



# *Ministero della Salute*

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI*

*SULL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA - OBI*



## SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1. ANALISI DEL CONTESTO.....	4
2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'OBI.....	5
2.1. Definizione.....	5
2.2. Funzioni.....	5
2.3. Localizzazione dell'OBI.....	5
3. STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'OBI.....	7
3.1. Dotazione di postazioni.....	7
3.2. Dotazione di personale.....	7
3.3. Dotazione tecnologica.....	8
4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE.....	10
4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente.....	10
4.1.1. ITER DI PRONTO SOCCORSO.....	10
4.1.2. INVIO IN O.B.I.....	11
4.2. Ammissione in OBI.....	11
4.3. Dimissioni dall'O.B.I.....	12
4.4. Criteri di non ammissione in OBI.....	14
5. RISCHIO CLINICO.....	15
5.1. Sicurezza della Cure.....	15
5.2. Documentazione sanitaria.....	15
5.3. Gestione del rischio.....	16
6. FORMAZIONE.....	17
6.1. Formazione di base.....	17
6.2. Formazione continua.....	17
7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANIATRICO (NSIS).....	18
7.1. Il sistema EMUR.....	18
7.2. <i>Data minimum set</i> da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di OBI.....	19
8. INDICATORI.....	20
9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO.....	21
10. CONCLUSIONI.....	22
TABELLA A): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI ADULTI.....	24
TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	37
SITOGRAFIA.....	38



## PREMESSA

Le Unità di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), sono state introdotte nei paesi anglosassoni a partire dagli anni 60 e si diffondono parallelamente all'evoluzione organizzativa dei DEA.

Gli studi di settore condotti per la valutazione dell'efficienza organizzativa del sistema hanno da subito dimostrato un indubbio beneficio delle unità di Osservazione Breve in relazione al miglioramento della qualità delle cure, al sovraffollamento dei pazienti e all'appropriatezza dei ricoveri (ACEP 2003).

In Italia, la normativa nazionale dall'inizio degli anni '90 ha previsto la presenza di posti letto di Osservazione Breve (OB) all'interno dei Pronto Soccorso (PS) e dei DEA. Il DPR 27 marzo 1992 ed il successivo Atto di Intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996 hanno, infatti, previsto che nei PS e nei DEA di I e di II livello fossero attivate le funzioni di Osservazione e breve degenza. Tale esigenza si ritrova altresì nello schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, in cui si esprime la necessità di attivare l'Osservazione Breve (OB) quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso.

Nel tempo, si è determinata anche l'esigenza di affiancare alla terminologia di Osservazione Breve il termine "Intensiva" per indicare un criterio temporale limitato e l'intensità diagnostica e assistenziale (OBI).

La normativa nazionale, rimasta ferma alla sola enunciazione della necessità di attivare funzioni di OBI nei Pronto Soccorso e nei DEA, con il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015 (pubblicato in GU n. 127 del 04.06.15) recante "*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", ha finalmente previsto anche la modalità organizzativa dell'OBI nell'ambito della funzione di PS. Infatti, il punto 2.2 dell'Allegato 1 al citato D.M. prevede che anche i presidi ospedalieri di base sede di Pronto Soccorso debbano essere dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva.

Tuttavia, molte Regioni e PP.AA, pur in assenza di linee guida condivise che disciplinino terminologia, finalità, standard organizzativi e strutturali, hanno comunque attivato funzioni di OBI in molte realtà, sulla base di specifiche normative regionali. In generale, quasi tutte le norme emanate prevedono la presenza dell'OBI a tutti i livelli di complessità assistenziale dei presidi ospedalieri dotati di servizi di Pronto Soccorso, sebbene in alcuni casi con terminologie diverse da "Osservazione Breve".

La disomogenea presenza sul territorio nazionale di OBI, anche a causa della carenza di riferimenti



normativi nazionali, ha determinato a tutt'oggi l'indisponibilità di flussi informativi nazionali su tale attività.

L'obiettivo del documento è quello di dettare Linee di indirizzo nazionali per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva nei DEA e nei PS, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da PS e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico, da parte della struttura ospedaliera. Ciò consentirà di disporre, in breve tempo, anche di un flusso informativo a carattere nazionale utile alla programmazione nazionale per i successivi indirizzi di politica sanitaria.

## **1. ANALISI DEL CONTESTO**

I cambiamenti intervenuti in ambito sanitario negli ultimi anni hanno portato alla ridefinizione del ruolo della Medicina d'emergenza - urgenza e alla rivalutazione delle strutture di Pronto Soccorso, intese non più come luogo di "transito", ma come luogo di diagnosi e cura.

Infatti, nel tempo si è determinata da un lato la prolungata permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso legata alla minore disponibilità di posti letto per acuti e alla richiesta di una maggiore appropriatezza dei ricoveri, dall'altro la possibilità di un migliore inquadramento diagnostico terapeutico, grazie all'avvento di nuove tecnologie in ambito radiologico (es. T.C. multi strato) e laboratoristico (es. biomarcatori cardiaci). Tutto ciò, insieme alla ridefinizione dei criteri per l'accesso dei pazienti acuti ad un livello di cure adeguato alla patologia, ha consentito al Pronto Soccorso di diventare luogo di diagnosi e terapia della fase iniziale della patologia acuta.

Si è resa necessaria, pertanto, un'articolazione organizzativa per poter dimettere dal PS un paziente con una patologia acuta risolvibile in tempi brevi, senza ricorrere al ricovero ospedaliero.

