenza, così come per le unità operative che effettuano Fast Track la responsabilità del paziente sarà di competenza del medico specialista dal momento dell'ammissione del paziente in O.B.I. presso tali unità operative.

I Pronto Soccorso che attiveranno, in via transitoria, la funzione di O.B.I. in reparto, prima di destinare il paziente in osservazione alle unità operative, dovranno approfondire autonomamente gli aspetti diagnostici generali procedendo all'esecuzione di tutte le indagini clinico-strumentali necessarie per l'inquadramento del caso. L'ammissione del paziente in osservazione nelle unità operative dovrà essere concordata tra il medico di Pronto Soccorso e quello dell'unità operativa. 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 sarà 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.

In allegato al presente documento sono riportate le tabelle relative ai quadri clinici indicati per l'ammissione in O.B.I. di pazienti adulti e pediatrici, allegate al documento ministeriale "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – O.B.I.":

- Allegato A - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti";
- Allegato B - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici".

Tali tabelle hanno carattere indicativo e, pertanto, possono essere ammessi in O.B.I. i pazienti che presentano altre condizioni non comprese nella lista, ma che a giudizio del medico di Pronto Soccorso o del medico responsabile dell'unità operativa caratterizzata da attività di emergenza-urgenza necessitano di un'osservazione breve.

Non costituiscono invece criteri di ammissione in O.B.I.

- l'instabilità dei parametri vitali;
- il rischio infettivo;
- l'agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- le condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- i ricoveri programmati;
- tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

Inoltre, l'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di ricoveri programmati, di attività eseguibili in regime ambulatoriale o di day hospital, per carenza di posti letto in altre unità operative (in attesa del ricovero del paziente) e per i pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

9. CHIUSURA DELL'O.B.I.

Il tempo di permanenza in osservazione breve intensiva, nel caso di O.B.I. presso il Pronto Soccorso o presso le unità specialistiche (h24 - pediatria e ginecologia), 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 e con il trasferimento in un altro istituto. Dall'unità di O.B.I. non devono essere effettuati trasferimenti su postazioni O.B.I. di altre unità operative, se non per motivi di ricovero del paziente. In particolare, sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve in Pronto Soccorso sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve intensiva in reparto, l'inizio del ricovero coincide con l'ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nel reparto di ricovero.

La dimissione del paziente è di competenza del medico in servizio presso l'O.B.I.. In sua assenza o per specifiche esigenze organizzative del presidio ospedaliero, la dimissione può essere altresì di competenza del medico di Pronto Soccorso. Nel caso di O.B.I. presso altre unità operative, la dimissione del paziente è di responsabilità del personale medico di tale unità operativa

10. DOCUMENTAZIONE CLINICA

L'attività di O.B.I. deve essere rilevata con una documentazione clinica specifica unica per tutti gli ospedali (Scheda O.B.I.), che contenga il diario clinico del paziente, tutte le prestazioni di specialistica, ivi comprese le indagini di laboratorio, di diagnostica strumentale e per immagini effettuate, secondo il nomenclatore tariffario provinciale della specialistica ambulatoriale (Delibera G.P. n.

2568/1998 e successive modifiche e/o integrazioni), i referti eseguiti, le terapie somministrate, la diagnosi e l'esito dell'osservazione. 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 rimarrà aperta durante tutto il periodo di osservazione breve e dovrà essere chiusa dal medico di Pronto Soccorso ovvero dal medico specialista di un'altra unità operativa, alla dimissione del paziente da O.B.I..

11. REMUNERAZIONE E TICKET DELL'O.B.I.

Se l'osservazione breve non è seguita da ricovero, l'attività viene valorizzata attraverso la tariffa forfetaria prevista a copertura della spesa alberghiera, a cui si aggiungono le singole prestazioni erogate, rilevate e valorizzate secondo il nomenclatore tariffario provinciale della specialistica ambulatoriale (Delibera G.P. n. 2568/1998 e successive modifiche e/o integrazioni). 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.

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. Per l'accesso e le prestazioni erogate nell'ambito del Pronto Soccorso, il paziente è tenuto però al pagamento del ticket di Pronto Soccorso secondo le disposizioni emanate dalla Giunta Provinciale (Delibera G.P. n. 983/2019).

12. MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ IN O.B.I.

L'attivazione del flusso informativo del Pronto Soccorso integrato con le informazioni dell'attività di O.B.I. permetterà a ciascun comprensorio sanitario 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 utilizzo e di performance.

