



**Linee di Indirizzo**  
**OSSERVAZIONE BREVE**  
**INTENSIVA**

**Regione Abruzzo**

## SOMMARIO

<b>1. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL' OBI .....</b>	<b>4</b>
1.1 <i>PREMESSA .....</i>	4
1.2 <i>DEFINIZIONE .....</i>	6
1.3 <i>OBIETTIVI .....</i>	6
1.4 <i>FUNZIONI .....</i>	7
<b>2. PRESIDI OSPEDALIERI IN CUI ATTIVARE I SERVIZI DI OBI .....</b>	<b>7</b>
<b>3. REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI .....</b>	<b>8</b>
3.1 <i>DOTAZIONE DI POSTAZIONI O.B.I. ....</i>	8
3.2 <i>DOTAZIONE DI PERSONALE .....</i>	8
3.3 <i>DOTAZIONE TECNOLOGICA .....</i>	10
<b>4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE .....</b>	<b>11</b>
4.1 <i>ITER DI PRONTO SOCCORSO .....</i>	11
4.2 <i>IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE IN O.B.I. ....</i>	12
4.3 <i>QUADRI CLINICI INDICATI PER L'AMMISSIONE IN O.B.I. DI PAZIENTI ADULTI .....</i>	14
4.4 <i>CRITERI DI NON AMMISSIONE IN O.B.I. PER ADULTI .....</i>	17
4.5 <i>DIMISSIONE DALL'O.B.I. ....</i>	18
4.6 <i>DOCUMENTAZIONE SANITARIA .....</i>	19
<b>5. OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA PEDIATRICA (O.B.I.P.) (PDTA Paziente Pediatrico in Pronto Soccorso”, D.G.R. 480 del 5 agosto 2020) .....</b>	<b>19</b>
5.1 <i>ITER DI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO .....</i>	19
5.2 <i>OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA PEDIATRICA (O.B.I.P.) .....</i>	21
5.3 <i>OBIETTIVI E CARATTERISTICHE DELL'O.B.I.P. ....</i>	21
5.4 <i>CRITERI DI AMMISSIONE IN O.B.I.P. ....</i>	22
5.5 <i>CRITERI DI NON AMMISSIONE IN O.B.I.P. ....</i>	22
5.6 <i>LOCALIZZAZIONE DELL'O.B.I.P. ....</i>	23
5.7 <i>DOTAZIONE DI PERSONALE O.B.I.P. ....</i>	24
5.8 <i>DOTAZIONE TECNOLOGICA IN O.B.I.P. ....</i>	24
5.9 <i>INTEGRAZIONE DELL'O.B.I.P. CON ALTRI SERVIZI .....</i>	25
5.10 <i>DIMISSIONE DALL'O.B.I.P. ....</i>	25
5.11 <i>DOCUMENTAZIONE SANITARIA E FLUSSI INFIRMATIVI DELL'O.B.I.P. ....</i>	26
5.12 <i>VALORIZZAZIONE ECONOMICA DELLE ATTIVITÀ DI O.B.I.P. ....</i>	26
<b>6. GESTIONE BOARDING .....</b>	<b>26</b>
6.1 <i>AREE PER LA GESTIONE DEL BOARDING ADMISSION ROOM E DISCHARGE ROOM .....</i>	26
6.2 <i>CRITERI DI ESCLUSIONE DEI PAZIENTI DA ACCOGLIERE NELL'AREA RICOVERI (ADMISSION ROOM) .....</i>	27
<b>7. RISCHIO CLINICO .....</b>	<b>28</b>
7.1 <i>SICUREZZA DELLE CURE .....</i>	28
7.2 <i>GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....</i>	28
<b>8. UMANIZZAZIONE DELLE CURE .....</b>	<b>30</b>
<b>9. FORMAZIONE .....</b>	<b>31</b>
9.1 <i>FORMAZIONE DI BASE .....</i>	32
9.2 <i>FORMAZIONE CONTINUA .....</i>	32
<b>10. FLUSSO INFORMATIVO OBI .....</b>	<b>33</b>
10.1 <i>FINALITÀ DEL FLUSSO INFORMATIVO EMUR .....</i>	33
10.2 <i>DATI DA RILEVARE PER IL FLUSSO EMUR SPECIFICO PER L'O.B.I. ....</i>	34

<b>11. INDICATORI DI ATTIVITÀ DELL' O.B.I.</b> .....	<b>35</b>
<b>12. CONCLUSIONI</b> .....	<b>36</b>
<b>Sitografia</b> .....	<b>37</b>
<b>Elenco delle tabelle e figure</b> .....	<b>37</b>

---

## 1. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELL' OBI

---

### 1.1 Premessa

Le Unità di Osservazione Breve sono una realtà organizzativa presente nel panorama sanitario italiano dagli anni 90. Nascono come risposta alla necessità di disporre di un tempo maggiore per assumere una decisione clinica nei riguardi di pazienti i cui problemi diagnostici e terapeutici non possono essere risolti nell'ambito del tradizionale percorso di Pronto Soccorso (P.S.).

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

In Italia, i posti di Osservazione Breve (O.B.) all'interno dei Pronto Soccorso (P.S.) e dei DEA., sono stati introdotti con il D.P.R. 27 marzo 1992 ed il successivo Atto di Intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, ribadiva la necessità di attivare l'Osservazione Breve (O.B.) quale strumento ritenuto indispensabile per ridurre ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da P.S.

Le normative predette enunciavano la necessità di avviare le funzioni di O.B.I. nei P.S. e nei DEA, senza dettagliare i requisiti specifici; con il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015 (pubblicato in GU n. 127 del 04.06.15) sono stati definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e sono state descritte le modalità organizzative dell'O.B.I. nell'ambito delle funzioni di P.S.

Con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 1 agosto 2019 sono state definite le *"Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero"*, *"Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva"* e *"Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"*. (Rep. Atti n.143/CSR del 1 agosto 2019).

Le *"Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva"* si prefiggono l'obiettivo di diffondere modalità organizzative uniformi nei DEA e nei P.S., allo scopo di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da P.S. e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto/anziano e pediatrico da parte delle strutture ospedaliere, oltreché individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

Un capitolo del presente documento è dedicato all'organizzazione della Osservazione Breve Intensiva Pediatrica (O.B.I.P.), estratto *dal documento "PDTA Paziente Pediatrico in Pronto Soccorso"* (approvato con la D.G.R. 480 del 5 agosto 2020 recante *"DPCM 12 gennaio 2017 Livelli Essenziali di Assistenza - Recepimento dell'Accordo Stato Regioni n. 248/CSR del 21 dicembre 2017 e dell'Intesa Rep. Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019. Presa d'atto e approvazione del documento tecnico "PDTA Paziente Pediatrico in Pronto Soccorso"*.

Inoltre, nella trattazione si affronta il problema dell'elevata affluenza nei Dipartimenti DEA dei grandi anziani (*oldest-old*) che rappresentano la fascia di età maggiormente gravata da improvvise riacutizzazioni di patologie croniche, con rischio elevato di morte e di peggioramento del profilo funzionale, trattabili per la gravità delle condizioni solo in ospedale. Il fenomeno crescente impone un profondo ripensamento nell'organizzazione degli ospedali a partire dai PP.SS. con un percorso che inizia dalla rapida individuazione del paziente fragile anziano al *Triage*, alla immediata attivazione della consulenza geriatrica e al successivo trasferimento presso "l'Osservazione Geriatrica", la cui funzione può essere attivata presso le Unità Operative di Geriatria (UU.OO.). Le Aziende Sanitarie Locali, in accordo con le UU.OO. di Geriatria, redigeranno protocolli interni per facilitare la precoce presa in carico dei pazienti anziani in condizioni di vulnerabilità e fragilità.

Nei P.S. si va sempre più diffondendo, anche per quanto premesso, la pratica del **"Boarding"**, che consiste nella permanenza prolungata in P.S. o in O.B.I. dei pazienti che necessitano di ricovero a causa della indisponibilità di posti letto.

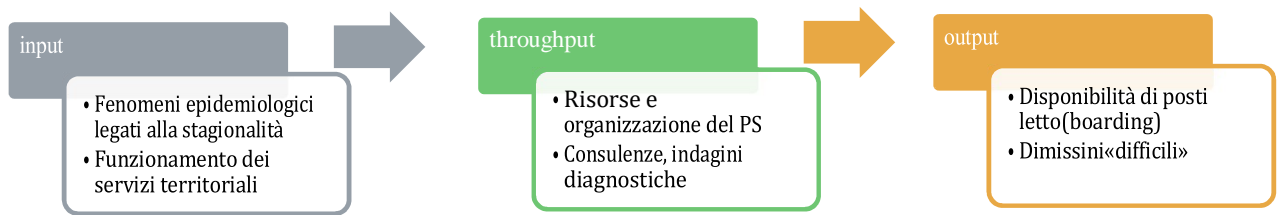
Il fenomeno del **"Boarding"** rappresenta la causa primaria del sovraffollamento (*Overcrowding*) nei PP.SS.