Una soluzione organizzativa efficace consiste nella realizzazione di strutture di degenza breve/osservazione clinica ad alta intensità diagnostica, collocate in un'area dedicata del Pronto Soccorso, gestite dai medici e infermieri d'urgenza o presso altre unità operative, quali la Pediatria e l'Ostetricia-Ginecologia, caratterizzate dalla possibilità decisionale di ricovero.



## **2. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL'OBI**

### **2.1. Definizione**

L'OBI costituisce 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.

### **2.2. Funzioni**

Le funzioni dell'OBI si realizzano in:

1. osservazione clinica;
2. terapia a breve termine di patologie a complessità moderata;
3. possibilità di approfondimento diagnostico - terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione.

Le conseguenze attese sono rappresentate dal miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e da una maggiore sicurezza nelle dimissioni da P.S. .

Dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

L'OBI pediatrica, in assenza di un P.S. Pediatrico, è una unità funzionale dell'unità operativa di Pediatria.

L'OBI ostetrica, in assenza di un P.S. Ostetrico, è un'unità funzionale dell'unità operativa di Ostetricia.

### **2.3. Localizzazione dell'OBI**

L'area di OBI è attivata in locali dedicati ed abitualmente è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'OBI, organizzato in strutture *open-space* e/o a box singoli, è opportunamente attrezzato per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente e deve rispondere ai requisiti organizzativi proposti nel presente



documento e rispettare la normativa regionale di riferimento in tema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

In particolare, l'OBI pediatrica, in assenza di un PS Pediatrico, può essere espletata presso l'UO di Pediatria, qualora questa effettui attività di accettazione in emergenza-urgenza e dimissione autonoma: in questo caso le postazioni dedicate all'OBI dovranno essere riservate esclusivamente a questa funzione e differenziate dai posti-letto dedicati alla degenza ordinaria; lo spazio architettonico deve tener conto della presenza di un accompagnatore accanto al bambino.

L'OBI ostetrica, in assenza di un P.S. ostetrico, può essere espletata presso l'UO di Ostetricia e ginecologia.



### 3. STANDARD ORGANIZZATIVI DELL'OBI

#### 3.1. Dotazione di postazioni

La postazione è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della *privacy* e del *comfort*.

La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso.

Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4.000 accessi in P.S.

Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

E' necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente.

#### 3.2. Dotazione di personale

La dotazione di personale assegnato all'OBI, in modo integrato con il Pronto Soccorso, è proporzionale alle dimensioni della struttura, intendendo per dimensione il numero di postazioni operanti.

Per un modulo di 5-8 postazioni, si indica come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e presenza medica non continuativa pari a 60min/die per postazione. Nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il Pronto Soccorso. Per quanto riguarda il personale di supporto, è altresì indicata la presenza di una unità di OSS nelle 12 ore diurne; nelle ore notturne tale risorsa può essere condivisa con il P.S..

Per dimensioni superiori, da 9 a 15 postazioni, la dotazione di personale è di norma incrementata (v. Tabella 1- criteri di riferimento per la dotazione organica dell'OBI).

Per dimensioni inferiori, fino a 4 postazioni, deve essere considerata la garanzia di adeguata assistenza dedicata, in relazione alla dotazione di personale infermieristico e di assistenza del Pronto Soccorso (v. Tabella 1- criteri di riferimento per la dotazione organica dell'OBI).



TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI

<i>FIGURE PROFESSIONALI</i>	<i>FINO A 4 POSTAZIONI</i>	<i>DA 5 A 8 POSTAZIONI</i>	<i>DA 9 A 15 POSTAZIONI</i>
<i>MEDICO</i>	<b>1 UNITÀ</b> (in condivisione con PS)	<b>60 min/die per postazione</b>	<b>60 min/die per postazione</b>
<i>INFERMIERE</i>	<b>1 UNITÀ</b> (in condivisione con PS)	<b>1 UNITÀ</b> <b>H 24</b>	<b>2 UNITÀ</b> <b>H 24</b>
<i>OSS</i>	<b>1 UNITÀ</b> <b>nelle 12 ore diurne</b> (in condivisione nelle ore notturne)	<b>1 UNITÀ</b> <b>nelle 12 ore diurne</b> (in condivisione nelle ore notturne)	<b>1 UNITÀ</b> <b>H 24</b>

Il personale dell'OBI opera in maniera integrata e coordinata con il restante personale del Pronto Soccorso e, ove presente, della Medicina d'Urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

Per l'OBI pediatrica la dotazione di personale dedicato deve essere afferente all'UO Pediatria. Se per dimensione l'OBI pediatrica non raggiunge un modulo di almeno 4 postazioni, saranno allestiti per questa funzione, posti letto dell'unità operativa di Pediatria, non considerati nella dotazione totale, utilizzando personale del reparto e/o del Dipartimento Materno Infantile, per un migliore utilizzo delle risorse ed una risposta più efficace ed efficiente.

Nell'OBI ostetrica il personale medico ed ostetrico sarà modulato in base alla dotazione di posti letto.

### 3.3. Dotazione tecnologica

La dotazione tecnologica è compatibile con i quadri clinici da assistere in OBI.

Ogni postazione di OBI deve avere a disposizione il sistema di erogazione dell'Ossigeno e il sistema di aspirazione. Almeno il 50% delle postazioni deve essere dotata di sistemi di monitoraggio emodinamico e respiratorio centralizzati collocati nell'area della postazione infermieristica.

