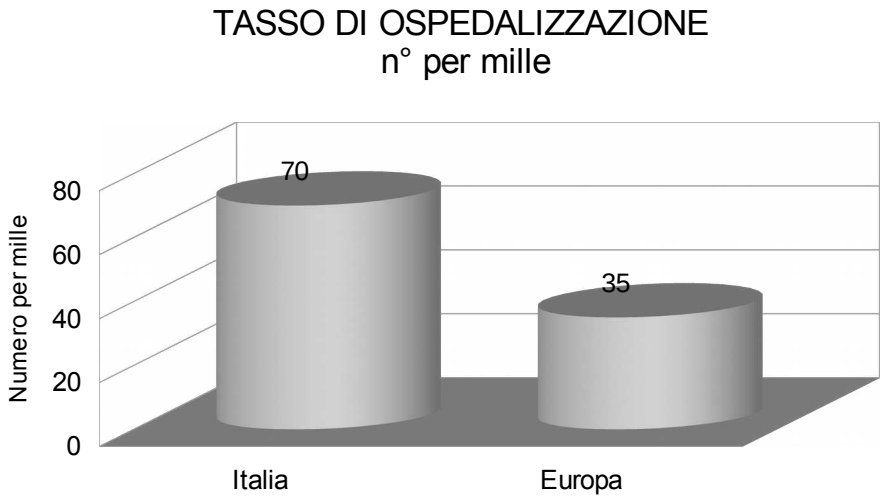
Indice

1. INTRODUZIONE....2
1.1 CENNI STORICI....3
1.2 OBIETTIVI DELLO STUDIO....3
1.3 MATERIALE E METODI....3
2. OSSERVAZIONE BREVE IN PEDIATRIA (OBIP)....4
2.1 PECULIARITÀ....4
2.2 PERCORSO ASSISTENZIALE....5
2.3 CRITERI DI AMMISSIONE....7
2.3.1 Patologie Pediatriche ammesse....7
2.4 CRITERI DI NON AMMISSIONE....8
2.4.1 Patologie Pediatriche non ammesse....8
2.4.2 Utilizzo non ammesso....9
2.5 LOCALIZZAZIONE E PERSONALE SANITARIO....10
2.6 DOTAZIONE DI POSTAZIONE....10
2.7 RISORSE TECNOLOGICHE....10
2.8 SERVIZI DIAGNOSTICI....11
2.9 DOCUMENTAZIONE SANITARIA....12
2.10 DIMISSIONE....12
2.11 MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA....13
2.12 FORMAZIONE....14
2.12.1 Formazione Infermieri addetti all'attività dell' OBIP....14
2.12.2 Corso teorico....15
2.12.3 Periodo di affiancamento....15
2.12.4 Attività di studio e ricerca....16
3. RISULTATI....16
3.1 ATTIVITÀ "PS" E "OBIP" (AP-SBT)....16
3.1.1 Attività "PS"....16
3.1.2 Attività "OBIP"....18
4. DISCUSSIONE....19
4.1 ANALISI ATTIVITÀ "PS" E "OBIP" (AP-SBT) 19
4.2 REALTÀ ITALIANA....20
5. CONCLUSIONE....22
6. BIBLIOGRAFIA....23
7. RINGRAZIAMENTI....30

1. INTRODUZIONE

I cambiamenti nell'ambito sanitario negli ultimi anni hanno portato alla ridefinizione del ruolo della Medicina d'Urgenza e alla rivalutazione delle strutture di Pronto Soccorso, inteso non più come luogo di transito ma come luogo di diagnosi e cura.

Oggi nel nostro Paese il Pronto Soccorso ha sempre di più un ruolo centrale nell'Assistenza, soprattutto per abbassare il numero di **Ricoveri di cui molti inappropriati**, troppo alti rispetto alla media Europea- Graf. 1**.**



Graf. 1 : Tassi di Ospedalizzazione da indagine SIMEUP.

Si è reso necessario, pertanto, creare un sistema organizzativo per poter dimettere un paziente dal P.S. con una patologia acuta risolvibile in tempi brevi, senza ricorrere al ricovero ospedaliero.

Una soluzione organizzativa efficace è stata quella di creare strutture di degenza Breve/ osservazione clinica ad alta intensità diagnostica, collocata in un'area dedicata nei pressi del P.S. o presso U.O. , quali la Pediatria e l'Ostetricia-Ginecologia.

Difatti l'Osservazione Breve (O.B.I.), rappresenta un' opportunità a disposizione del personale medico e infermieristico d' urgenza, nella gestione delle 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’O.B.I. seleziona i pazienti che presumibilmente possono risolvere i loro problemi acuti nell’arco di 24-36 ore e rappresenta la risposta ottimale per quei casi che, pur non avendo gravità o complessità tali da rendere necessario il ricovero, non siano risolvibili o inquadrabili con la semplice visita in Pronto Soccorso.

