

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA



Indice

Definizione di OBI	pag. 2
Funzioni organizzative	pag. 2
Criteri di ammissione e durata dell'osservazione	pag. 3
Durata e modalità di ricovero	pag. 3
Disponibilità di servizi	pag. 3
Personale	pag. 3
Locali e posti letto	pag. 4
Attrezzature e risorse tecnologiche	pag. 4
Condizioni cliniche appropriate per l'OBI	pag. 4
Criteri di esclusione	pag. 5
Chiusura dell'OBI	pag. 5
Documentazione clinica	pag. 6
Ticket dell'OBI	pag. 6
Monitoraggio appropriatezza	pag. 6
Diffusione e responsabilità	pag. 6
Bibliografia	pag.7
Allegato 1	pag. 8

❖ DEFINIZIONE DI O.B.I.

Per Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende quell'insieme di attività erogate a pazienti che accedono in Ospedale con carattere di emergenza - urgenza, affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, avente come finalità un rapido inquadramento diagnostico - terapeutico o l'identificazione sia dell'indicazione al ricovero che della dimissione.

L'OBI permette al medico di Pronto Soccorso di disporre di più tempo per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente, consente di disporre di più tempo per poter seguire le variazioni delle condizioni cliniche del paziente, per poter valutare gli effetti dei trattamenti e delle terapie erogate, per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione iniziale del paziente in Pronto Soccorso.

L'O.B.I. assicura **una maggiore appropriatezza** dell'ammissione del paziente in ospedale e delle dimissioni del paziente dal Pronto Soccorso e riveste, pertanto, un'importante funzione di **filtro ai ricoveri**.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. **spetta sempre al medico di Pronto Soccorso** che prende in carico il paziente dopo il suo accesso al servizio.

❖ FUNZIONI E ORGANIZZAZIONE DELL'O.B.I.

L'Unità di Osservazione Breve Intensiva è un'area dedicata ai pazienti che necessitano di osservazione clinica e strumentale e di terapia di breve durata, **quindi non superiore alle 36 ore**.

Le funzioni, che costituiscono gli obiettivi da raggiungere, sono classificabili secondo principi organizzativi o assistenziali.

Obiettivi

- Assicurare un'osservazione protratta nel tempo dei pazienti che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
- Valutare l'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali o dei trattamenti terapeutici erogati al paziente in Pronto Soccorso;
- Assicurare l'approfondimento diagnostico - terapeutico erogato in tempi brevi:
 - a) garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa équipe di cura nelle prime ore dell'arrivo in Pronto Soccorso
 - b) mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato (visite, dimissioni, trasferimenti);
 - c) con possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa e con tempi accelerati.
- Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza e delle cure in Pronto Soccorso.
- Migliorare la percezione dell'accoglienza da parte del paziente.
- Garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal Pronto Soccorso evitando i ricoveri inappropriati, che contribuiscono in misura consistente ad aumentare il tasso di occupazione dei presidi ospedalieri, a saturare la disponibilità di posti letto e, quindi, a aumentare i tempi di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.
- Garantire l'appropriatezza delle dimissioni dal Pronto Soccorso evitando le dimissioni improprie, spesso all'origine di esiti negativi per il paziente, qualora non sia ben definito il quadro clinico alle dimissioni, e/o ritorni al Pronto Soccorso;

I suddetti obiettivi si raggiungono assicurando:

- Una valutazione protratta ai pazienti a cui non è stato possibile formulare una corretta diagnosi dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
- Una valutazione longitudinale di patologie a bassa probabilità ed elevato rischio evolutivo (es. dolore toracico a bassa probabilità);
- Un'osservazione prolungata ed un approfondimento diagnostico per le patologie a probabilità

intermedia e rischio intermedio (es. dolore addominale, politrauma senza compromissione sistemica);

- Osservazione prolungata per patologie ad elevata probabilità e basso rischio (es. colica renale);
- Trattamento iniziale ospedaliero di patologie a basso rischio e rapida risoluzione (es. necessità di idratazione, trattamento del dolore acuto);
- **Non costituiscono funzioni dell'OBI la sosta e la gestione di pazienti già destinati a ricovero in attesa di posto letto o già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.**

❖ CRITERI DI AMMISSIONE E DURATA DELL'OSSERVAZIONE

Il paziente deve avere un unico problema da definire in termini di valutazione diagnostica e al contrario non devono essere ammessi pazienti con le seguenti caratteristiche:

- **Condizioni cliniche gravi con alterazione o rischio di alterazione dei parametri vitali.**
- **Molteplicità di problemi.**
- **Degenza probabilmente lunga o comunque superiore alle 36 ore.**
- **Presenza dei criteri per il ricovero.**

❖ DURATA E MODALITA' DI RICOVERO IN O.B.I.

La durata dell'O.B.I. deve essere inferiore alle 36 ore. Se l'osservazione eccede le 36 ore, è opportuno procedere al ricovero.

Il trasferimento informatico, tramite ADT, dei pazienti dal Pronto Soccorso in OBI, avverrà contestualmente all'invio del paziente in reparto, essendo vietato trasferire i pazienti tramite ADT in OBI e poi trattenerli in Pronto Soccorso, in quanto, tale pratica, oltre ad essere illegale, potrebbe determinare problemi di natura medico-legale a carico dei sanitari in servizio presso l'OBI.

In considerazione della particolare conformazione strutturale dell'OBI (open space con box singoli) non è consentito ricoverare pazienti in eccedenza dei 12 posti letto assegnati.

❖ DISPONIBILITÀ DI SERVIZI IN O.B.I.

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

- **Laboratorio:** deve fornire gli esami standard di Pronto Soccorso in urgenza (h24);
- **Radiologia:** deve fornire esami e risposte radiologiche in urgenza (h24);
- **Consulenze specialistiche:** devono essere disponibili per l'inquadramento diagnostico del paziente in urgenza (h24), analogamente a quanto avviene in Pronto Soccorso.

Al paziente in O.B.I. deve essere assicurata la somministrazione dei pasti.

❖ PERSONALE DEDICATO IN O.B.I.

E' necessario che siano presenti nelle 24 ore, **1 medico h12 (8-20), 1 infermiere ed 1 OSS dedicati in via esclusiva h24.** Nelle ore notturne, l'assistenza medica è assicurata dai medici del Pronto Soccorso, i quali, in caso di ricovero, avranno cura di fornire adeguate disposizioni al personale infermieristico dell'OBI per quanto riguarda terapia, consulenze, es. di laboratorio e strumentali, con l'obbligo di presa in carico, tramite l'ADT, dei pazienti, al fine di garantire la gestione informatizzata degli stessi da parte del personale infermieristico.

In considerazione della necessità di garantire la presenza di personale medico h12, infermieristico e OSS h24 compresi i giorni festivi, secondo le "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" è necessario prevedere, in ragione della dotazione di n. 12 posti letto, un contingente di personale così strutturato:

n. 4 Dirigenti Medici.

n. 8 Infermieri Professionali di cui una unità con funzioni di coordinamento.

n. 5 OSS.

❖ DOTAZIONE DI LOCALI E POSTI LETTO OBI

I locali sono quelli già identificati e occupati dall'OBI.

I posti letto dell'OBI sono n. 12.

❖ DOTAZIONE DI ATTREZZATURE E RISORSE TECNOLOGICHE DELL'O.B.I.

Deve essere garantita la seguente dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche prevista anche dalle linee guida della SIMEU. Una quota parte dei posti letto, mediamente il 50%, deve essere dotata di monitoraggio emodinamico e respiratorio. Ogni posto letto ha a disposizione ossigeno e vuoto.

All'interno dell'O.B.I. devono essere presenti almeno:

- Monitor/defibrillatore/stimolatore
- Ecografo (anche in condivisione con il Pronto Soccorso)
- N. 2 elettrocardiografi
- Pulsiossimetro
- Glucometer
- N. 2 Sfigmomanometri
- Pompe di infusione, minimo 3
- Set per intubazione/RCP
- Monitor multiparametrici (1 ogni 2 letti)- Totale n. 6

❖ CONDIZIONI CLINICHE PER LE QUALI RISULTA APPROPRIATA L'ATTIVAZIONE DELL' O.B.I. (Allegato 1)

A livello indicativo si elencano i più significativi quadri clinici che possono essere trattati in O.B.I.

Cod.	PATOLOGIE AMMESSE	Cod.	PATOLOGIE AMMESSE
1	Cefalea con esiti neurologici negativi	14	Sindromi dolorose osteoarticolari e nevralgiche (lombalgia,...)
2	Vertigini	15	Dolore al fianco
3	Sincopi con valutazione neuro-cardiologica iniziale negativa	16	Coliche renali
4	TIA	17	Reazioni allergiche ad espressione cutanea non evolutive
5	Crisi convulsive/ Crisi comiziali	18	Crisi asmatiche
6	Dolore addominale (epigastralgia,...)	19	Dispnea con parametri clinici di stabilità
7	Coliche epatiche	20	Traumi minori (cranico, toracico, addominale,...)
8	Disidratazione/diarrea	21	Iperglicemia moderata/crisi ipoglicemica
9	Nausea e vomito	22	Turbe metaboliche lievi
10	Gastroenterite acuta	23	Intossicazioni minori (da farmaci, alimentari,...)/ Avvelenamento
11	Dolore toracico (con basso rischio di infarto miocardio)	24	Etilismo acuto
12	Crisi ipertensive	25	Overdose da oppiacei o disturbi comportamentali da allucinogeni

13	Aritmie cardiache (fibrillazioni atriali parossistiche, tachicardia parossistica sopraventricolare)		
----	---	--	--

❖ **NOTA**

Le patologie candidate all'ammissione in O.B.I. dovrebbero avere un rapporto rischio/probabilità di malattia inverso: una patologia ad elevato rischio e elevata probabilità (per es. diagnosi di elevata probabilità di SCA) dovrebbe essere ammessa in ricovero, in quanto la presenza di malattia espone il paziente ad elevato rischio evolutivo (morte / complicanze gravi) mentre patologie a media / elevata probabilità ma basso rischio evolutivo (per es. dolore addominale con 10/20% di probabilità di appendicite acuta) possono essere ammesse in O.B.I.

❖ **CRITERI DI ESCLUSIONE DALL'O.B.I.**

PAZIENTI NON AMMESSI
• pazienti con destinazione di ricovero già individuata in attesa di posto letto.
• pazienti destinati alla dimissione dopo la valutazione del Pronto Soccorso.
• pazienti gestibili in Pronto Soccorso e dimissibili entro 90-180minuti.
• pazienti con condizioni cliniche gravi (parametri vitali compromessi, ecc.)
• pazienti che presentano i requisiti per un ricovero urgente.
• pazienti da contenzionare
• pazienti con volontà autolesive o di suicidio.
• pazienti con sanguinamento in atto
• pazienti con pluripatologie
• pazienti psichiatrici acuti
• pazienti allettati e che necessitano di elevata assistenza

❖ **CHIUSURA DELL'O.B.I.**

Il tempo di permanenza in Osservazione Breve Intensiva, deve essere conteggiato dall'ingresso del paziente in O.B.I. fino alla dimissione.

L'O.B.I. può terminare con la dimissione del paziente, con il ricovero in un reparto ospedaliero o con il trasferimento in un altro istituto.

I pazienti presenti in OBI e che necessitano di ricovero in reparto specialistico, dovranno essere trasferiti massimo entro 24 ore dall'accesso in OBI. Qualora, eccezionalmente, vengano posti in OBI pazienti destinati a reparti specialistici in cui vi sia momentanea indisponibilità di posto letto, viene fatto obbligo, al reparto di destinazione, di accettare, improrogabilmente, il paziente entro 24 ore dall'accesso in OBI. Ove le UU.OO. di destinazione non rispettassero tale termine, si procederà al ricovero d'ufficio con la medesima tempistica.

❖ DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione relativa a tutte le prestazioni effettuate al paziente durante il periodo in O.B.I. entrerà a far parte della cartella clinica e, in caso di ricovero, verrà trasmessa al reparto di destinazione.

❖ TICKET DELL'O.B.I.

Secondo norma vigente per la degenza in O.B.I. non è prevista alcuna partecipazione alla spesa da parte del paziente, dal momento che tale attività presenta il carattere di non differibilità.

❖ MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'O.B.I.

L'attività dell'O.B.I. deve essere oggetto di un'attenta e continua verifica che ne attesti il corretto utilizzo attraverso il calcolo dei seguenti indicatori di appropriatezza.

Cod.	INDICATORI
1	Numero totale di accessi in Pronto Soccorso
2	Numero e % di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.
3	Numero e % di ricoveri dopo O.B.I. (< al 40%)
4	Numero e % di dimissioni dopo O.B.I. (> al 60%)
5	Numero e % di decessi in O.B.I.
6	Numero e % di trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.
7	Tempo medio di durata dell'O.B.I. (\leq 36 ore)
8	Tipologia di patologie osservate in O.B.I.
9	N. di pazienti ritornati in PS dopo O.B.I. entro 48 ore
10	N. di rientri in O.B.I. entro 48 ore

Tabella 1 . Indicatori di prestazione dell'O.B.I.

In base alla letteratura, si possono definire degli standard di appropriatezza dell'O.B.I. a partire da alcuni indicatori di qualità di assistenza:

Cod.	INDICATORI
1	% di accessi di Pronto Soccorso per i quali è attivata l'O.B.I. (<10%)
2	% di dimissioni dopo O.B.I. (>60%)
3	% di ricovero dopo O.B.I. (<40%)

Tabella 2 . Valori standard di appropriatezza dell'O.B.I

❖ DIFFUSIONE-RESPONSABILITA'

Le presenti Linee Guida saranno portate a conoscenza di tutto il personale in servizio presso l'UOC MCAU e pubblicate sul sito web aziendale www.ospedalerc.it. per una capillare diffusione a tutte le UU.OO.CC. aziendali. La responsabilità sull'osservanza delle presenti Linee Guida è demandata al Direttore dell'U.O.C. MCAU.

❖ Bibliografia

1. Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva-Ministero della Salute 2019
2. 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
3. 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
4. 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.
5. 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
6. Mace SE. Asthma in the observation unit. *Emerg Med Clin North Am.* 2001;19:169-85
7. 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
8. 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
9. T. Lemke, R.Wang "Emergency department observation for toxicologic exposures" *Em Med Clin North Am*, vol.19/1 pag.155-167, feb.2001
10. 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.
11. 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
12. 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
13. T.Lenzi, L.Bini, F. Muzzi: OBI - Osservazione Breve Intensiva- Edizioni Medico Scientifiche - 2014

QUADRI CLINICI INDICATI PER L'AMMISSIONE IN O.B.I.

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
ARITMIE	<p>4270 tachicardia parossistica sopraventricolare</p> <p>42731 fibrillazione atriale</p> <p>42789 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>
ASMA	<p>493.92 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 successive della risposta alla terapia</p>	<p>Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (> 3 aereosol)</p> <p>Sp O2 compresa tra 90 e 95%</p>	<p>Quadro clinico instabile, Sa O2 < 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 ipatropium) mediante distanziatore o nebulizzatore, EGA</p>
CEFALEA	<p>7840 cefalea</p>	<p>Inquadramento clinico</p> <p>Esami diagnostici</p> <p>Monitoraggio parametri: PA, TC,</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>Esami neuroradiologici</p> <p>Consulenze specialistiche</p>

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico- strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominali intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emocolture Coproculture
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbilità	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
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico – strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico - strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con <i>markers</i> di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	I Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	3380 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
INTOSSICAZIONI	960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell’assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d’urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 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 Comorbilità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi Catarsi salina Ev EGDS Rx torace

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SCOMPENSO CARDIACO	4280 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
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
SINDROME VERTIGINOSA	7804 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
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTE...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali
TIA	4359 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

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	GCS >14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbilità e/o eventi acuti 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