Nell'OBI, sia per adulti che pediatrica, oltre alla dotazione standard di materiale sanitario, sono presenti le seguenti apparecchiature:

- carrello per l'emergenza;
- monitor defibrillatore/stimolatore;





- ventilatore meccanico;
- dispositivi per la somministrazione di Ossigeno nelle diverse situazioni cliniche (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP - Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree);
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali.

Devono, inoltre, essere disponibili nell'ambito del Pronto Soccorso le seguenti apparecchiature:

- ecografo pluridisciplinare;
- emo-gas-analizzatore.

Nell'OBI pediatrica devono essere presenti le dotazioni di dispositivi e apparecchiature adeguati alle diverse fasce di età.

Nell'OBI ostetrica la dotazione tecnologica deve prevedere anche un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale (*eco fast*) e un apparecchio di cardiotocografia fetale.



## 4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE

### 4.1. Il percorso clinico assistenziale del paziente

L'attività di OBI è caratterizzata dalla definizione di un chiaro progetto clinico ed assistenziale dedicato all'accoglienza del paziente e rivolto, in linea di massima, alla soluzione di problemi a moderata complessità, che possa ancora prevedere l'esito in dimissione a conclusione dell'attività di osservazione.

Il percorso del paziente destinato all'OBI ha inizio con il Triage effettuato all'ingresso del P.S. e prosegue dopo la prima valutazione clinico-strumentale eseguita nell'area di P.S. (v. Tabella 2 - Processo di Pronto Soccorso).

Al fine di garantire corretti tempi di trattamento a tutti gli utenti che accedono in P.S., di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e la razionalizzazione delle stesse, analogamente ad altre esperienze internazionali si ritiene necessario stabilire standard relativi ai tempi massimi di permanenza del paziente all'interno del DEA, entro i quali devono essere svolte e completate tutte le necessarie fasi diagnostiche e di trattamento per indirizzare il paziente verso le strutture (interne o esterne al DEA) atte a completare il percorso assistenziale.

Per garantire livelli adeguati di efficacia dei trattamenti e di efficienza della struttura, sono adottate presso le strutture ospedaliere sede di P.S. soluzioni organizzative per la gestione coordinata dei posti letto. Fondamentale sarà anche la realizzazione e/o il potenziamento di reti di collaborazione tra il personale medico, infermieristico e assistenziale del P.S., e le strutture territoriali e residenziali, i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali.

Per quanto riguarda i percorsi interni al Pronto Soccorso si individuano le due differenti fasi come di seguito riportato.

#### 4.1.1. ITER DI PRONTO SOCCORSO

Il tempo di permanenza in PS di un paziente destinato al ricovero non deve superare le 8 ore dal momento della presa in carico, per evitare che l'eccessiva permanenza in P.S. dei pazienti in attesa di ricovero determini ricadute negative sull'organizzazione ed un aumento del rischio clinico, come ampiamente riportato in letteratura.

Questa fase, che comprende tutto il percorso del paziente all'interno del P.S., inizia 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; continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di P.S., fino a uno dei possibili esiti:

- a) Destinazione in OBI;
- b) Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera;
- c) Trasferimento, a carico della struttura di P.S. come da normativa vigente, presso altra struttura per acuti;
- d) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedaliere (*follow up*).

Lo *standard* per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico di ogni paziente che accede al P.S. è che si giunga alla definizione del caso clinico in un tempo *non superiore alle 4 ore totali* come da Linee Guida dei sistemi sanitari europei (es. Gran Bretagna).

#### 4.1.2. INVIO IN O.B.I.

Se necessario, nel rispetto dei criteri di appropriatezza contenuti nel presente documento (v. Tabella A e B e successivo paragrafo 4.4), l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in OBI. Questa fase, differente e successiva al precedente iter di P.S., deve avere una *durata non inferiore alle 6 ore e non può superare le 44 ore totali* dalla presa in carico al triage in P.S. Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:

- a) Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall'ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
- b) Dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (*follow up*).

## **4.2. Ammissione in OBI**

La decisione di destinare un paziente in OBI deve essere presa dal medico di P.S. ovvero dal medico specialista solo in presenza di protocolli di accordo formalizzati con le altre unità operative (es. Pediatria, Ostetricia, Ginecologia); nel caso in cui l'osservazione venga effettuata presso unità operative diverse dal P.S., la responsabilità della gestione del paziente sarà a carico dell'équipe medico-infermieristica/ostetrica dell'unità operativa di permanenza.

Tutta l'attività svolta per l'O.B.I. deve essere regolamentata da protocolli operativi formalizzati e procedure, sia interne che concordate tra le unità operative di riferimento; particolari soluzioni



organizzative come “*chest pain unit*” o “*syncope unit*” vi possono trovare una naturale ed adeguata collocazione.

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve avvenire con criteri di tempestività analoghi a quelli adottati per i pazienti in P.S.

#### **4.3. Dimissioni dall'O.B.I.**

La dimissione del paziente è di competenza del medico in servizio presso l'OBI. 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 OBI presso altre unità operative (Pediatria, Ostetricia e Ginecologia...), la dimissione del paziente è di responsabilità del medico di tale unità operativa.



