

*Consensus Meeting “L’Osservazione Temporanea e Breve
in Pronto Soccorso Pediatrico”
Trieste, 14-15 ottobre 2005*

Documento finale

*Linee Guida per la gestione dell’Osservazione
Breve in Pediatria*

INDICE

Premessa.....	3
Consensus sull'Osservazione in Pediatria:	5
gli standard organizzativi e strutturali	5
1. Articolazione organizzativa e tipologia.....	6
2. Durata	6
3. Localizzazione	6
4. Tipologie pazienti:.....	6
5. Definizione preventiva di gravità per patologia	6
6. Documentazione clinica.....	6
7. Definizione della prestazione OB:	6
8. Risorse tecnologiche consigliate:	7
9. Requisiti strutturali:.....	7
10. Modalità attuative.....	8
11. Predisposizione della delibera attuativa	8
Allegato I: Criteri di appropriatezza e di esclusione	8
Allegato II: Indicatori per verifica di qualità nell'Osservazione Breve	8

Premessa

L'andamento degli accessi alle strutture di Pronto Soccorso Generale e Pediatrico è stato in continuo aumento negli ultimi anni (circa 4,5 milioni d'accessi/anno). Si è evidenziata quindi la necessità di sviluppare percorsi clinico diagnostici che mirino a garantire comunque il miglior livello di appropriatezza nelle decisioni di utilizzo del ricovero definendo e formalizzando la funzione, già largamente attuata nei paesi occidentali e nella pratica clinica anche nel nostro Paese, relativa all'osservazione dei pazienti che accedono in forma non programmata alle strutture ospedaliere.

Per Osservazione Breve (OB) o Osservazione Temporanea (OT) si intende pertanto quell'insieme di attività svolte in aree funzionali annesse al Pronto Soccorso, alla Medicina d'Urgenza e alla U.O. di Pediatria ove afferiscono pazienti affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, avente come finalità un rapido inquadramento diagnostico-terapeutico o l'identificazione sia dell'appropriatezza del ricovero sia della dimissione. L'Osservazione rappresenta infatti la risposta ottimale per quei casi che, pur non avendo gravità o complessità tali da rendere necessario il ricovero, non siano d'altra parte risolvibili o inquadrabili con la semplice visita in Pronto Soccorso, anche qualora sia completata con singoli esami di accertamento o con consulenze.

E' ormai dimostrato che nella maggioranza dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso la possibilità di giungere ad una definizione diagnostica sulle necessità di ricovero o di dimissione sicura si realizza in un breve periodo di tempo. Solo in una percentuale di casi variabile tra il 5 e il 10% è necessario sviluppare un iter diagnostico, terapeutico e di osservazione per giungere alla decisione sulla destinazione.

In questa ottica si inserisce l'attivazione della funzione dell'Osservazione Breve/Osservazione Temporanea in ambito pediatrico, diffusa ormai in tutti i paesi occidentali, che ha come obiettivo il miglioramento della qualità delle cure erogate ai pazienti, attraverso l'osservazione protratta in regime di non ricovero, il trattamento dei quadri a complessità moderata e la conseguente riduzione dei costi sanitari.

In campo pediatrico l'OB/OT è stata sperimentata all'inizio degli anni novanta, poi si è sviluppata con il diffondersi dell'attività di Pronto Soccorso Pediatrico (PSP), sia nei DEA ed Ospedali Pediatrici che nelle Pediatrie Generali, e della disponibilità di posti letto dedicati. Nel contempo essa si è trasformata, da strumento di valutazione della necessità di ricovero ospedaliero, in casi dubbi, a specifica metodologia di gestione di pazienti acuti.

Essa presenta numerosi vantaggi in quanto:

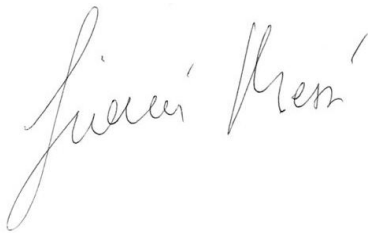
- L'osservazione riduce il numero dei ricoveri, in particolare di quelli inappropriati, ed evita anche dimissioni improprie dal PS;
- la breve permanenza in ospedale, attraverso un rapido percorso diagnostico-terapeutico, allevia i disagi per il bambino e la sua famiglia e contribuisce a ridurre i costi dell'assistenza;
- migliora la qualità delle cure, che sono basate su criteri e linee guida codificati;
- garantisce la continuità assistenziale (il pediatra di famiglia oltre ad essere messo a conoscenza dei dati clinici, degli accertamenti e trattamenti effettuati, viene anche coinvolto nella prosecuzione della terapia a domicilio e nel follow - up del paziente).

