

*INCONTRO SOCIETA' MEDICO CHIRURGICA DI  
FERRARA  
29 APRILE 2017*



**Admission vs Discharge:  
Ruolo della Osservazione Temporanea e  
della Osservazione Breve Intensiva nella  
decisione finale**

**Vitali Elena**

U.O. Emergenza-Urgenza  
Azienda Ospedaliera Universitaria  
Ferrara

# Pronto Soccorso

Gestione clinico terapeutica strumentale



**Osservazione temporanea**      **Osservazione breve intensiva**

## OSSERVAZIONE BREVE

DPR 27/3/1992

Atto d'intesa Stato-Regioni 11/04/1996

DGR ER 17/01/2005

Setting assistenziale legato alle modificazioni delle esigenze sanitarie degli ultimi 25 anni



## OSSERVAZIONE BREVE -INTENSIVA

DPR 27/3/1992.....Il DEA .. deve garantire le funzioni di pronto soccorso e accettazione, di osservazione e breve degenza,.... Partecipano a tali attività le Unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale.

**Atto d'intesa Stato-Regioni 11/04/1996**

**Standard FIMEUC-SIMEU 2012**



# Osservazione temporanea

Area all'interno del PS dove trovano collocazione utenti stabili che necessitano di una fase di attesa per terapia, refertazione di esami o attesa consulenze / trasporto, qualora l'area di trattamento risulti insufficiente alla ricezione di nuovi utenti. Questa osservazione viene utilizzata per il monitoraggio dei pazienti dimissibili entro 6 ore dall'arrivo e dei pazienti in attesa di ricovero/dimissione.



# VARIABILI TECNICHE DELL'OB MISSION UGUALE

**ubicazione**  
**personale dedicato**  
**numero posti letto/condivisione letti**



**Il paziente che  
accede in OBI  
deve avere**



**un unico problema da definire  
in termini di valutazione  
diagnostica e seguire un  
percorso stabilito da linee guida  
o di indirizzo specifiche**



# CRITERI DI AMMISSIONE

- Alta criticità ma bassa-media gravità potenziale.
- Bassa criticità ma alto potenziale di gravità.
- Definibile in un tempo di 24 ore.



# Criteri di non ammissione

- Condizioni cliniche gravi -
- Necessità di elevata assistenza -
- Molteplicità di problemi -
- Degenza probabilmente lunga
- Presenza dei criteri per il ricovero



# Funzioni

( DGR17/01/2005 n.24)

- **Filtro** al ricovero dei pazienti con sintomi o condizioni cliniche potenzialmente pericolose o suscettibili di peggioramento del quadro clinico
- **Sicurezza delle cure** : prevenzione degli eventi avversi nei pazienti ad elevata probabilità di dimissione
- **Appropriatezza dei ricoveri** ( osservazione clinica, terapia a breve termine di patologie a complessità moderata, possibilità di approfondimento diagnostico terapeutico)

## L'OBI NON DEVE ESSERE



La sala d'attesa dell'ospedale.

Un ricovero breve.

Uno scarico dei casi difficili ad altri.

Un appoggio per altre specialistiche.

Un modo per abbattere le proprie % di ricovero.

# Patologie appropriate

- **Asma acuto**
- **Disidratazione/vomito/diarrea**
- **Fibrillazione atriale di recente insorgenza**
- **Scompenso cardiaco congestizio classe I e II NYHA**
- **Gestione del dolore**
- **Colica renale**
- **Sindrome vertiginosa**
- **Attacco ischemico transitorio**
- **Reazioni allergiche ad espressione cutanea non evolutive**
- **Ipoglicemia**
- **TVP non complicata**
- **Crisi convulsiva**
- **Trauma senza compromissione di organo vitale, con potenziale evolutivo**

# LINEE DI INDIRIZZO CONDIVISE

timing diverso.....

- Percorso TIA
- Percorso Vertigini
- Percorso Dolore toracico

**Caso Clinico:** Paziente di 70 anni che nel pomeriggio ha avuto per circa 20 min disartria. Non assume farmaci ,anamnesi silente.

Inviato in OBI ore 21.00

A:vigile

B: sat 98%,FR 14 Obb.neg

C:PA 140/85, FC 74, Obb.neg,ECG :RS

D:Non deficit di lato, ABCD<sub>2</sub> score 4

E:esami ematici routine nella norma

Doppler TSA  
TC encefalo  
visita neurologica  
entro 24 ore dai sintomi

**Dimesso con indicazioni**

ASA  Assetto  
Lipidico

**Caso Clinico:** Paziente di 68 anni si reca in PS per comparsa da circa 1 settimana di dispnea da sforzo è in terapia con ACE inibitore da 10 anni. Inviato in OBI per fibrillazione atriale non databile, in ipertensione essenziale.

A: vigile, vie aeree pervie

B O<sub>2</sub> 92 con 6 litri fiO<sub>2</sub> 31 %,FR 26, fini crepitazioni alle basi

C PA 160/90 fc 105/115 aritmico

D quale è il problema scompenso cardiaco iniziale (pump/rate)?

TEP?ischemia miocardica?