**TABELLA 2: ITER DI PRONTO SOCCORSO**

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI	
<b>TRIAGE</b>	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un <i>fast track</i> 4. Prestazione diretta ( <i>See and treat</i> )		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: <b>8 ore</b>	
	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico ( <i>follow up</i> )		
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		
<b>PRONTO SOCCORSO</b>	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Invio in O.B.I.			Minimo <b>6 ore</b> dall'ingresso in OBI  Massimo <b>44 ore</b> dall'inizio della presa in carico al <i>triage</i>
		Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico ( <i>follow up</i> )		
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		
<b>O.B.I.</b>					



#### 4.4. Criteri di non ammissione in OBI

Non costituiscono criteri di ammissione in OBI:

- 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).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- ricoveri programmati;
- attività eseguibili in regime ambulatoriale o di *day hospital*;
- carenza di posti letto in altre unità operative, in attesa del ricovero del paziente;
- pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

Le indicazioni relative ai criteri di inclusione e di esclusione per la gestione dei pazienti adulti e pediatrici sono illustrate nelle Tabelle A) e B), dove per ogni quadro clinico sono riportati, in ordine alfabetico i relativi codici ICD-9 CM, il rationale, le prestazioni più appropriate.

Il contenuto delle tabelle rappresenta una indicazione e, pertanto, non è da ritenersi esaustivo. In considerazione della complessità dei quadri clinici, le prestazioni sono individuate dalle unità operative di P.S. con protocolli operativi e procedure che tengono conto della realtà organizzativa locale.



## 5. RISCHIO CLINICO

### 5.1. Sicurezza della Cure

Gli obiettivi dell'Unità di Osservazione Breve Intensiva rispondono all'esigenza di migliorare la Sicurezza delle Cure in Pronto Soccorso, attraverso la gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi nei pazienti ad elevata probabilità di dimissione. Infatti, nella difficoltà gestionale rappresentata dal sovraffollamento e dal *boarding* che comportano un possibile aumento del Rischio Clinico, l'OBI si propone di migliorare la funzione di filtro al ricovero di pazienti con sintomi o condizioni cliniche potenzialmente pericolose per la vita o suscettibili di peggioramento del quadro clinico, nel rispetto degli standard assistenziali e delle evidenze scientifiche.

Questa area ad elevata intensità diagnostica e clinico rivalutativa, consente di verificare e monitorare l'efficacia di trattamenti nel breve periodo (6-44 ore), e di gestire il problema clinico acuto in un *setting* assistenziale alternativo al ricovero, usufruendo delle specifiche competenze del personale medico ed infermieristico e con l'ausilio degli strumenti diagnostici offerti dalla innovazione tecnologica.

L'alta intensità dell'assistenza è riferita al notevole impegno del personale medico ed infermieristico per lo svolgimento di un iter diagnostico terapeutico, concentrato nel tempo, che preveda l'esecuzione di accertamenti diagnostici, monitoraggio clinico e terapie, al fine di garantire, nel più breve tempo possibile e con il necessario livello di sicurezza, la dimissione del paziente al domicilio o il ricovero nel reparto più appropriato. Ogni Pronto Soccorso, sede di OBI, definisce al proprio interno specifici protocolli operativi relativi alla gestione dei quadri clinici (vedi Tabelle A e B).

### 5.2. Documentazione sanitaria

La permanenza del paziente in O.B.I. è documentata in una *specifica scheda* contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l'esito, che deve essere integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso. E' previsto anche un documento di accoglienza del paziente in OBI con la descrizione delle funzioni e delle attività.

La Cartella Infermieristica, anch'essa integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso, contiene informazioni relative ai bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli



esiti attesi ed al monitoraggio del paziente durante la permanenza in OBI, secondo modalità definite a livello aziendale.

L'accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per il paziente in OBI deve avvenire con criteri di tempestività analoghi a quelli adottati per i pazienti in P.S.

In collegamento con "Sistema di Posta del Cittadino", già previsto per il Pronto soccorso, è utile anche per l'OBI raccogliere suggerimenti e osservazioni al fine di predisporre opportune azioni di miglioramento.

### 5.3. Gestione del rischio

Gli strumenti dell'*Incident Reporting* e del Monitoraggio degli eventi Sentinella (es. "Arresto cardiaco improvviso" e "Morte o grave danno da caduta del paziente"), insieme all'*audit* clinico e al Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), rappresentano le principali modalità di gestione del Rischio Clinico in OBI.

Oltre a queste modalità è fondamentale in questo ambito l'adozione di protocolli e procedure, condivise con gli operatori, con particolare riguardo a:

- procedure di comunicazione con il paziente ed i suoi cari, relative al coinvolgimento attivo nel processo di cura,
- procedure atte al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- protocolli per il buon uso degli antibiotici.

Tutta l'attività è improntata all'aggiornamento delle conoscenze attraverso la presenza di attività relative a:

- *Evidence Based Medicine* (EBM), *Health Technology Assesment* (HTA) ed *Evidence Based Nursing* (EBN);
- Implementazione di Linee Guida;
- Definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici e di percorsi informatizzati finalizzati all'integrazione con il territorio;
- Sistemi di misurazione delle performance cliniche e degli esiti.

E' indispensabile che tutti gli strumenti ed i sistemi utilizzati per la gestione del rischio siano formalizzati, accessibili a tutti gli operatori e periodicamente aggiornati.





## 6. FORMAZIONE

La gestione delle attività di Osservazione Breve Intensiva è affidata a medici, infermieri, ostetrici nel caso di OBI ostetrica e personale di assistenza del PS.

La gestione dell'OBI pediatrica è affidata al personale del P.S. pediatrico o, qualora l'OBI sia annessa all'unità operativa di Pediatria, al personale di questa o del Dipartimento Materno Infantile.

La gestione dell'OBI ostetrica è affidata al personale del P.S. ostetrico o, qualora l'OBI sia annessa all'unità operativa di ostetricia e ginecologia, al personale di questa.