I fattori determinanti sono:

- in ingresso (*"input"*), l'eccessivo numero di accessi in P.S.;
- interne alla struttura (*"throughput"*), i tempi lunghi per l'effettuazione di esami, la gestione delle richieste, l'esecuzione delle consulenze, l'attesa per ottenere le refertazioni, i malfunzionamenti delle strumentazioni, l'insufficienza del personale;
- in uscita (*"output"*). la mancanza di posti letto.

Si fa riferimento, per la gestione dell'*Overcrowding* al documento approvato dalla Regione Abruzzo con la D.G.R. n. 369 del 11 luglio 2022 recante *"Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di Pronto Soccorso – Regione Abruzzo"*.

Figura 1: Analisi di processo delle condizioni che determinano il Boarding.  
Il modello di riferimento (Asplin et. altri 2003)



## 1.2 Definizione

“L’OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma bassa gravità potenziale o a bassa criticità ma potenziale gravità, aventi un’elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali”. (cfr. Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva – OBI Ministero della Salute).

Nelle strutture di OBI, l’alta intensità clinico-assistenziale, l’esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, erogati in un arco di tempo definito e limitato, caratterizzano l’attività professionale del personale medico ed infermieristico che vi lavora.

## 1.3 Obiettivi

L’Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), in un contesto caratterizzato dalla progressiva riduzione del numero di posti letto per acuti, offre un *setting* assistenziale alternativo al ricovero in regime ordinario, per garantire all’utenza prestazioni sanitarie adeguate.

Tra gli obiettivi che si pone l’osservazione in O.B.I., vi sono:

- il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle cure erogate ai pazienti;
- la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del P.S.;
- la maggiore appropriatezza dell’ammissione dei pazienti in ospedale;
- il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sulla efficienza e l’efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.

## 1.4 Funzioni

L'attività di O.B.I. è fondamentale nei Presidi Ospedalieri sede di P.S. in quanto consente lo svolgimento adeguato della funzione di filtro per i ricoveri e garantisce le dimissioni in sicurezza di molti pazienti anche relativamente complessi, indirizzandoli verso percorsi di cura e *setting* assistenziali extra-ospedalieri.

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

1. osservazione clinica;
2. terapia a breve termine di patologie a complessità moderata;
3. possibilità di approfondimento diagnostico terapeutico.

*“Le conseguenze attese sono rappresentate dal miglioramento dell’appropriatezza dei ricoveri e da una maggiore sicurezza nelle dimissioni da P.S.”* (cfr. *Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva – OBI Ministero della Salute*).

È bene precisare che l'O.B.I., per quanto in premessa, non deve essere considerato come il luogo dove cercare soluzioni ai limiti organizzativi del “Sistema ospedale”.

L'O.B.I. a causa del fenomeno del “*Boarding*” si sta trasformando sempre più spesso in un luogo di sosta prolungata di pazienti in attesa di ricovero.

Dal punto di vista organizzativo l'O.B.I. è una unità funzionale sotto la diretta responsabilità della Unità Operativa della Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza.

---

## 2. PRESIDI OSPEDALIERI IN CUI ATTIVARE I SERVIZI DI OBI

---

L'area di O.B.I., ai sensi del DM 70/2015, è prevista nei Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri sede di DEA di I e di II livello e nei presidi ospedalieri con Pronto Soccorso di base, ad esclusione dei Punti di Primo Intervento (P.P.I.).

Nei P.S. al di sotto dei 20.000 accessi/anno possono essere presenti posti per lo studio diagnostico terapeutico di patologie che si prevedono risolvibili al di sotto delle 6 ore.

---

## 3. REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI

---

L'area di O.B.I. è attivata in locali dedicati, collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del P.S. Gli spazi dedicati all'O.B.I. sono organizzati in strutture *open-space* e/o a box singoli, opportunamente attrezzati per garantire la tutela della *privacy* ed il comfort dei pazienti. Le strutture ospedaliere sedi di P.S. Pediatrico che effettuano l'attività di accettazione in emergenza-urgenza e dimissione autonoma, riservano all'O.B.I. aree strettamente collegate ai P.S. In assenza del P.S. Pediatrico, la gestione dell'O.B.I. è garantita dalla U.O. di Pediatria, ove presente, le postazioni destinate a tale funzione sono differenziate dai posti letto (P.L.) di degenza ordinaria, lo spazio architettonico deve tener conto della presenza di un accompagnatore accanto al bambino. L'Osservazione Ostetrico-Ginecologica, in assenza di un P.S. dedicato, è espletata presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia in postazioni distinte dai P.L. della degenza ordinaria.

### 3.1 Dotazione di postazioni O.B.I.

*“Si definisce postazione l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della privacy e del comfort”. (cfr. “Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva”).*

*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.*

*È necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente”.*

### 3.2 Dotazione di personale

La dotazione di personale dedicato all'O.B.I. è stabilita in funzione del numero di postazioni designate alla funzione.



L'eventuale incremento dello standard di personale riconducibile all'O.B.I. e alla gestione del *Boarding*, rispetto a quello di cui alle Linee Guida Ministeriali (ed indicato nella tabella sottostante) deve necessariamente ed esclusivamente essere previsto in relazione alle effettive necessità organizzative interne e coerentemente con le previsioni di cui ai piani triennali del fabbisogno di personale di ciascuna A.S.L, al fine di garantire il rispetto della compatibilità economico-finanziaria, ovvero dei vincoli in materia di tetti di spesa.

*“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'O.B.I.).*

*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'O.B.I.).*

*Il personale dell'O.B.I. 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'O.B.I. pediatrica la dotazione di personale dedicato deve essere afferente all'U.O. di Pediatria.*

*Se per dimensione l'O.B.I. 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”. (cfr. pag. 7-8 “Linee di indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva- OBI”)*

Nell'area di Osservazione specialistica Ostetrico-Ginecologica il personale medico ed ostetrico sarà modulato in base alla dotazione di P.L. e al numero di accessi.

**Tabella 1: Dotazione Organica Minima O.B.I.**

<b>DOTAZIONE ORGANICA MINIMA O.B.I.</b>			
<b>FIGURE PROFESSIONALI</b>	<b>FINO A 4 POSTAZIONI</b>	<b>DA 5 A 8 POSTAZIONI</b>	<b>DA 9 A 15 POSTAZIONI</b>
<b>MEDICO</b>	<b>1 UNITÀ (in condivisione con PS)</b>	<b>60 min/die per postazione</b>	<b>60 min/die per postazione</b>

<i>INFERMIERE</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
<i>OSS</i>	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

### 3.3 Dotazione tecnologica

La dotazione tecnologica necessaria per garantire gli standard di sicurezza in O.B.I. tiene conto dei quadri clinici dei pazienti e della loro potenziale evoluzione, quindi, ogni postazione deve disporre di:

- sistema di erogazione dell'ossigeno;
- sistema di aspirazione/vuoto;
- impianto di aria compressa;
- sistemi di monitoraggio emodinamico e respiratorio con telemetrie centralizzate collocate nell'area della postazione infermieristica.

Nelle aree O.B.I., sia per adulti che pediatrica, oltre alla dotazione standard di materiale sanitario, devono essere presenti le seguenti apparecchiature e dispositivi medici:

- carrello per l'emergenza,
- set per intubazione/RCP;
- carrello per medicazioni;
- carrello contenente dispositivi medico chirurgici per l'esecuzione di procedure clinico assistenziali;
- monitor defibrillatore/stimolatore;
- dispositivi per la somministrazione di ossigeno (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, sistema respiratorio manuale per ventilazione assistita o controllata "va e vieni", pallone auto espandibile (AMBU);
- monitor multiparametrici in numero adeguato;
- sfigmomanometro;
- otoscopio;
- glucometri;
- termometri elettronici dotati di protezioni monouso;
- elettrocardiografo;

- pompe infusionali in numero adeguato alle postazioni attivate.

Devono, inoltre, essere disponibili in condivisione con il P.S. le seguenti apparecchiature:

- ecografo pluridisciplinare (*ecofast*);
- emogasanalizzatore;
- *Point Of Care Testing* (POCT).