E ecografia : linee B

Esami ematici : BNP 380 , troponina I negativa ,XDP 0,5

EGA in PS PO<sub>2</sub> 68, PCO<sub>2</sub> 48, HCO<sub>3</sub> 22 pH 7,3



Si inizia CPAP con PEEP 10 cmH<sub>2</sub>O, Fio<sub>2</sub> 40%



Dopo 1 ora sat 96 % FR 26, FC 105  
EGA pH : PO<sub>2</sub> 68, PCO<sub>2</sub> 50, HCO<sub>3</sub> 21 Ph 7,28.  
2 punto di troponina negativo



472



## OSSERVAZIONE CLINICA



TERAPIA

DIAGNOSTICA



ESITO

**Discharge**

**OBI**

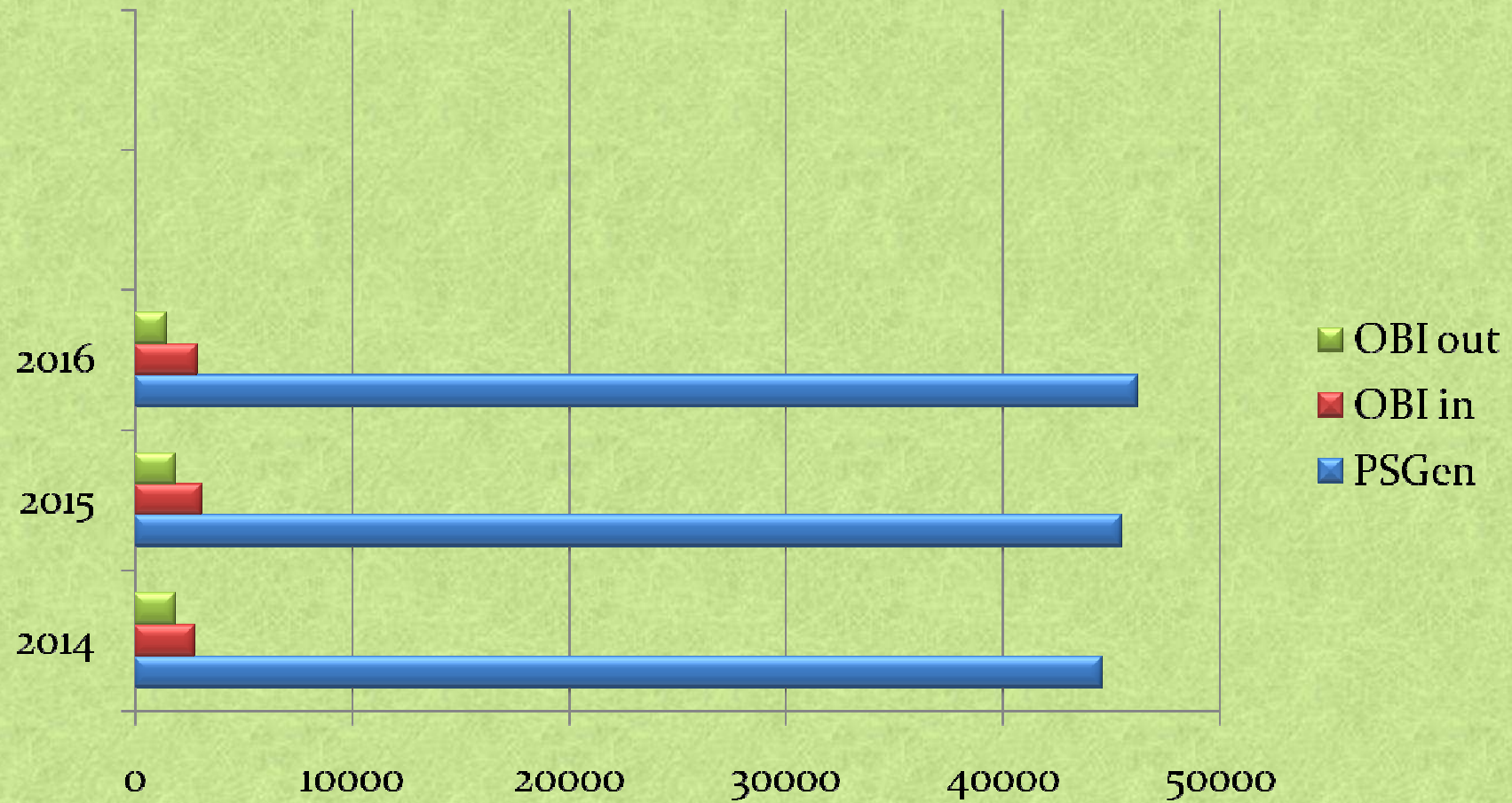
STRUTTURE ACCREDITATE  
SSN

**DIMISSIONE**

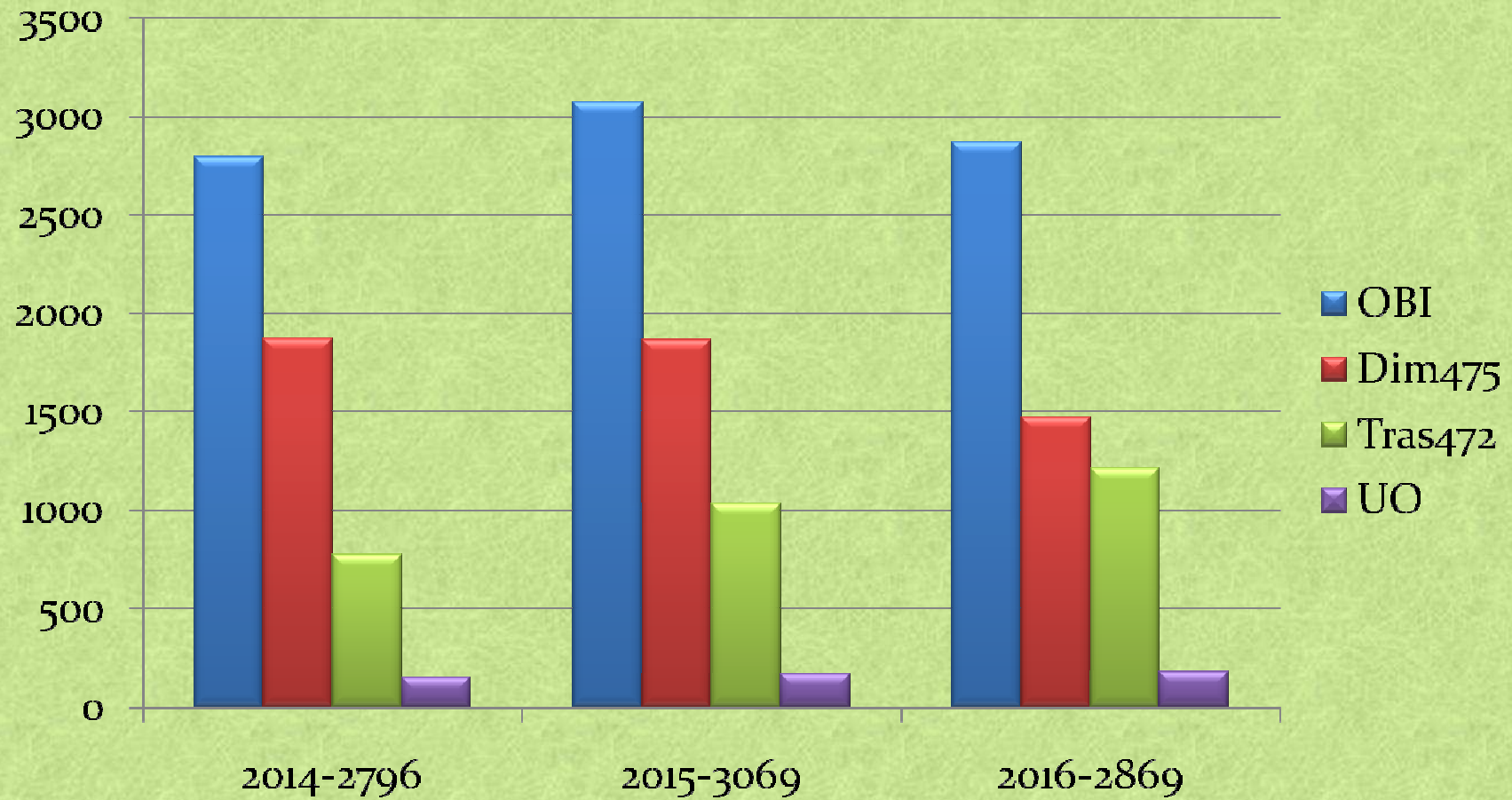
**RICOVERO  
MED.URG**

**RICOVERO ALTRE  
U.O.**

# Accessi PS e Funzione OBI



# Funzione OBI



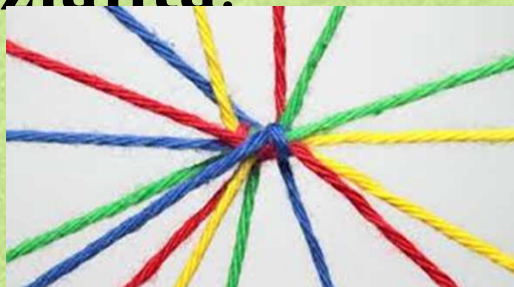
# RECENTISSIMA

## **Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017**

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. :

- 3. E' altresì assicurata all'interno del PS/DEA la funzione di Osservazione breve intensiva (OBI) al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali complessi.

- **Le strutture ospedaliere dotate di OBI con impostazione di percorsi clinici e diagnostici dedicati hanno un impatto clinico ed assistenziale sul paziente che si traduce in una riduzione dei ricoveri inappropriati.**
- **E'parte integrante della rete ospedaliera di diagnosi e cura**
- **Al momento attuale non esiste uniformità sia dal punto di vista strutturale , risorse umane e tecnologiche che consenta un utilizzo al 100% delle sue potenzialità.**



# GRAZIE PER L'ATTENZIONE



**Vitali Elena**

U.O. Emergenza-Urgenza

Azienda Ospedaliera Universitaria

Ferrara