Per mantenere elevati i livelli qualitativi di performance, è opportuno effettuare una rotazione periodica e costante del personale tra l'area di P.S. e quella dell'OBI.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in OBI, poiché ha lo scopo di fornire alle figure professionali sopra indicate gli strumenti adatti per la gestione dei pazienti, in età adulta o pediatrica, nel *setting* di cura dell'OBI.

I Dipartimenti di Emergenza – Urgenza devono prevedere nell'ambito del programma di formazione un percorso formativo di base per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza dell'OBI e una formazione permanente che consenta ai professionisti di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali.

### 6.1. Formazione di base.

Il personale sanitario che opera in OBI, oltre a possedere la competenza clinica richiesta per l'attività da svolgere in PS (es. BLS, ALS, ATLS, PBL, PALS, gestione delle vie aeree dell'adulto e del bambino), deve avere conoscenza delle linee guida e dei protocolli locali di gestione del paziente in OBI. In particolare, deve essere prevista una formazione specifica relativa ai criteri di ammissione e di esclusione in OBI; tale formazione è realizzata mediante Corsi residenziali teorico-pratici, volti a favorire l'attività di *équipe*.

### 6.2. Formazione continua.

La formazione continua realizzata mediante lo strumento dell'audit di carattere clinico e organizzativo è volta a verificare periodicamente la competenza clinica e l'adesione alle evidenze scientifiche più recenti e alla normativa vigente nonché alle indicazioni ministeriali sul tema.



## 7. NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANIATRIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), basato sull'integrazione dei diversi sistemi informativi, rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale a supporto della programmazione sanitaria nazionale e regionale per misurare qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN.

Esso costituisce, infatti, lo strumento di *governance* per:

- monitorare l'attività dei Servizi Sanitari Regionali attraverso l'analisi del volume di prestazioni e di trattamento erogati;
- supportare le attività gestionali dei SSR per valutare il grado di efficienza e di impegno delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la ricerca e il miglioramento continuo di qualità;
- confrontare ed effettuare *benchmarking* tra strutture pubbliche.

Il conferimento dei dati costituisce anche adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso alla quota premiale. Il patrimonio informativo NSIS viene altresì utilizzato per monitorare l'assistenza relativa all'emergenza urgenza sanitaria che si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario.

### 7.1. Il sistema EMUR

Il Decreto del 17 dicembre 2008 di "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (EMUR), e successive modifiche prevede l'istituzione di un Sistema informativo EMUR per la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, con riferimento sia alle attività del Sistema territoriale 118 che alle attività del Pronto Soccorso. Il flusso EMUR nasce dall'esigenza di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire l'interscambio informativo tra il livello nazionale del NSIS ed i Sistemi Sanitari Regionali.

Relativamente al Pronto Soccorso, il sistema EMUR raccoglie una serie di informazioni che riguardano tutte le fasi relative ad un accesso in P.S., non prevedendone però alcuna specifica per l'area dell'OBI.

In un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di



posti letto per acuti, l'OBI offre un *setting* assistenziale di notevole importanza garantendo prestazioni qualitativamente elevate ma che al momento non vengono tracciate, identificate e misurate.

E' necessario, quindi, definire *un data minimum set* da rilevare attraverso il sistema EMUR al fine di rendere possibile la rilevazione dell'attività sanitaria effettuata nell'ambito dell'OBI.

### **7.2. Data minimum set da rilevare nel sistema EMUR per l'attività di OBI**

Le variabili utili alla valutazione di attività dell'OBI saranno integrate dalle informazioni di attività di seguito riportate:

- Problema clinico principale- indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM (v. Tabelle A e B);
- Data di ingresso in OBI - indica la data in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Ora di ingresso in OBI - indica l'ora in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS);
- Prestazioni erogate in OBI - indica i codici delle 5 prestazioni erogate in OBI e giudicate più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse: la principale e quattro secondarie. La codifica avviene attraverso l'uso dei codici ICD-9-CM e di codici derivati dalla classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Consulenze specialistiche richieste - indica la disciplina ed il numero delle consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di OBI;
- Diagnosi di uscita dall'OBI - indica la diagnosi principale e le quattro secondarie assegnate alla dimissione dall'OBI. E' previsto l'uso dei codici ICD-9-CM;
- Data e Ora di uscita dall'OBI - indica la data e l'ora di uscita dall'OBI. La data e l'ora di uscita devono coincidere con la data e l'ora di uscita dal P.S.;
- Esito - indica l'esito dell'attività svolta in OBI: ricovero in reparto di degenza, dimissione a domicilio, dimissione con rinvio a strutture ambulatoriali, trasferimento ad altro istituto, decesso.

Il set di informazioni identificate costituisce il *data minimum set*, necessario a tracciare il percorso in OBI, da rilevare attraverso il sistema informativo dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (flusso EMUR).

**8. INDICATORI**

Al fine di fornire informazioni utili a descrivere l'attività dell'OBI si individua il seguente set di indicatori, di utilizzo e di performance; per ognuno dei cinque indicatori individuati sono riportati il calcolo e la soglia (v. Tabella 3).

TABELLA 3: INDICATORI OBI					
		INDICATORE	RIFERIMENTO	CALCOLO	SOGLIA
DI UTILIZZO	1	TEMPO DI PERMANENZA IN OBI	24 H DALL'INGRESSO IN PS O IN OBI	N° CASI CON PERMANENZA IN OBI > 24 H / TOTALE ACCESSI IN OBI	≤ 5%
	2	PAZIENTI DIMESSI	N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI DIMESSI / TOTALE ACCESSI OBI	≥ 90 %
	3	PAZIENTI RICOVERATI	N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI RICOVERATI / TOTALE ACCESSI OBI	≤ 10 %
	4	PATOLOGIE IMPROPRIE	TABELLA PATOLOGIE CON CRITERI di INCLUSIONE IN OBI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI INAPPROPRIATI / TOTALE ACCESSI OBI	< 5 %
DI PERFORMANCE	5	PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24H	N° PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI E TOTALE DIMESSI OBI	N° CASI CON RIENTRO IN PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI/TOTALE DIMESSI DA OBI	< 5%



## 9. RILEVAZIONE DEI COSTI E POSSIBILI MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

Le modalità di rimborso per l'attività di OBI, attualmente caratterizzate da una variabilità a livello regionale, si basano in generale su due tipologie:

1. **Rimborso a *forfait* assistenziale**, basato sul numero di postazioni, di personale dedicato, della tecnologia impiegata e del consumo medio di presidi medico-chirurgici.
2. **Rimborso a *forfait* di prestazioni** effettuate per la gestione delle singole patologie sulla base di linee guida internazionali.

Alcuni studi mirati alla definizione dei “costi standard” per questa tipologia di assistenza hanno applicato metodologie basate sul calcolo del “costo pieno”, che tiene conto delle seguenti componenti:

- i tempi di permanenza in OBI (basi di ripartizione);
- i valori medi di complessità dell'attività infermieristica (basi di ripartizione);
- l'importo medio delle prestazioni intermedie eseguite in OBI (costi variabili);
- il costo medio del personale (costo diretto);
- i costi indiretti (es. luce, pulizie) e altri costi diretti (es. farmaci, presidi sanitari e non).

Il costo totale ottenuto dall'applicazione di tali metodologie è il frutto della somma dei costi variabili, del costo del personale, dei costi diretti e indiretti; i primi risultati evidenziano il potenziale risparmio legato alla gestione del paziente in OBI rispetto al ricovero ordinario.



## 10. CONCLUSIONI

L'osservazione clinica nell'ambito dei servizi di Pronto Soccorso:

- è parte integrante del processo e costituisce la naturale continuità della prestazione di pronto soccorso per alcuni casi selezionati;
- è necessaria per evitare ricoveri inappropriati, che condizionano negativamente la normale attività assistenziale dei servizi d'urgenza e dei reparti di diagnosi e cura.

Il termine "intensiva" applicato all'Osservazione Breve definisce un'assistenza dedicata e con alta intensità di cura, espressa sia nell'istituzione precoce e monitoraggio del trattamento che negli accertamenti diagnostici eseguiti in tempi ristretti.

Il presente documento definisce le linee di indirizzo per l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI), attualmente non normata a livello nazionale, ma prevista in alcune regioni con modalità diverse.

Nel documento si sottolinea che l'OBI:

- fa parte del processo di Pronto Soccorso;
- ha una durata fino a 44 ore dall'ingresso in PS, compreso il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, al termine del quale il paziente dovrà essere dimesso o ricoverato;
- è svolta in locali annessi o attigui al Pronto Soccorso, ad eccezione dell'OBI pediatrica e ostetrica che possono essere attuate nei reparti di competenza;
- non può in alcun modo essere utilizzata come pre-ricovero in attesa di posti letto nei reparti di degenza. A tal fine si sono definiti:
  - a. i criteri di ammissione all'OBI per le principali patologie;
  - b. gli indicatori di attività;
  - c. le motivazioni per cui si introduce la denominazione di "postazioni di OBI", e non di posto letto di OBI, che in nessun caso rientra nel numero globale di posti letto dell'ospedale.

Le presenti linee di indirizzo evidenziano la necessità di identificare puntualmente le prestazioni di Pronto Soccorso e di OBI, allo scopo di eliminare quelle situazioni anomale, non rilevabili dai sistemi informativi, in cui i pazienti sostano anche per giorni in Pronto Soccorso in attesa di ricovero e per riconoscere eventualmente una modalità di finanziamento specifica per l'OBI.

L'OBI, pertanto, in un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, può offrire un *setting* assistenziale alternativo al ricovero



tradizionale, garantendo:

- a) il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti;
- b) la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS;
- c) la maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale;
- d) il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sulla efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.

Le indicazioni di cui al presente documento sono state elaborate contemporaneamente all'aggiornamento delle *Linee guida sull'attività di Triage intraospedaliero*, in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.



TABELLA A): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI ADULTI

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>ARITMIE</b>	<p><b>4270</b> tachicardia parossistica sopraventricolare</p> <p><b>42731</b> fibrillazione atriale</p> <p><b>42789</b> altre aritmie cardiache</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.</p> <p>Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo</p> <p>cardioversione elettrica</p> <p>Esclusione di recidive</p>	<p>TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica</p> <p>FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso</p> <p>Scompenso cardiaco e SCA</p> <p>Eventi acuti</p>	<p>Monitoraggio parametri: FC, SatO2</p> <p>Somministrazione farmaci antiaritmici</p> <p>ECG</p> <p>Consulenza cardiologica</p>
<b>ASMA</b>	<p><b>493.92</b> asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Monitoraggio clinico-strumentale</p> <p>Controllo farmacologico di sintomi</p> <p>Approfondimento diagnostico</p> <p>Terapia dell'attacco acuto</p> <p>Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia</p>	<p>Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (<math>\geq 3</math> aerosol)</p> <p>Sp O2 compresa tra 90 e 95%</p>	<p>Quadro clinico instabile, Sa O2 &lt; 90%</p> <p>Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali</p> <p>O2-terapia</p> <p>Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore</p> <p>EGA</p>
<b>CEFALEA</b>	<p><b>7840</b> cefalea</p>	<p>Inquadramento clinico</p> <p>Esami diagnostici</p> <p>Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN;</p> <p>Consulenza neurologica</p> <p>Trattamento sintomatico</p>	<p>Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Eventi acuti concomitanti</p>	<p>Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età</p> <p>Terapia antalgica</p> <p>Monitoraggio PA</p> <p>Valutazione fundus</p> <p>Esami neuroradiologici</p> <p>Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)</p>





CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>CONVULSIONI</b>	<b>780.39</b> 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
<b>DIARREA</b>	<b>787.91</b> 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
<b>DISIDRATAZIONE</b>	<b>276.51</b> 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



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA</b>	<b>786.50</b> 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
<b>GESTIONE DEL DOLORE</b>	<b>3380</b> 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
<b>INTOSSICAZIONI</b>	<b>960 - 979</b> (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) <b>305</b> abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) <b>980-989</b> effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa	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	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H 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



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	(esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	terapia			Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
<b>REAZIONI ANAFILATTICHE</b>	<b>995.2</b> 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
<b>SCOMPENSO CARDIACO</b>	<b>4280</b> 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 multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
<b>SINCOPE</b>	<b>780.2</b> 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



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>SINDROME VERTIGINOSA</b>	<b>7804</b> 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 Comorbilità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
<b>SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)</b>	<b>7865</b> dolore toracico <b>788.0</b> colica renale <b>789.0</b> dolore addominale <b>338.11</b> 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
<b>TIA</b>	<b>4359</b> 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 comorbilità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
<b>TRAUMA CRANICO MINORE</b>	<b>850.0</b> conoscione con nessuna perdita di coscienza <b>8501</b>	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo	GCS $\geq 14$ , senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbilità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o



CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	concussione con breve perdita di coscienza	cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	antiaggregazione Dinamica a bassa energia	rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica



TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>ARITMIE</b>	<b>4270</b> tachicardia parossistica sopraventricolare <b>42731</b> 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
<b>ASMA</b>	<b>493.92</b> 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
<b>BRONCHIOLITE</b>	<b>4661</b> 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 socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio 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
<b>CEFALEA</b>	<b>7840</b> 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)
<b>CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI</b>	<b>780.31</b> 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
<b>DISIDRATAZIONE</b>	<b>27.51</b> 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 Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
<b>EPILESSIA</b>	<b>345.90</b> 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 anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>FEBBRE</b>	<b>780.6</b> 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)
<b>INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO</b>	<b>934</b> 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 anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
<b>INFEZIONE DELLE VIE URINARIE</b>	<b>599.0</b> 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)
<b>INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI</b>	<b>9330</b> c. e. nel faringe <b>9351</b> c. e. nell'esofago <b>9352</b> c. e. nello stomaco <b>936</b> 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 anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC





CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>INTOSSICAZIONI</b>	<p><b>960-979</b> (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici)</p> <p><b>305</b> abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool)</p> <p><b>980-989</b> effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo</p> <p>Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento</p> <p>Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza</p> <p>Esecuzione di ricerche tossicologiche</p> <p>Trattamenti con antidoti specifici</p> <p>Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia</p>	<p>Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche</p> <p>Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita</p>	<p>Ingestione sostanze caustiche</p> <p>Instabilità emodinamica</p> <p>Patologie internistiche concomitanti o preminenti.</p> <p>Pazienti con evidente volontà autolesiva</p> <p>Stato di agitazione</p> <p>PGCS &lt;= 11</p>	<p>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC</p> <p>Dosaggio farmaci/sostanze</p> <p>Somministrazione carbone vegetale attivato</p> <p>Somministrazione antidoti</p> <p>ECG</p>
<b>LARINGITE</b>	<p><b>4640</b> laringite acuta</p>	<p>Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica</p> <p>Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.</p>	<p>Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)</p>	<p>Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario</p>	<p>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC</p> <p>O2-terapia</p> <p>Aerosolterapia con adrenalina e budesonide</p> <p>Somministrazione cortisone <i>per os</i></p>
<b>LINFOADENOPATIA</b>	<p><b>7856</b> linfadenomegalia</p>	<p>Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici</p>	<p>ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore</p>	<p>Forte sospetto di malattia oncologica</p> <p>Quadro con chiara indicazione</p>	<p>Indici di flogosi</p> <p>Sierologia per EBV</p> <p>Ecografia</p>



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
		ecografia Eventuale inizio terapia specifica	Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	chirurgica	Consulenza ORL Somministrazione farmaci
<b>POLMONITE</b>	<b>486</b> 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
<b>REAZIONI ANAFILATTICHE</b>	<b>995.2</b> effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti 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)
<b>SINCOPE</b>	<b>780.2</b> 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)
<b>SINDROME VERTIGINOSA</b>	<b>7804</b> 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
<b>SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI</b>	<b>7865</b> dolore toracico <b>788.0</b> colica renale	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia	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



CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
<b>TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)</b>	<b>789.0</b> dolore addominale <b>33811</b> dolore acuto da trauma	specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata			definire la causa
<b>TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO</b>	<b>922.2</b> contusione della parete addominale <b>843</b> distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia <b>846</b> regione sacro-iliaca <b>847.2</b> lombare <b>847.3</b> del sacro <b>847.4</b> del coccige <b>911</b> 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
<b>TRAUMA CRANICO MINORE</b>	<b>850.0</b> concussione con nessuna perdita di coscienza <b>850.1</b> concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS $\geq 14$ , 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
<b>TRAUMA TORACICO CHIUSO</b>	<b>922.1</b> contusione della parete toracica, <b>847.1</b> distorsioni e distrazioni del torace <b>911</b> 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