Nell'O.B.I. Pediatrica è necessaria la dotazione di dispositivi e apparecchiature adeguati alle diverse fasce di età.

Nell'Osservazione Ostetrico-Ginecologica la dotazione tecnologica deve prevedere anche un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale e un apparecchio di cardiocografia fetale.

---

## 4. MODALITÀ ORGANIZZATIVE

---

### 4.1 *Iter di Pronto Soccorso*

Il Pronto Soccorso garantisce la presa in carico globale della persona attraverso l'ottimizzazione del processo di cura. L'iter inizia con l'accoglienza in *Triage*, quindi, segue un percorso che dalla valutazione clinica passa ai successivi accertamenti diagnostici fino a giungere alla decisione assunta dal medico che può indirizzarsi verso:

- l'ammissione in O.B.I.;
- il ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera;
- il trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti;
- invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.

Sono stati fissati criteri standard per stabilire i tempi per il percorso dei pazienti in P.S., la permanenza raccomandata, stabilisce un periodo non superiore alle 8 ore dalla presa in carico al *Triage*, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse. (cfr. "Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero").

Nella Tabella n. 2 "Iter di Pronto Soccorso", sono definite le funzioni di *Triage*, di P.S., di O.B.I., sono descritte: le attività svolte nelle singole aree; l'esito delle decisioni assunte dai medici; nonché i tempi massimi di permanenza e di conclusione delle prestazioni.

Tabella 2: Iter di Pronto Soccorso

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI	
<b>TRIAGE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assegnazione della priorità</li> <li>2. Assegnazione ad uno specifico percorso</li> <li>3. Rivalutazione nell'attesa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Invio diretto in sala d'emergenza</li> <li>2. Assegnazione ad un ambulatorio</li> <li>3. Avvio di un <i>fast track</i></li> <li>4. Prestazione diretta (<i>See and treat</i>)</li> </ol>		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: <b>8 ore</b>	
<b>PRONTO SOCCORSO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita</li> <li>2. Accertamenti diagnostici</li> <li>3. Consulenze</li> <li>4. Terapie</li> <li>5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato</li> </ol>	Dimissione	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Affido al medico di MMG/PLS</li> <li>2. Assistenza territoriale</li> <li>3. Struttura Residenziale</li> <li>4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)</li> </ol>		
		Ricovero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unità di degenza</li> <li>2. Trasferimento ad altra struttura per acuti</li> </ol>		
		Invio in O.B.I.			
<b>OBI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visita</li> <li>2. Accertamenti diagnostici</li> <li>3. Consulenze</li> <li>4. Monitoraggio clinico e strumentale</li> <li>5. Terapie</li> </ol>	Dimissione	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Affido al medico di MMG/PLS</li> <li>2. Assistenza territoriale</li> <li>3. Struttura Residenziale</li> <li>4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)</li> </ol>		Minimo <b>6 ore</b> dall'ingresso in OBI  Massimo <b>44 ore</b> dall'inizio della presa in carico al triage
		Ricovero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unità di degenza</li> <li>2. Trasferimento ad altra struttura per acuti</li> </ol>		

#### 4.2 Il percorso clinico assistenziale del paziente in O.B.I.

Il percorso clinico assistenziale è avviato dal medico di P.S., ed è rivolto a persone che presentano quadri clinici di ammissibilità in O.B.I., per i quali è possibile un rapido inquadramento clinico con l'ausilio delle metodiche diagnostiche strumentali/laboratoristiche disponibili o pazienti affetti da patologie acute a rapida stabilizzazione clinica e bassa/moderata complessità terapeutica ed assistenziale.

Le attività svolte in O.B.I. devono essere regolamentate da protocolli operativi formalizzati e procedure, sia interne che concordate con le Unità Operative di riferimento.

Le prerogative di accesso ai servizi diagnostici ed alle consulenze specialistiche per i pazienti seguiti in O.B.I. devono essere le stesse del P.S.

L'osservazione in O.B.I. si pone l'obiettivo di assicurare alle persone che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo una prima valutazione in Pronto Soccorso, di poter proseguire il percorso clinico assistenziale e giungere ad una corretta diagnosi.

Il periodo di permanenza in O.B.I., secondo gli standard fissati nelle linee di indirizzo nazionali, di norma non deve avere una durata inferiore alle 6 ore dall'ingresso in O.B.I. e non può superare le 44 ore totali dalla presa in carico al *Triage*, entro tale periodo devono essere completate tutte le necessarie fasi diagnostiche e di trattamento.

A seguito dell'osservazione in O.B.I. i pazienti possono essere:

- ricoverati presso le strutture ospedaliere;
- dimessi con affidamento al medico del ruolo unico a ciclo di scelta o del Pediatra;
- dimissioni protette attraverso l'attivazione della COT o prescrizione di visite specialistiche/*follow up*.

L'attività di O.B.I. può essere svolta in strutture al di fuori del P.S., nelle U.O. di Pediatria, di Ostetricia e Ginecologia o di Geriatria, in tali casi le attività devono essere formalizzate da protocolli e procedure Aziendali, ove sono precisate le rispettive responsabilità.

L'O.B.I. Pediatrica è collocata in un'area dedicata del P.S. Pediatrico o all'interno della U.O. di Pediatria, accoglie bambini e adolescenti da 0 a 16 anni che necessitano di osservazione clinica e strumentale e di terapia di breve durata (in genere non superiore alle 44 ore).

L'Osservazione Geriatrica può essere attivata nei D.E.A. dove si registra un numero elevato di accessi di pazienti anziani affetti da comorbilità, il *setting* più appropriato è l'U.O. di Geriatria.

Al fine di garantire soluzioni organizzative per la gestione coordinata dei posti letto e governare il fenomeno del "*boarding*" è istituita in ogni A.S.L. la funzione di *Bed Management*.

Il *Bed Manager* ha la responsabilità di monitorare e/o aggiornare costantemente i Posti letto sulla piattaforma informatizzata del Portale Sanità della Regione riservata agli utenti profilati tramite il link: [https://sanita.regione.abruzzo.it/posti\\_letto](https://sanita.regione.abruzzo.it/posti_letto).

Il Dipartimento Sanità per il tramite del Servizio Programmazione Socio Sanitaria - Area Ospedaliera ne monitora l'aggiornamento. (cfr. "*Linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso Regione Abruzzo*" D.G.R. n. 369 dell'11.7.2022).

### 4.3 Quadri clinici indicati per l'ammissione in O.B.I. di pazienti adulti

L'O.B.I., è definita area ad elevata intensità diagnostica e clinica, il percorso clinico assistenziale consente una migliore stratificazione del rischio per tutte le condizioni sindromiche stabili ma ad elevata potenzialità evolutiva e per le condizioni ad elevata criticità ma a basso rischio evolutivo, anche grazie all'ausilio degli strumenti diagnostici offerti dalle innovazioni tecnologiche.

La possibilità di verificare e monitorare l'efficacia dei trattamenti nel breve periodo (6 - 44 ore) consente di gestire il problema clinico acuto in un *setting* assistenziale alternativo al ricovero.

L'alta "*intensità*" dell'assistenza è riferita al notevole impegno del personale medico ed infermieristico per lo svolgimento di un iter diagnostico e terapeutico che prevede l'esecuzione di accertamenti diagnostici, monitoraggio clinico e trattamento terapeutico nel più breve tempo possibile e con il necessario livello di sicurezza per la dimissione del paziente al domicilio o per l'eventuale ricovero nel reparto più appropriato. Ogni P. S. sede di O.B.I. definisce al proprio interno specifici protocolli operativi relativi alla gestione dei quadri clinici.

Le condizioni cliniche che per le quali vi è indicazione all'ammissione in O.B.I. sono dettagliatamente descritte nella seguente Tabella 3.

Tabella 3: Quadri clinici indicati per ammissione dei pazienti adulti in O.B.I.