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 identifica fra i propri obiettivi la creazione, in ogni unità operativa pediatrica, di una area di osservazione temporanea pediatrica, opportunamente regolamentata. Di conseguenza i DEA pediatrici, gli Ospedali Pediatrici ed i Pronto Soccorso Pediatrici e tutte le U.O. di Pediatria con pronto soccorso funzionale o che svolgono attività di consulenza al PSG devono dotarsi di posti letto (pl) e personale dedicati alla OB/OT (utilizzo del personale esistente), così da realizzare un modello organizzativo integrato con il PSG e il DEA tale da consentire che tutti i bambini siano visitati dal pediatra, che deve avere una sua ben definita autonomia logistica e professionale, al fine da garantire una migliore appropriatezza dei ricoveri in emergenza-urgenza pediatrica. La degenza prolungata dovrebbe ormai essere riservata alle patologie complesse.

La Consensus Meeting *“L’Osservazione Temporanea e Breve in Pronto Soccorso Pediatrico”* svoltasi a Trieste nell’ottobre 2005, cui hanno partecipato i rappresentanti di 87 Pediatrie/Pronto Soccorso Pediatrici, ha permesso di definire, attraverso l’elaborazione di alcuni documenti elaborati da gruppi di lavoro, linee guida concordate e condivise sugli aspetti organizzativi e gestionali dell’osservazione pediatrica integrata con la funzione di Pronto Soccorso.

L’Osservazione trova una forte indicazione laddove si svolge un’attività di Pronto Soccorso ed ha lo scopo di selezionare i pazienti che presumibilmente possono risolvere i loro problemi acuti nell’arco di 24-36 ore. Nelle U.O. più piccole è invece ipotizzabile una riconversione parziale dei pl di degenza ordinaria in pl di osservazione, con l’obbligo di mantenere o istituire una reperibilità pediatrica h 24, che garantisca l’assistenza al bambino in sicurezza.

Per i Presidenti della Consensus: M. Magnani, G. Messi, A. Vitale

A handwritten signature in cursive script, reading "Gianni Messi". The signature is written in dark ink on a white background.

Consensus sull'Osservazione in Pediatria: gli standard organizzativi e strutturali

Coordinatori dei Gruppi di Lavoro: G. Garani, E. Guglia, M. Lazzerini, L. Laroni, R. Longhi, M. Magnani, G. Messi, A. Vitale.

E' stato concordato e condiviso che i termini Osservazione Breve e Temporanea vanno uniformati nel termine: Osservazione Breve (OB). L'Osservazione Temporanea è invece quel periodo di tempo di valutazione obiettiva del paziente in Pronto Soccorso, non codificata alla dimissione separatamente dalla visita di Pronto Soccorso.

L'OB è una attività assistenziale svolta in aree funzionali annesse al PS o presso l'U.O. di Pediatria con modalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, di norma della durata inferiore alle 24 ore, comunque non superiore alle 36 ore. Va utilizzata per identificare l'appropriatezza della dimissione o del ricovero e della sua sede.

Caratteristiche dell'OB:

Peculiarità dell'attività di osservazione breve è quella di assicurare al paziente un iter diagnostico-terapeutico erogato in tempi brevi:

- garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa equipe di cura nelle prime ore dall'arrivo in Pronto Soccorso
- mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato nelle ore diurne (visite, dimissioni, trasferimenti sia al mattino che al pomeriggio)
- con possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore e con tempi accelerati.

Per l'osservazione breve, tenuto conto delle diverse tipologie di pazienti e di attività sanitarie erogate, deve essere riconosciuta una remunerazione che possa rappresentare un adeguato riconoscimento economico. Per tale attività, che presenta il carattere delle non differibilità, non è prevista alcuna quota di compartecipazione alla spesa da parte del paziente. Se l'osservazione breve è seguita dal ricovero, tutte le prestazioni erogate, analogamente a quanto avviene per l'attività di pronto soccorso, rientrano nell'ambito della tariffa del DRG.

L'Osservazione Breve per essere appropriata :

- richiede una moderata criticità di assistenza secondo i criteri di appropriatezza stabiliti;
- riguarda il bambino che, in PSP, "non è ritenuto dimissibile" dopo una prima valutazione clinica, dopo un primo trattamento terapeutico o dopo l'esecuzione di accertamenti diagnostico-strumentali;
- riguarda pazienti instabili o con patologie potenzialmente evolutive;
- di norma viene svolta presso i locali attigui a quelli del PSP o dove si svolge attività assistenziale (U.O. Pediatria).

Le indicazioni per l'avvio della funzione di Osservazione Breve scaturite dall'attività dei Gruppi di Lavoro e dalla discussione finale della Consensus sono sintetizzate nei punti seguenti:

1. Articolazione organizzativa e tipologia

- Almeno 1 posto letto ogni U.O. di Pediatria o PSP o un pl ogni 5.000 accessi in PS, modulabile in base alla necessità assistenziali
- Dotazione delle attrezzature necessarie alla gestione delle emergenze
- Continuità assistenziale medica ed infermieristica pediatrica

2. Durata

- Di norma inferiore alle 24 ore, comunque non superiore alle 36 ore

3. Localizzazione

- Spazi dedicati in DEA Pediatrico o in PS Pediatrico o presso l'U.O. di Pediatria

4. Tipologie pazienti:

- Valutazione diagnostica
- Trattamento di breve durata
- Schede orientative di patologie da osservazione

5. Definizione preventiva di gravità per patologia

- Indicazioni al trattamento in O.B.
- Definizione della tipologia di trattamento in O.B.
- Criteri di dimissione
- Criteri di trasferimento a reparto di degenza ordinaria

6. Documentazione clinica

- Scheda unica (informatizzata) di PS.
- Cartella clinica preformata per l'OB (che raccolga tutti i dati di anamnesi, terapia, diario clinico, dati informatizzati alla dimissione).

7. Definizione della prestazione OB:

- Insieme di attività cliniche (visita, consulenze specialistiche) e strumentali (diagnostica per immagini e di laboratorio) effettuate in un tempo definito.

8. Risorse tecnologiche consigliate:

- o Ossigeno e mascherine
- o Ambu
- o Laringoscopio
- o Set per intubazione orotracheale
- o Aspiratore con sondini
- o Termometri
- o Monitor multiparametrico (Saturimetro, sfigmomanometro, monitor cardiorespiratorio)
- o Apparecchio aerosol-nebulizzatore
- o Strisce reattive per test rapidi sul sangue e sulle urine
- o Strisce tornasole (per l'analisi estemporanea di eventuali sostanze caustiche ingerite)
- o Glucometro
- o Fonendoscopio
- o Otoscopio
- o Set d'infusione parenterale
- o Set intraossea
- o Set gastrolusi
- o Set tamponamento nasale
- o Strumentazione per piccola chirurgia
- o Cateteri
- o Attrezzature per immobilizzazione
- o Pompe da infusione
- o Defibrillatore

9. Requisiti strutturali:

- ❖ 1 pl ogni 5.000 accessi in PSP, o almeno 1 posto letto ogni U.O. di Pediatria o PSP, modulabile in base alla necessità assistenziali.
 - ❖ Nel caso in cui si prevede la realizzazione di modulo di 4 posti letto di OB, i locali di degenza saranno attigui al Pronto Soccorso, e di cubatura come prevista per legge.
In questo caso è richiesta la presenza di:
 - 1 infermiere professionale H24;
 - 1 pediatra h 24 (nella struttura pediatrica)
 - 1 O.T.A. in servizio sulle 12 ore
 - ❖ Se per dimensione l'OB non costituisce un modulo, saranno adibiti a questa funzione posti letto dell'U.O. di Pediatria con personale dedicato h 24 (utilizzo del personale esistente), per meglio utilizzare le risorse ed ottenere una risposta più efficace ed efficiente.
- a) Per ogni posto letto, devono essere previste:
- o 1 presa di ossigeno
 - o 1 presa di aria compressa
 - o 1 presa per aspirazione
 - o 3 prese di corrente
 - o 1 sorgente luminosa orientabile

b) Devono essere disponibili nell'ambito dell' Ospedale i seguenti servizi

- radiologia convenzionale, operante sulle 24 ore con risposte in tempo reale
- laboratorio, in grado di fornire gli esami standard previsti per l'emergenza sulle 24 ore
- consulenze Specialistiche, disponibili in tempo reale, analogamente a quanto avviene per il Pronto Soccorso.

10. Modalità attuative

- 1- Modello organizzativo con locali e personale dedicati presso il PS
- 2- Riconversione di posti letto di degenza in posti letto OB presso U.O. di Pediatria
- 3- Riorganizzazione assistenziale del personale esistente
- 4- Criteri di appropriatezza per ammissione all'OB
- 5- Contrattazione Aziendale per riconoscimento
- 6- Riconoscimento Regionale su richiesta dell'Azienda
- 7- Codifica specifica per l'OB che ne consenta l'identificazione del N° e del peso
- 8- Garanzia della continuità assistenziale attraverso patti aziendali specifici con il territorio (PLS)

11. Predisposizione della delibera attuativa

- Definizioni di OB
- Caratteristiche dell'OB
- Requisiti strutturali e organizzativi
- Documentazione clinica, flussi informativi e valorizzazione della prestazione
- Requisiti gestionali
- Formazione
- Procedura per l'attivazione dell'OB nelle Aziende / Zone
- Attività di monitoraggio e coordinamento Regionale

Allegato I: Criteri di appropriatezza e di esclusione

Allegato II: Indicatori per verifica di qualità nell'Osservazione Breve