## BIBLIOGRAFIA

- 1) Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al. Percorso di valutazione del dolore toracico. Valutazione dei requisiti di base per l'implementazione negli ospedali italiani. *G Ital Cardiol* 2009; 10: 46-63
- 2) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36(4):406-15
- 3) Brignole M, Ungar A. Diagnosi e terapia della sincope. Manuale GIMSI sulle perdite transitorie di coscienza di sospetta natura sincopale. A cura del Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope-GIMSI. CG Edizioni Medico Scientifiche. Torino. 2009.
- 4) Agenzia per i Servizi Sanitari regionali (ASSR). Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). Trattamento del trauma cranico minore e severo. Linee guida nazionali di riferimento. 2006
- 5) Mace SE. Asthma in the observation unit. *Emerg Med Clin North Am*. 2001;19:169-85
- 6) Casagrande I, Vitale E, Giuffrè E, Cecconi D. La disidratazione nell'adulto e nell'anziano. *ECJ* 2007; 3 (n.3):12-14
- 7) Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. IDSA Guidelines. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2006;32:331-350
- 8) Dekker WW, Smars PA, Vaidyanathan L, et al. A prospective, randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation. *Ann. Emerg. Med* 2008 Oct;52(4): 322-8
- 9) Aldea-Molina E, Gomez J, Royo R et al. Emergency department observation unit: an adequate place for the management of atrial flutter. *Emergencias*. 2008;20:101-107
- 10) T. Lemke, R. Wang "Emergency department observation for toxicologic exposures" *Em Med Clin North Am*, vol.19/1 pag.155-167, feb.2001
- 11) Peacock WF, Fonarow GC, Ander DS, et al. Society of chest pain centers recommendations for the evaluation and management of the observation stay acute heart failure patient: A report from the society of chest pain centers acute heart failure committee. *Crit Pathw Cardiol* 2008;7:83-86.
- 12) Collins SP, Lindsell CJ, Naftilan AJ. Low-risk acute heart failure patients: External validation of the society of chest pain center's recommendations. *Crit Pathw Cardiol* 2008;7:83-86.
- 13) Collins SP, Pang PS, Fonarow GC, Yancy CW, Bonow RO, Gheorghide M. Is hospital admission for heart failure really necessary?: the role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *J Am Coll Cardiol* 2013 Jan 15;61(2):121-6.
- 14) Keating L, Smith S. Acute pain in emergency department: The Challenges. *Br J Pain* 2011;5:13-17
- 15) American College of Emergency Physician. Clinical and practice management. 2009 Policy Statement. <http://www.acep.org/Content.aspx?id=48089>
- 16) Seemungal BM and Bronstein AM (2008). A practical approach to Acute Vertigo. *Practical Neurology* 2008 Aug;8(4):211- 21.



- 17) Nahab F, Leach G, Kingston C, et al. Impact of an emergency department observation unit transient ischemic attack protocol on length of stay and cost. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2012 Nov;21(8):673-8
- 18) Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol.* 2007 Dec;157(6):1116-23.
- 19) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. *Ann Emerg Med.* May 2004;43(5):605-25
- 20) Kelly A. Headache. In: Mace SE, Ducharme J, Murphy MF (eds). *Pain Management & Sedation Emergency Department Management.* New York: McGraw-Hill, 2006, ch 38, pp279-286.

## SITOGRAFIA

**[www.acemc.it/](http://www.acemc.it/)**

AcEMC - Academy of Emergency Medicine and Care

**[www.simeu.it/](http://www.simeu.it/)**

SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza

**[www.simeup.com/](http://www.simeup.com/)**

SIMEUP - Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica

**[www.fimeuc.org/](http://www.fimeuc.org/)**

FIMEUC - Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi

**[www.aniarti.it/](http://www.aniarti.it/)**

ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica

**[www.triage.it/](http://www.triage.it/)**

GFT - Gruppo Formazione Triage

Il documento di Linee di indirizzo nazionali di Osservazione Breve Intensiva (OBI) è stato redatto con il contributo dell'AGENAS, delle Regioni e delle Società Scientifiche di settore (SIMEU, SIMEUP, FIMEUC, ANIARTI, AcEMC, GFT)



<b>Linee di indirizzo nazionali su OBI e Triage</b> <b>Gruppo di lavoro istituito con Decreto Direttoriale del 12 dicembre 2012</b>	
<b>Coordinatore</b>	
Francesco Bevere	Direttore Generale - Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
<b>Componenti</b>	
Cinzia Barletta	Referente FIMEUC
Ivo Casagrande	Referente AcEMC
Francesco Enrichens	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS
Gianfranco Finzi	ANMDO
Gabriella Guasticchi	Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Lucia Lispi	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Direttore Ufficio X
Angelo Muraglia	Commissione Salute - Regione Abruzzo
Angela Rita Panuccio	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Coordinatore Ufficio V
Francesco Perlasca	Commissione Salute - Regione Lombardia
Giorgio Pia	Commissione Salute - Regione Sardegna
Luciano Pinto	SIMEUP
Silvia Scelsi	ANIARTI
Beniamino Susi	SIMEU
Daniele Marchisio	GFT
<b>Segreteria tecnica</b>	
Maria Cristina Trotta	Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio V