



Linee guida

per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

A cura dell'Ufficio Assistenza sanitaria

(Deliberazione della G.P. n. 437 del 21.06.2022)

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

Giugno 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 stru- mentale 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 elet- trica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di ri- duzione della FC	Instabilità emodina- mica Aritmie che ri- chiedono un appro- fondimento diagno- stico complesso Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non speci- ficato con esacerba- zione 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 bronco- spasmo e dispnea (grado me- dio), non risolta al primo trat- tamento in PS (≥ 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indica- zione al ricovero urgente	Monitoraggio para- metri vitali O2-tera- pia Somministrazione di farmaci corticoste- roidi e broncodilata- tori (salbutamolo o ipratropium) me- diante 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 addominale 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 Emocolture 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 Introdotti/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-basilare 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 successive 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 ematochimici 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 colturali 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 premienti 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