QUADRO CLINICO	CODIFICA ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE
<b>DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA (1)</b>	<b>78650</b>	Monitoraggio clinico-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).	
		Monitoraggio ecografico		Pazienti con dolore toracico a basso rischio o da uso recente di cocaina.
		Esecuzione prelievi ematici seriati		Presenza dei criteri per ricovero urgente.
		Approfondimento diagnostico-strumentale		
<b>DOLORE ADDOMINALE ACUTO (2)</b>	<b>789.0</b>	Monitoraggio clinico-strumentale	Pazienti con dolore addominale di recente insorgenza, non traumatico, di natura indeterminata, clinicamente stabili, che non necessitano di intervento chirurgico urgente	Condizioni cliniche instabili
		Esecuzione prelievi ematici seriati		Presenza dei criteri per ricovero urgente
		Monitoraggio ecografico		
<b>SINCOPE (3)</b>	<b>7802</b>	Monitoraggio clinico-strumentale	Pazienti con sincope di natura indeterminata ad alto rischio secondo <i>EGYS score</i> o a rischio	Condizioni cliniche instabili

**OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)**

		Monitoraggio ecografico	intermedio-elevato secondo <i>Oesil score</i> .	Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.
		Approfondimento diagnostico-strumentale		
<b>TRAUMA CRANICO MINORE (4)</b>	<b>850.0</b>	Monitoraggio clinico	Pazienti con trauma cranico minore (GCS 15-14) che non hanno la possibilità di essere assistiti a domicilio o che sono in terapia anticoagulante o in doppia anti aggregazione o ad alto rischio	Condizioni cliniche instabili e/o GCS 13 o < 13
		Monitoraggio GCS e diametro pupillare		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
		Approfondimento diagnostico-strumentale		
<b>ASMA ACUTO (5)</b>	<b>493.92</b>	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali	Pazienti stabili che non hanno risposto in modo completo al trattamento con bronco dilatatori ( $\geq 3$ areosol) in Pronto Soccorso, in assenza dei criteri di ricovero	Condizioni cliniche instabili
		Monitoraggio clinico-strumentale		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
		Approfondimento diagnostico-strumentale		
<b>DISIDRATAZIONE (6)</b>	<b>27651</b>	Monitoraggio clinico	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione moderata-severa, senza significative alterazioni elettrolitiche e senza turbe della deglutizione	Condizioni cliniche instabili
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
		Terapia infusionale		
<b>DIARREA (7)</b>	<b>78791</b>	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito	
		Monitoraggio clinico		Condizioni cliniche instabili
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Presenza di dolore addominali intenso, febbre e immunodepressione
		Controllo farmacologico dei sintomi		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero

				urgente
		Terapia con fluidi		
<b>ARITMIE SOPRAVENTRICOLARI (8,9)</b>  <b>ARITMIE SOPRAVENTRICOLARI (8,9)</b>	<b>4270 TPSV</b>	Monitoraggio clinico e strumentale	Pazienti con TPVS, flutter o fibrillazione atriale di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica o farmacologica. Pazienti con flutter o fibrillazione atriale ad elevata risposta ventricolare e necessità di ridurre la frequenza cardiaca	Condizioni cliniche instabili
	<b>42731</b>	Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Presenza di scompenso cardiaco e SCA
	<b>42789</b> Altre aritmie cardiache	Cardioversione elettrica o farmacologica		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
<b>INTOSSICAZIONI (10)</b>	<b>960-979</b>	Monitoraggio clinico e strumentale	Pazienti con parametri vitali stabili, giunti per intossicazione accidentale di sostanze con latenza di effetti $\leq 24$ ore o con clearance completa del farmaco $\leq 30$ ore o con risposta efficace e completa all'antidoto aspecifico e/o specifico	Condizioni cliniche instabili
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
		Terapia generale e specifica		
<b>SCOMPENSO CARDIACO (11,12,13)</b>	<b>4280</b>	Monitoraggio clinico-strumentale	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio (Classe NYHA I II)	Primo episodio
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Condizioni cliniche instabili
		Terapia farmacologica		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
				Classe NYHA I II
<b>GESTIONE DEL DOLORE (14,15)</b>	<b>3380</b> sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico	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'analgia continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili
		Controllo farmacologico dei sintomi		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
		Analgia loco-regionale		
			Pazienti con sindrome	Presenza di lesioni cerebrali



<b>SINDROME VERTIGINOSA (16)</b>	<b>7804</b>	Monitoraggio clinico	vertiginosa con permanere dei sintomi che impediscono al paziente di essere dimesso e/o necessità di approfondire il quadro clinico	o insufficienza vertebro-basilare
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Condizioni cliniche instabili
		Controllo farmacologico dei sintomi		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
<b>ATTACCO ISCHEMICO O TRANSITORIO (17)</b>	<b>4359</b>	Monitoraggio clinico-strumentale	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 ABCD <sup>2</sup> score >4	
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Condizioni cliniche instabili
		Terapia farmacologica		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
<b>REAZIONI ALLERGICHE (18)</b>	<b>995.2</b>	Monitoraggio clinico-strumentale	Pazienti con reazioni allergiche cutanee che non sono regredite in Pronto Soccorso dopo opportuna terapia e che necessitano la prosecuzione del trattamento	Pazienti con reazione accompagnata da un interessamento delle alte o basse vie aeree e/o con parametri vitali instabili
		Controllo farmacologico dei sintomi		
<b>CRISI CONVULSIVA (19)</b>	<b>78039</b>	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali	Pazienti con anamnesi di crisi convulsiva con stato post critico prolungato ed accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcol o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio
		Monitoraggio clinico-strumentale		Condizioni cliniche instabili
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente
		Terapia farmacologica		
<b>CEFALEA (20)</b>	<b>7840</b>	Monitoraggio clinico	Pazienti in cui sono state escluse in prima istanza mediante TC cause secondarie di cefalea e in cui o no si è visto miglioramento del dolore o persiste vomito.	Condizioni cliniche instabili
		Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico Controllo farmacologico dei sintomi		Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente

#### **4.4 Criteri di non ammissione in O.B.I. per adulti**

Non costituiscono criteri di ammissione in O.B.I. le condizioni:

- di instabilità dei parametri vitali;
- di rischio infettivo, o in presenza di patologie infettive contagiose conclamate;
- di ricoveri in urgenza;
- di pazienti con quadri clinici gravi (es. pazienti emodinamicamente instabili);
- di pazienti che manifestano comportamenti autolesivi accompagnanti da ideazioni suicidarie o in agitazione psicomotoria con comportamenti eterolesivi.

L'O.B.I. non deve essere utilizzata nella gestione:

- dei ricoveri programmati;
- di attività eseguibili in regime ambulatoriale o di *day hospital*;
- di carenza di posti letto per i pazienti in attesa del ricovero;
- di pazienti già destinati alla dimissione da P.S.

#### **4.5 Dimissione dall'O.B.I.**

La dimissione del paziente compete al medico in servizio presso l'O.B.I., o, nelle ore notturne, al medico del P.S., nel caso di O.B.I. istituite presso le Unità Operative, la responsabilità della dimissione spetta al medico della struttura a cui afferisce l'osservazione specialistica.

Il medico, terminato l'iter diagnostico, descrive sulla documentazione le conclusioni cliniche, le prestazioni effettuate, prescrive la terapia domiciliare, redige il certificato medico se richiesto e propone al paziente gli approfondimenti diagnostici specifici per la patologia in questione e rinvia il paziente al MMG.

L'infermiere coadiuva la fase di dimissione promuovendo interventi educativi e di *selfcare*, agendo nei confronti di adulti e anziani, rivolge particolare attenzione verso i pazienti "*fragili*" per i quali coinvolge attivamente il *caregiver*.

L'attivazione della "dimissione protetta" è pianificata con il supporto della COT al fine di garantire la continuità di assistenza e di cura.

La dimissione è comunicata alla COT e il paziente è affidato all'infermiere *case manager*, che cura insieme alla COT la transizione dal *setting* ospedaliero a quello territoriale.

La creazione di una "Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) ospedaliera" può rappresentare un utile mezzo per dimettere in tempi brevi i pazienti dall'O.B.I., e indirizzarli al percorso clinico territoriale più appropriato.

Nei casi indicati e in via sperimentale potranno essere attivate le Unità di Continuità Assistenziale (U.C.A.) su richiesta dei medici di P.S./O.B.I. e ospedalieri, per pazienti che necessitino di una

continuità domiciliare delle cure, nel periodo che intercorre tra la dimissione e una corretta pianificazione delle cure da parte del MMG/PLS.

L'U.C.A. si potrà attivare tramite la COT o mediante il numero unico messo a disposizione dalle AA.SS.LL.

Il D.M. 77/2022 recepito dalla D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 recante “*Approvazione del Piano dell'Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo*”, finalizzato all'accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del PNRR, ha previsto l'istituzione delle UU.CC.AA.

La Regione Abruzzo, a seguito dell'approvazione del citato Piano, ha approvato, con la D.G.R. n. 244 del 27/04/2023, “Le linee di indirizzo delle Unità di Continuità Assistenziale”.

#### **4.6 Documentazione Sanitaria**

La permanenza in O.B.I. deve essere documentata in adeguata scheda contenente il diario clinico, le indagini, le terapie eseguite, la diagnosi e l'esito.

La cartella infermieristica è utilizzata secondo modalità declinate a livello aziendale ed è integrata alla scheda clinica di Pronto Soccorso nella sessione specificamente dedicata all'O.B.I.

---

## **5. OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA PEDIATRICA (O.B.I.P.) (PDTA PAZIENTE PEDIATRICO IN PRONTO SOCCORSO”, D.G.R. 480 DEL 5 AGOSTO 2020)**

---

### **5.1 Iter di Pronto Soccorso Pediatrico**

Il percorso del bambino e adolescente in ospedale deve assicurare le migliori cure nel rispetto della “*Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale*” redatta nel 2008 dalla Società Italiana di Pediatria 2008 e che richiama i contenuti della “*Carta della European Association for Children in Hospital*” del 1988 e della “*Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*”, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la Legge n. 176, rappresenta lo strumento normativo internazionale più importante e completo in materia di promozione e tutela dei diritti dell'infanzia. La Carta cita:

- *“il diritto ai bambini e agli adolescenti ad avere sempre la migliore qualità delle cure...”*
- *il diritto di avere accanto a loro in ogni momento (giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari...), senza alcuna limitazione di tempo o di orario”;*
- *il diritto di essere ricoverati in reparti idonei, di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche proprie e della propria famiglia”.*

Le organizzazioni sanitarie adeguano i percorsi pediatrici nei Pronto Soccorso tenendo conto delle peculiari esigenze di accoglienza e cura del bambino e dell'adolescente di età compresa tra 0 e 16 anni, nel rispetto dei principi dettati dalla *“Carta dei Diritti del Bambino e dell'adolescente in Ospedale”*.

Il Triage pediatrico tiene conto della specificità dei parametri/segni/sintomi in base alle fasi di accrescimento.

- Neonato: fino a 1 mese (4 settimane di vita).
- Lattante: soggetti da 1 a 12 mesi.
- Bambino: soggetti tra un anno e la pubertà:
  - età prescolare (1-5 anni);
  - età scolare (> 5 anni).
- Adolescente: soggetti dopo la pubertà. Si riconoscono segni quali la comparsa dei peli ascellari nel bambino e lo sviluppo del seno nella bambina.

La valutazione delle condizioni cliniche del bambino/adolescente è complessa perché vi sono differenze anatomiche e patologie specifiche a seconda della fase evolutiva.

Identiche patologie possono manifestarsi in modi diversi in rapporto all'età del bambino.

Il deterioramento delle funzioni vitali può essere rapido e senza segni premonitori, altrettanto rapida può essere la risposta ad un adeguato trattamento.

Il Triage pediatrico deve essere effettuato da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia.

L'iter clinico assistenziale prevede la visita medica e gli accertamenti diagnostici fino a giungere alla definizione dell'esito che può determinare:

- l'ammissione in Osservazione Breve Intensiva Pediatrica (O.B.I.P.);

- il ricovero presso una U.O. di Pediatria o presso la U.O.C. di Chirurgia Pediatrica del P.O. di Pescara;
- il trasferimento presso altra struttura per acuti o post acuti con l'attivazione della relativa procedura;
- l'invio al domicilio con affidamento alle strutture territoriali prevedendo, se necessario, il *follow up* presso strutture ambulatoriali.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei piccoli pazienti che accedono al P.S. O.B.I.P. si raccomanda un tempo non superiore alle 8 ore dall'arrivo in P. S., anche nel caso di presentazioni cliniche complesse.

## **5.2 Osservazione breve intensiva Pediatrica (O.B.I.P.)**

Una delle condizioni necessarie per garantire una corretta gestione delle emergenze-urgenze pediatriche è rappresentata dall'O.B.I.P., quale modalità assistenziale da privilegiare per inquadrare e trattare tempestivamente una criticità, per dirimere un dubbio diagnostico, per trattare in breve tempo una patologia nota risolvibile in poco tempo.

## **5.3 Obiettivi e caratteristiche dell'O.B.I.P.**

Le attività di O.B.I.P. perseguono le seguenti finalità:

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

La peculiarità delle attività di O.B.I.P., pertanto, è quella di assicurare al bambino e all'adolescente un iter diagnostico-terapeutico erogato in tempi brevi in situazione di comfort:

- garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa équipe di cura dall'arrivo nel P.S. Pediatrico fino alla dimissione o al ricovero nel reparto di degenza;
- mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato;
- con possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore e in tempi rapidi.
-

#### **5.4 Criteri di ammissione in O.B.I.P.**

Come indicazioni generali, l'attivazione dell'O.B.I.P. deve avvenire per i pazienti per i quali non sia stato possibile effettuare anche solo "un'ipotesi diagnostica" e si ritengono necessari ulteriori approfondimenti diagnostico-terapeutici o un periodo di osservazione al fine di giungere ad un corretto inquadramento clinico. Tale periodo di osservazione deve avere una durata non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 44 ore dall'ingresso in P.S., compreso il tempo di permanenza in P.S., al termine del quale il paziente dovrà essere dimesso o ricoverato. In particolare, sono ammessi in O.B.I.P.:

- pazienti per i quali è possibile un rapido inquadramento clinico con l'ausilio delle metodiche diagnostiche strumentali/laboratoristiche disponibili;
- pazienti con patologie acute passibili di rapida stabilizzazione clinica moderata complessità terapeutica ed assistenziale;
- le patologie suscettibili di trattamento in O.B.I.P. sono quelle indicate nel "*PDTA Paziente pediatrico in pronto soccorso*", (cfr. D.G.R. 480 del 5 agosto 2020).

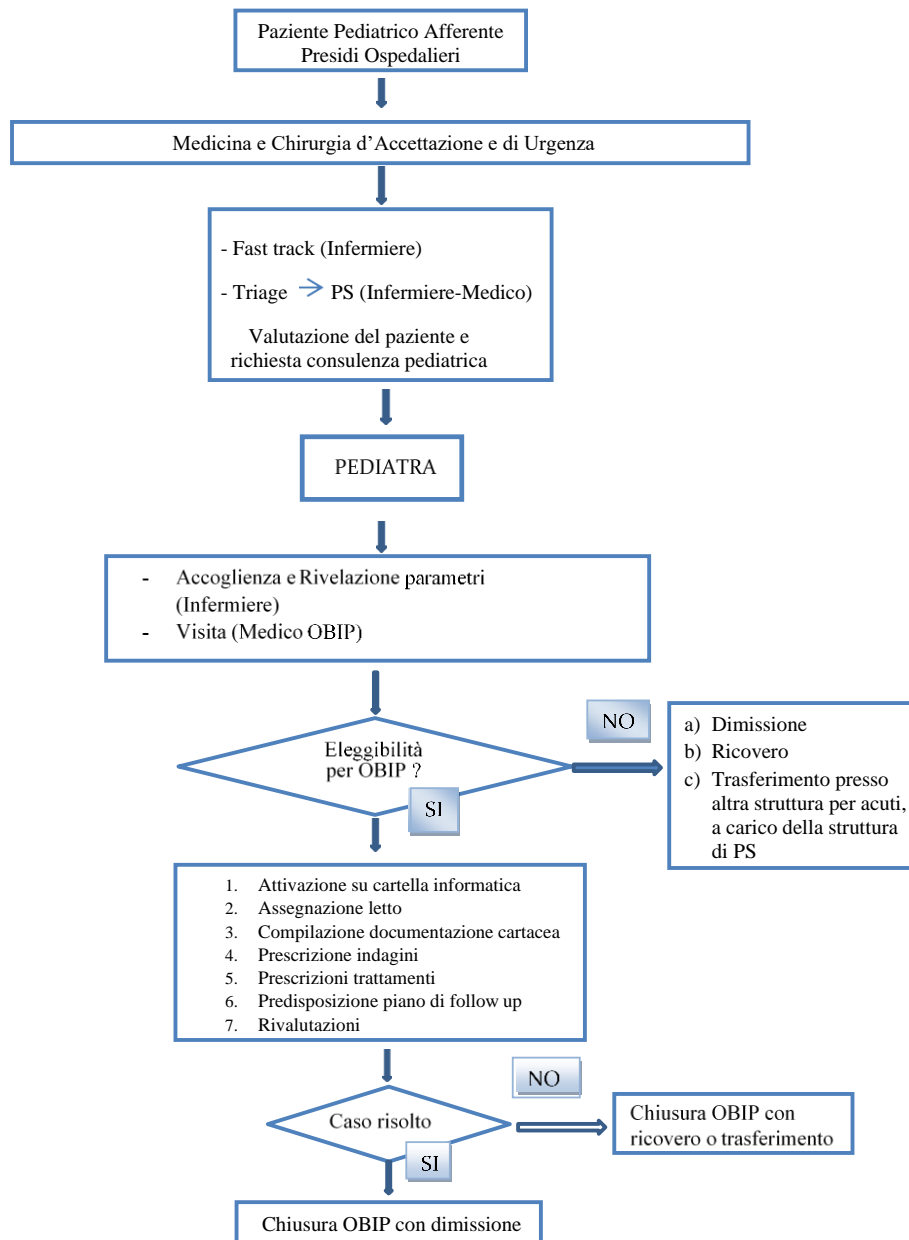
La decisione di destinare un bambino/adolescente in O.B.I.P. deve essere presa dal Pediatra, la responsabilità clinico-assistenziale sarà a carico dell'équipe medico-infermieristica dell'Unità Operativa di Pediatria.

#### **5.5 Criteri di non ammissione in O.B.I.P.**

Non si prevede l'ammissione in O.B.I.P. in caso di:

- condizioni cliniche gravi;
- pazienti con più patologie o con presenza di requisiti per un ricovero urgente;
- finalità di appoggi per ricoveri programmati;
- finalità di sostituire attività/prestazioni erogabili in altri regimi (ambulatorio, D.H., D.S.);
- finalità di isolamento per patologie infettive contagiose;
- agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri.

Figura 2: Percorso del paziente pediatrico destinato all'O.B.I.P.



## 5.6 Localizzazione dell'O.B.I.P.

La funzione di O.B.I.P., in assenza di un P.S. Pediatrico, è svolta presso l'U.O. di Pediatria, qualora questa effettui attività di accettazione in emergenza-urgenza e dimissione autonoma.

## 5.7 Dotazione di personale O.B.I.P.

Per l'O.B.I. pediatrica la dotazione di personale dedicato deve essere afferente all'U.O. di Pediatria, utilizzando personale del reparto e/o del Dipartimento Materno Infantile. La dotazione organica minima di O.B.I.P. è riassunta nella tabella sottostante.

Tabella 4: Dotazione organica minima O.B.I.P.

FIGURE PROFESSIONALI	FINO A 4 POSTAZIONI	DA 5 A 8 POSTAZIONI
MEDICO	1 UNITA' In condivisione	60 min/die per postazione
INFERMIERE	1 UNITA' In condivisione	1 UNITA' H 24
OSS	1 UNITA' Nelle 12 ore diurne In condivisione nelle ore notturne	1 UNITA' Nelle 12 ore diurne In condivisione nelle ore notturne

## 5.8 Dotazione tecnologica in O.B.I.P.

Ogni postazione di O.B.I.P. 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. Nell'O.B.I.P., oltre alla dotazione standard di materiale sanitario, sono disponibili le seguenti apparecchiature:

- carrello per l'emergenza con set per intubazione/RCP e dispositivi vari adeguati alle diverse fasce di età;
- monitor defibrillatore/stimolatore (dotato di elettrodi e piastre per età pediatrica e adolescenti);
- dispositivi per la somministrazione di ossigeno e ventilazione manuale (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, sistema respiratorio manuale per ventilazione assistita o controllata "va e vieni", pallone auto espandibile (AMBU);
- monitor multiparametrici disponibili per singola postazione;
- sfigmomanometro;
- otoscopio;
- glucometri;



- termometri elettronici dotati di protezioni monouso;
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali in numero adeguato per postazioni attivate
- ecografo in condivisione.

## **5.9 Integrazione dell'O.B.I.P. con altri servizi**

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

## **5.10 Dimissione dall'O.B.I.P.**

La dimissione del bambino e dell'adolescente è di competenza del medico in servizio presso l'O.B.I.P. In sua assenza o per specifiche esigenze organizzative del presidio ospedaliero, la dimissione può essere altresì di competenza del medico del P.S. Pediatrico. Nel caso di O.B.I.P. presso la U.O. di Pediatria, la responsabilità della dimissione è del Pediatra della U.O., il quale decide se procedere alla dimissione, al ricovero o al trasferimento in un'altra struttura.

In caso di dimissione il Pediatra provvede a:

- disporre il documento di sintesi del percorso clinico diagnostico terapeutico assistenziale eseguito;
- consigliare la terapia domiciliare;
- attivare il primo ciclo di cura e redigere le prescrizioni di farmaci non comprese nel primo ciclo;
- richiedere gli accertamenti specifici inerenti alla patologia in questione (CUP di II livello);
- fornire consigli e raccomandazioni al bambino/adolescente e al genitore/tutore circa i comportamenti da tenere dopo la dimissione;
- consegnare la documentazione.

In caso di trasferimento in altra struttura, il Pediatra provvede a contattare lo specialista dell'ospedale di destinazione, contatta la COT, programma il viaggio con mezzo idoneo al trasporto e individua il personale sanitario adeguato a garantire la sicurezza del bambino durante il trasferimento.

In caso di ricovero presso la stessa U.O. di Pediatria, il medico di O.B.I.P. provvede alla trasformazione dell'osservazione in ricovero e ai restanti adempimenti.

In caso di ricovero presso una U.O. diversa dalla Pediatria, il Pediatra di O.B.I.P. prende accordi telefonici con il collega in servizio presso la struttura di destinazione, informandolo sulle condizioni cliniche del bambino e sul motivo che ha determinato il ricovero.

Il medico di O.B.I.P. provvede alla verifica della completezza documentale e al relativo archivio.

### **5.11 Documentazione sanitaria e flussi infirmativi dell'O.B.I.P.**

La permanenza del paziente in O.B.I.P. è documentata dalla “Scheda di Osservazione Breve Intensiva Pediatrica” integrata con la cartella clinica di P.S., contiene il diario clinico, le indagini, le terapie eseguite, la diagnosi e l’esito del percorso.

Se l’O.B.I.P. è seguita dal ricovero, tutte le prestazioni erogate, analogamente a quanto avviene per le prestazioni di P.S., rientrano nelle prestazioni di ricovero.

### **5.12 Valorizzazione economica delle attività di O.B.I.P.**

La prestazione di O.B.I.P., anche quando si conclude con la dimissione del paziente, è esente da compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), in quanto trattasi di prestazione non differibile.

---

## **6. GESTIONE BOARDING**

---

### **6.1 Aree per la gestione del Boarding Admission Room e Discharge Room**

Il *boarding* consiste nella cura e assistenza di pazienti che permangono in P.S. in attesa di ricovero ospedaliero urgente, la gestione di tale attività svolta in P.S. è considerata inappropriata. L’assistenza dedicata a tale funzione, seppur necessaria, assorbe risorse e interferisce con lo svolgimento delle attività prioritarie dei PP.SS., quali il trattamento e la stabilizzazione dei pazienti in condizioni di emergenza urgenza. Il *boarding* ha conseguenze negative sull’efficacia e sull’efficienza degli ospedali, così come sul gradimento da parte dei pazienti e dei congiunti; l’eliminazione del fenomeno deve essere pertanto un obiettivo prioritario delle organizzazioni sanitarie ospedaliere.

Il tempo di attesa per il posto letto rappresenta una criticità per la maggior parte dei PP. SS., i PP.SS., pur se progettati per fornire cure tempestive in emergenza urgenza, si trovano quindi a dover assistere per svariate ore/giorni i pazienti in attesa di posto letto, tale situazione è definita dalla letteratura anglosassone di “**access block**”.

Le Direzioni Sanitarie Aziendali individuano all'interno dei Dipartimenti di Emergenza - Urgenza settori dove allocare le “**Admission Room**”, aree destinate alla gestione di pazienti che, terminato il percorso di emergenza in P.S., sono in attesa di essere ricoverati.

Oltre alla “**Admission Room**” si indica l'istituzione anche dell'area definita “**Discharge Room**”, che accoglie i pazienti in dimissione dalle aree di degenza ordinaria e che sono in attesa di essere trasportati al loro domicilio oppure a una struttura del territorio. L'allocazione nell'area **Discharge Room** dei pazienti dimessi consente di liberare tempestivamente posti letto necessari a nuovi ricoveri. Queste due funzioni sono complementari e costituiscono un fondamentale snodo per l'organizzazione funzionale dei PP. SS. ed ottimizzare il flusso dei ricoveri e delle dimissioni.

## **6.2 Criteri di esclusione dei pazienti da accogliere nell'area ricoveri (Admission Room)**

È escluso l'accesso nella “**Admission Room**” a:

- pazienti che non hanno ancora terminato l'iter diagnostico in P.S. o in O.B.I. per i quali non è stato ancora deciso il ricovero;
- paziente critico con parametri vitali instabili che deve trovare rapida collocazione nelle aree ad alta intensità di cura;
- paziente con sospetto di malattia infettiva contagiosa.

Contestualmente a questi criteri, si sottolinea che il medico responsabile dell'area **Admission Room** è in possesso di un mandato di ricovero inappellabile che potrebbe superare l'appropriatezza di collocazione.

---

## 7. RISCHIO CLINICO

---

### 7.1 Sicurezza delle Cure

Un'organizzazione sanitaria persegue come obiettivo primario la tutela della salute dei cittadini e di conseguenza la sicurezza e la qualità delle cure.

Ricevere cure sicure è ciò che si attendono tutti i cittadini quando si rivolgono ad una struttura sanitaria, garantirle è il principio alla base dell'etica dei professionisti della salute.

L'O.B.I., che rappresenta una articolazione organizzativa del Pronto Soccorso, è parte integrante del “*sistema complesso ospedale*”, le attività in essa svolte sono a potenziale rischio di eventi avversi; al suo interno interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici determinati dalla pluralità delle prestazioni sanitarie.

Il rischio che all'interno dell'O.B.I. si verifichino eventi clinici avversi è favorito dal fenomeno del *boarding* e dal conseguente sovraffollamento, condizioni che influiscono negativamente sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità delle cure, mettendo in crisi le capacità operative del personale in servizio.

### 7.2 Gestione del Rischio clinico

Il “*Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.....*” (Ministero della Salute Commissione tecnica sul Rischio Clinico marzo 2004).

L'approccio alla gestione del rischio clinico richiede un fondamentale cambio di paradigma, in quanto l'errore deve essere considerato, purtroppo, come parte della fallibilità delle azioni umane, ma anche fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che lo hanno generato.

È altrettanto vero che non nuocere è alla base dell'etica che guida ogni giorno l'operato di medici, infermieri e tecnici.

Se non è possibile evitare gli errori è compito del *risk management* attivare idonee azioni di prevenzione e promozione della rimozione dei fattori contribuenti, l'obiettivo quindi è di eliminare dal sistema le condizioni che potenzialmente favoriscono l'insorgenza degli eventi avversi.

Il *Risk Management* promuove l'utilizzo di strumenti per la gestione del rischio, tra questi l'*Incident Reporting* identificato come un sistema che consente ai professionisti sanitari di segnalare in anonimato eventi avversi causati involontariamente, spesso provocati da criticità latenti, e che procurano un danno al paziente, o situazioni di rischio, il cosiddetto “*near miss*” o “evento evitato”, che ha la potenzialità concreta di provocare un evento avverso, che tuttavia non si verifica per effetto del caso fortuito, o perché intercettato dal personale sanitario, o perché impedito da barriere efficaci poste in essere dai processi organizzativi.

Il Ministero della Salute ha previsto, tra gli adempimenti a carico delle strutture Sanitarie l'obbligo di segnalazione dei casi all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, mediante la registrazione sulla piattaforma dedicata del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Il Ministero della Salute, a sostegno degli strumenti del *Risk Management*, ha emanato 19 raccomandazioni, ossia documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Con la Legge n. 24 del 8 marzo 2017 “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*” il nostro Paese dispone di un impianto normativo avanzato e coerente con gli standard internazionali in tema di Sicurezza dei pazienti.

Nelle strutture sanitarie devono essere adottati protocolli e procedure operative a garanzia dell'adeguatezza, dell'efficienza e dell'efficacia delle attività clinico assistenziali, che di seguito, a titolo esemplificativo, si elencano:

- comunicazione con il paziente per il coinvolgimento attivo nel processo di cura;
- prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- protocolli per la profilassi antibiotica;
- definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici e di percorsi informatizzati finalizzati all'integrazione con il territorio;
- valutazione della Qualità percepita dell'assistenza da parte del cittadino;
- integrazione dei sistemi dell'Emergenza Sanitario territoriale 118 e Pronto Soccorso e O.B.I. per la trasmissione di informazione a carattere sanitario e gestionale;
- gestione della documentazione sanitaria;
- sanificazione, disinfezione e sterilizzazione
- applicazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute.

Implementazione delle conoscenze e aggiornamento sulle tematiche relative a:

- *Evidence Based Medicine (EBM), Health Technology Assesment (HTA) ed Evidence Based Nursing (EBN)*;
- comunicazione, Informazione e partecipazione del cittadino, anche attraverso l'analisi di *customer satisfaction*;
- valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche;
- analisi di processo e di esito dei percorsi clinico-assistenziali;
- misurazione delle performance cliniche;
- audit clinico, *Root Cause Analysis, Safety Walk Round, gestione degli eventi sentinella*;
- *L. n. 24 del 8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*;
- disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o altri strumenti di comunicazione.

---

## **8. UMANIZZAZIONE DELLE CURE**

---

Per "accoglienza e umanizzazione" si intende la presa in carico globale della persona e la corretta informazione ai suoi familiari nel momento dell'arrivo al Pronto Soccorso e nelle fasi che precedono e seguono il triage. Le ulteriori fasi del percorso del paziente richiedono interventi di sostegno e comunicazione che rientrano nel complessivo orientamento verso l'umanizzazione del servizio di emergenza/urgenza.

È compito del SSR far sì che i luoghi di cura e gli interventi sanitari siano in grado di garantire l'attenzione per ogni singolo paziente attraverso un'informazione completa, una comunicazione empatica, il sollievo del dolore e della sofferenza.

La valutazione partecipata della qualità concorre al consolidamento di un modello che favorisce la "trasparenza" delle organizzazioni sanitarie che sono stimolate a "rendere conto" direttamente del proprio operato agli utenti.

Sulla base di questi orientamenti, un piano articolato per promuovere l'umanizzazione dei servizi deve prevedere e favorire:

- ✓ la promozione di una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, attraverso gli strumenti di comunicazione delle A.S.L. (carta dei servizi, siti web, bollettini periodici);
- ✓ la crescita della comunicazione tra professionisti e tra professionisti ed assistiti, adottando linee guida e corsi di formazione sulle modalità di trasferimento delle informazioni al paziente e di coinvolgimento nelle scelte;
- ✓ la diffusione della cultura dell'*empowerment* quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute e adottare stili di vita corretti;
- ✓ lo sviluppo di una forte attività di raccordo tra i servizi socio-sanitari e i contesti sociali e territoriali di appartenenza dei cittadini;
- ✓ lo sviluppo di metodologie con cui valutare il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha usufruito, nell'ottica di intervenire ad eliminare le criticità evidenziate.

---

## 9. FORMAZIONE

---

La formazione ha lo scopo di fornire al personale che opera nell'ambito dell'emergenza-urgenza, le "*clinical competence*" idonee alla gestione dei pazienti in età adulta o pediatrica, quindi, un personale sanitario duttile ed in grado di affrontare le diverse condizioni cliniche.

Una parentesi riguarda la formazione degli operatori socio sanitari (O.S.S.) che lavorano nei DEA, i quali, in virtù del supporto tecnico fornito in emergenza devono essere in grado di assistere gli infermieri e i medici/pediatrati negli interventi di primo soccorso (Profilo Professionale dell'operatore socio sanitario - Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 e sue modifiche). I corsi di base rivolti agli O.S.S., specifici per il sostegno delle funzioni vitali, sono BLS e PBL.

È opportuno, per mantenere elevati i livelli qualitativi di *performance*, che vi sia una rotazione periodica e costante dei professionisti tra l'area di P.S./DEA e O.B.I.

I Dipartimenti di Emergenza – Urgenza, pianificano annualmente eventi formativi accreditati ECM per assicurare l'acquisizione e il mantenimento (*re-training*) di competenze di base e avanzate per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza del DEA, l'obiettivo è di garantire una formazione permanente che consenta al personale di conservare un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti clinico-assistenziali, organizzativi e relazionali.

## **9.1 Formazione di base**

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in O.B.I., poiché ha lo scopo di fornire a medici, infermieri e personale di assistenza gli strumenti adatti per la gestione dei pazienti, in età adulta o pediatrica, nel *setting* di cura dell'O.B.I.

La formazione di base rivolta ai medici e agli infermieri che operano in O.B.I. prevede le seguenti certificazioni BLS, ALS, PALS, gestioni avanzate delle vie aeree dell'adulto e del bambino, corsi di Ecografia FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) rivolti ai medici.

In particolare, deve essere prevista una formazione specifica per identificare segni e sintomi, suggestivi di patologie gravi (es. dolore toracico, sincope, aritmie, scompenso cardiaco classe NYHA I-II, principali patologie pediatriche), prodromici di un rapido deterioramento delle condizioni cliniche.

È inoltre richiesta la conoscenza dei documenti di indirizzo adottati dal Dipartimento DEA e dalle Direzioni Aziendali: linee guida, procedure e protocolli.

I progetti formativi devono privilegiare corsi residenziali teorico-pratici, formazione sul campo nell'area del DEA e pediatrica, certificati ECM.

## **9.2 Formazione continua**

La formazione continua in medicina include l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità utili alla pratica professionale competente ed esperta.

La formazione continua si avvale dello strumento dell'audit per verificare periodicamente le competenze e l'adesione alle nuove evidenze scientifiche e alla normativa vigente, nonché, alle indicazioni ministeriali su vari temi.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per garantire risposte adeguate ai bisogni di cura dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza di qualità e prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenza.



---

## 10. FLUSSO INFORMATIVO OBI

---

### 10.1 Finalità del flusso informativo EMUR

La legislazione nazionale, attraverso una serie di provvedimenti normativi ha progressivamente costruito un quadro di riferimento nell'assetto del Servizio Sanitario Nazionale, delineando al suo interno un preciso ruolo del sistema informativo relativo alle prestazioni sanitarie.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 22 luglio 2001 ha sancito *“l'Accordo quadro tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281”*.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con il Decreto del 17 dicembre 2008 ha istituito il *“Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”* (EMUR), pubblicato sulla G.U. n.9 del 13 gennaio 2009.

Il Decreto stabilisce che dal 1 gennaio 2012 il conferimento dei dati nelle modalità e nei contenuti stabiliti dal medesimo è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-regioni il 23 marzo 2005.

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

Esso costituisce lo strumento di *“governance” del Ministero della Salute*, per:

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

Il flusso EMUR, in estrema sintesi prevede che il Sistema informativo rilevi le informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza, da parte del Sistema 118 e degli ospedali con riferimento 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.

## ***10.2 Dati da rilevare per il flusso EMUR specifico per l'O.B.I.***

Nelle "Specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso" del gennaio 2020 (Vers. 9.1) e successivi rilasci sono evidenziati, conformemente alle linee di indirizzo nazionali O.B.I., i quadri clinici indicati per l'ammissione in O.B.I. di pazienti adulti e pediatrici. Il tracciato record deve contenere i seguenti campi:

- problema clinico principale - indica il problema clinico che ha motivato il ricovero in O.B.I. a tale scopo è previsto l'uso dei codici ICD-9-CM (cfr. Tabelle 3);
- data di ingresso in O.B.I. - indica la data in cui il paziente viene ammesso in O.B.I. (coincide con il termine della prestazione di P.S.);
- ora di ingresso in O.B.I. - indica l'ora in cui il paziente viene ammesso in O.B.I. (coincide con il termine della prestazione di P.S.);
- prestazioni erogate in O.B.I. - indica i codici delle cinque prestazioni erogate in O.B.I. 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 O.B.I.;
- diagnosi di uscita dall'O.B.I. – indica la diagnosi principale e le quattro secondarie assegnate alla dimissione dall'O.B.I. È previsto l'uso dei codici ICD-9-CM;
- data e ora di uscita dall'O.B.I. - 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 O.B.I.: 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 O.B.I., da rilevare attraverso il sistema informativo dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (flusso EMUR).

## 11. INDICATORI DI ATTIVITÀ DELL' O.B.I.

Al fine di assicurare le informazioni utili a descrivere l'attività dell'OBI si propone il seguente set di indicatori.

Tabella 4: Indicatori OBI

TIPOLOGIA DELL'INDICATORE	INDICATORE	RIFERIMENTO	CALCOLO	SOGLIA
DI PROCESSO	TEMPO PERMANENZA IN OBI	36 H DALL'INGRESSO IN PS	N° CASI CON PERMANENZA IN OBI >36 H / TOTALE ACCESSI IN OBI	≤5%
	PAZIENTI DIMESSI A DOMICILIO	N° PAZIENTI DIMESSI E N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI DIMESSI/ TOTALE ACCESSI OBI	>75%
	PAZIENTI RICOVERATI (compresi anche i trasferiti)	N° PAZIENTI RICOVERATI E N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI RICOVERATI/ TOTALE ACCESSI OBI	>25%
	TEMPO DI PERMANENZA DEI PAZIENTI IN OBI PRIMA DEL RICOVERO	N° DI ORE TRASCORSE IN OBI PRIMA DEL RICOVERO	N° DI ORE TOTALI IN OBI DI PAZIENTI RICOVERATI / TOTALE ACCESSI OBI	MEDIA REGIONALE
	PATOLOGIE IMPROPRIE (Indicatore subordinato all'entrata del software unico regionale del PS)	TABELLA PATOLOGIE CON CRITERI DI INCLUSIONE IN OBI E N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI FUORI TABELLA / TOTALE ACCESSI OBI	>5%
DI PERFORMANCE	PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS <24H	N° PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS <24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI CON LA STESSA PATOLOGIA	N° CASI CON RIENTRO IN PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI CON LA STESSA PATOLOGIA / TOTALE DIMESSI DA OBI	>5%
	TEMPO DEL PERCORSO DEL PAZIENTE, CON RICOVERO IN OBI, SUPERIORE A 36 ORE	ORE DEL PAZIENTE RICOVERATO IN OBI DAL TRIAGE ALLA DIMISSIONE	N° PAZIENTI IL CUI CORSO È SUPERIORE ALLE 36 ORE	MEDIA REGIONALE

Il gestionale unico di P.S. regionale produrrà gli indicatori di utilizzo e di performance - di immediato accesso per il Dipartimento Sanità e per le Aziende Sanitarie Locali - conformi a quelli stabiliti dalle linee di indirizzo nazionali O.B.I.

Gli indicatori sopra esposti, che verranno monitorati dall'Agazia Sanitaria Regionale Abruzzo, in condivisione con il Comitato Regionale Emergenza-Urgenza Abruzzo, potranno essere rimodulati o implementati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte che potranno esserci da parte dei professionisti coinvolti nel percorso stesso.

---

## **12. CONCLUSIONI**

---

Il presente documento di indirizzo dedicato all'organizzazione dell'Osservazione Breve Intensiva e Osservazione Breve Intensiva Pediatrica, è stato elaborato seguendo le indicazioni formulate dal Ministero della Salute nelle *“Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva*, recepite dalla Regione Abruzzo con la D.G.R. n. 17 del 13 gennaio 2020 e dalla D.G.R. n. 480 del 5 agosto 2020 recante *“DPCM 12 gennaio 2017 Livelli Essenziali di Assistenza - recepimento dell'Accordo Stato-Regioni n. 248/CSR del 21 dicembre 2017 e dell'Intesa Rep. atti n. 70/CU del 25 luglio 2019. Presa d'atto e approvazione del documento tecnico “PDTA paziente pediatrico in Pronto Soccorso”*. Il documento risponde all'esigenza di fornire istruzioni precise sulle modalità organizzative da adottare nelle strutture di O.B.I. e O.B.I.P., allo scopo di uniformare i protocolli e le procedure aziendali ed eliminare le situazioni che si discostano dagli standard nazionali e dalle buone pratiche.

---

## *Sitografia*

---

- [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.aniarti.it/](http://www.aniarti.it/)  
ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area critica
- <https://www.sigot.org>  
SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio

---

## *Elenco delle tabelle e figure*

---

Figura1: Analisi di processo delle condizioni che determinano il Boarding.....	6
Il modello di riferimento (Asplin et. altri 2003).....	6
Tabella 1: Dotazione Organica Minima O.B.I. ....	9
Tabella 2: Iter di Pronto Soccorso .....	12
Tabella 3: Quadri clinici indicati per ammissione dei pazienti adulti in O.B.I. ....	14
Figura 2: Percorso del paziente pediatrico destinato all'O.B.I.P.....	23
Tabella 4: Dotazione organica minima O.B.I.P. ....	24
Tabella 4: Indicatori OBI .....	35