Sono stati individuati i seguenti indicatori:

TIPOLOGIA	INDICATORE	CALCOLO	SOGLIA
Utilizzo	Percentuale O.B.I.	Totale O.B.I./Accessi PS	-
Utilizzo	Tempo di permanenza in O.B.I.	O.B.I. ≤ 36h/Totale O.B.I.	≥ 90%
Utilizzo	Tempo di permanenza in O.B.I.	O.B.I. ≤ 6h /Totale O.B.I.	≤ 10%
Utilizzo	Pazienti dimessi	O.B.I. con esito dimissione/Totale O.B.I.	≥ 90%
Utilizzo	Pazienti ricoverati	O.B.I. con esito ricovero/Totale O.B.I.	≤ 10%
Utilizzo	Patologie improprie	Casi inappropriati ¹ /Totale O.B.I.	-
Performance	Riaccessi in PS	Dimessi OBI con rientro in PS < 24h/Totale O.B.I.	< 5%

¹ I casi inappropriati sono definiti sulla base delle patologie individuate dagli allegati A e B.

ALLEGATO A - QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN O.B.I. DI PAZIENTI ADULTI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	427.0 tachicardia parossistica sopraventricolare 427.31 fibrillazione atriale 427.89 altre aritmie cardiache	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo Cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico-strumentale Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (≥ 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA	784.0 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti concomitanti	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post-critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Monitoraggio clinico Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico Controllo farmacologico dei sintomi Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominali intenso, febbre e immunodepressione Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emoculture Coproculture

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico –strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati Approfondimento diagnostico - strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con <i>markers</i> di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA)	Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	338.0 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico Controllo farmacologico dei sintomi Analgesia loco-regionale	Pazienti con dolore medio-grave (VAS >7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24 h o con clearance completa del farmaco < 30 h o con risposta efficace e completa dell'antidoto aspecifico e/o specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SCOMPENSO CARDIACO	428.0 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multi-parametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici: TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG Consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali
SINDROME VERTIGINOSA	780.4 Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilar Instabilità clinica Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	786.5 Dolore toracico 788.0 Colica renale 789.0 Dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore Politrauma o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TIA	435.9 Ischemia cerebrale transitoria non specificata	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardioembolica e con un ABCD2 score <4	Condizioni cliniche instabili Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 850.1 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	GCS ≥ 14 , senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnosticoterapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

ALLEGATO B - QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN O.B.I. DI PAZIENTI PEDIATRICI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	427.0 tachicardia parossistica sopraventricolare 427.31 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	466.1 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia farmacologia e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socioeconomico) Condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA	784.0 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN) Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematologici Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	276.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato Consulenza neurologica Valutazione trattamento	Epilessia già nota Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticonvulsivi somministrazione farmaci anticonvulsivi

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
FEBBRE	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami culturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	934 corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiologica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari Ecografia apparato urinario Inizio terapia con valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	933.0 c. e. nel faringe 935.1 c. e. nell'esofago 935.2 c. e. nello stomaco 936 c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiologica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione PGCS <= 11	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti ECG
LARINGITE	464.0 laringite acuta	Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somministrazione cortisone <i>per os</i>
LINFOADENOPATIA	785.6 linfadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici Ecografia Eventuale inizio terapia scientifica	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione chirurgica	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	780.4 stordimento e capogiro	Inquadramento clinico Esami ematici vis. ORL, vis. neurologica, TCc	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	786.5 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO	922.2 contusione della parete addominale 843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia 846 regione sacro-iliaca 847.2 lombare 847.3 del sacro 847.4 del coccige 911 traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 850.1 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS ≥ 14 , sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA TORACICO CHIUSO	922.1 contusione della parete toracica, 847.1 distorsioni e distrazioni del torace 911 traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Die Amtsdirektorin 31/05/2022 16:27:24 La Direttrice d'ufficio
MELANI CARLA

Der Abteilungsdirektor 13/06/2022 08:27:49 Il Direttore di ripartizione
SCHROTT LAURA

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a
impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine
Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben 14/06/2022 11:29:16 Il Direttore dell'Ufficio spese
NATALE STEFANO

Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria

Der Direktor des Amtes für Einnahmen Il Direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

21/06/2022

Der Generalsekretär
Il Segretario Generale

MAGNAGO EROS

21/06/2022

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 52 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 52 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Eros Magnago

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate überprüft und sie im Sinne der geltenden Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

21/06/2022

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di acquisizione del documento digitale la validità dei certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma