

Esistono criteri di selezione per l'accesso in OBI?

La differenza tra teoria e pratica



Commissione Urgenza-emergenza

ministero della salute 2010

elementi critici

- Crescente utilizzo del PS
- Riduzione p.l. per acuti
- Necessità > appropriatezza ricoveri
- Offerta assistenziale disomogenea per patologie tempo dip. alta complessità
- Medicina d'urgenza: competenza e 'territorio'

riorganizzazione necessaria

- Definire il più possibile percorsi predefiniti di diagnosi e trattamento (fast-track, CM)
- **FILTRARE I RICOVERI (OBI)**
- HUB-SPOKE = ATTIVAZIONE PERCORSI PER PATOLOGIE TD ALTA COMPLESSITA'
(cardio cerebro vascolare..)

Commissione Urgenza-emergenza

ministero della salute 2010

L'OBI e' un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possano **sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva**, di norma per **non piu' di 24 ore**.
Diversi studi indicano la necessita' di **1 letto di OBI ogni 4000-8000 accessi** in Pronto Soccorso. Il 70-80% dei degenti OBI devono essere dimessi



Obiettivi di funzione

- Ridurre il numero totale dei ricoveri
- Miglior filtro sui ricoveri
- Dimissione sicura
- Qualità più elevata delle prestazioni in fase diagnostica e terapeutica

**STIMATO UTILE PER IL 10% DEGLI ACCESSI
DIFFERENZA PRONTO SOCCORSO - DEA**



Selezione dei 'candidati'

- Sintomi dubbi a rischio evolutivo (cefalea, vertigini, sincopi, dolore addominale, febbre, ecc.)
- Acuzie o riacutizzazione di quadri diagnosticati che necessita di terapia 'rapidamente migliorativa' o risolutiva (fibrillazione atriale, colica biliare, reazione allergica, scompenso cc) in pazienti dimissibili
- Terapie che migliorano o stabilizzano il quadro acuto in modo da poter afferire a unità di degenza a minor intensità (scompenso, bpcò, sepsi...)
- Valutazione continua di pazienti in buone condizioni ma con possibili patologie acute potenzialmente sfavorevolmente evolutive (trauma maggiore, dolore toracico, intossicazione ...)
- Trattamento di patologie a basso rischio e rapida risoluzione (disidratazione, ipoglicemia...)



Strumenti

- Area definita adiacente al PS
- Pazienti monitorati
- Possibilità di esami diagnostici (non solo radiologia)
- Documentazione clinica adeguata a supporto (eventi avversi)
- Contributo attivo degli specialisti
- Protocolli di gestione noti e condivisi
- Accesso diretto alla disponibilità dei posti letto o almeno definizione a priori dei tempi di ricovero in reparto
- Continuità di assistenza (infermiere e medico per parente e paziente)

Seguire l'evoluzione del quadro acuto migliora la competenza degli operatori



ma...

- Permanenza di 24 ore
- Passaggi di consegna....quanti e come (come organizzo l'assistenza in OBI)
- Chi sceglie il paziente per l'OBI
- Chi sceglie il tempo del ricovero in reparto
- 1/5 dei pazienti in OBI già definiti per ricovero



etica e competenza per..

- Il paziente terminale, la gestione del fine vita e l'accesso all'hospice
- Il paziente con problematica assistenziale e l'invio ai reparti medio-lungodegenziali
- Il paziente con demenza e quadro clinico acuto