1.1 CENNI STORICI:

L’attività di Osservazione Breve O.B. , nasce negli anni ‘70 nei dipartimenti di emergenza degli Stati Uniti per rispondere alla richiesta per ridurre sprechi e costi diffondendosi rapidamente negli altri paesi occidentali.

In Italia le Unità di Osservazione Breve sono presenti nel panorama organizzativo sanitario dal 1990, successivamente nel tempo, si è determinata anche l’esigenza di affiancare alla terminologia Osservazione Breve il termine “ Intensiva” per indicare un'assistenza dedicata con alta intensità di cura, espressa sia nell’istituzione precoce e monitoraggio del trattamento che negli accertamenti diagnostici eseguiti in tempi ristretti(OBI).

1.2 OBIETTIVO DELLO STUDIO

Il presente lavoro si pone come obiettivo di descrivere gli aspetti organizzativi e strutturali dell’O.B.I. in pediatria , valutare il corretto utilizzo dell’attività applicativa nelle Aziende Sanitarie Territoriali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto attraverso l’analisi degli indicatori di appropriatezza proposti dalle linee guida nazionali.

1.3 MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale quantitativo.

È stata consultata la letteratura disponibile su web, costituita da ricerche , articoli scientifici e linee guida.

Sono state effettuate ricerche nei siti del Ministero della Salute.

I dati relativi all'attività del Pronto Soccorso e dell' O.B.I.P. di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto sono stati forniti dall' Unità Operativa Pediatrica di Ascoli Piceno.

Sono stati presi in considerazione tutti i pazienti pediatrici entrati al P.S., quelli trasferiti in O.B.I.P., i dimessi e i ricoverati da O.B.I.P., negli ultimi 5 anni (2020-2024) nei presidi di Ascoli Piceno e San Benedetto dl Tronto.

I dati sono stati raccolti all'interno di un foglio di calcolo EXCEL e riportati su grafici. Per gli accessi ai dati è stata richiesta l'apposita autorizzazione alla Direzione Medica Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno.

2. OSSERVAZIONE BREVE IN PEDIATRIA (O.B.I.P.)

L'Unità di Osservazione Breve Intensiva Pediatrica è un'area dedicata ai pazienti da 0 a 16 anni che necessitano di osservazione clinica e strumentale e di terapia di breve durata (in genere non superiore alle 36 ore). Essa è collocata negli spazi del Pronto Soccorso o nell' U.O. di Pediatria.

Per Osservazione Breve Intensiva pediatrica (O.B.I.P.) si intende quell'insieme di attività erogate a pazienti che accedono alla struttura ospedaliera con carattere di emergenza-urgenza, affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione; essa permette di valutare gli effetti dei trattamenti e delle terapie erogate in Pronto Soccorso e di 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.

Con l'Osservazione Breve Intensiva pediatrica, inoltre, è possibile garantire una continuità assistenziale, mantenere un livello assistenziale continuo ed elevato (visite, dimissioni, trasferimenti), con la possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore e con tempi accelerati. La necessità dell'avvio dell'Osservazione Breve Intensiva nei Pronto Soccorsi pediatrici è scaturita dal progressivo incremento degli ultimi anni degli accessi al Pronto Soccorso, che ha richiesto nuove soluzioni organizzative e gestionali in grado di rispondere ad una domanda crescente di prestazioni urgenti, assicurando al contempo una maggiore efficacia delle cure assistenziali erogate ed una maggiore efficienza delle risorse utilizzate.

2.1 PECULIARITÀ

Le peculiarità dell'O.B.I.P. si possono riassumere principalmente in 5 punti:

1) riduce il numero dei ricoveri, in particolare quelli inappropriati, ed evita dimissioni improprie dal P.S.;

2) allevia i disagi per il bambino e la sua famiglia data la breve permanenza in Ospedale;

3) contribuisce a ridurre i costi dell'assistenza attraverso un rapido percorso diagnostico-terapeutico;

4) migliora la qualità delle cure che sono basate su criteri e linee guida codificati dalla E.B.M.;

5) garantisce la continuità assistenziale, poichè 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.

Le attese dalle funzioni dell'O.B.I.P. sono rappresentate dal miglioramento dell' Appropriatezza dei ricoveri e da una maggiore sicurezza delle dimissioni da P.S.

2.2 PERCORSO ASSISTENZIALE

Il tempo di permanenza in Pronto Soccorso Pediatrico di un paziente destinato al ricovero non deve superare le 8 ore dal momento della presa in carico, per evitare che l'eccessiva permanenza in P.S. dei pazienti in attesa di ricovero determini ricadute negative sull'organizzazione ed un aumento del rischio clinico.

Questa fase, che comprende tutto il percorso del paziente all' interno del P.S., inizia con l'ingresso della persona da assistere, la sua accoglienza, la valutazione di Triage, la sua presa in carico e la gestione dell'eventuale attesa; continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di P.S., fino a uno dei possibili esiti:

a) Destinazione in O.B.I.P.;

b) Ricovero presso una unità di degenza di pediatria della struttura ospedaliera;

c) Trasferimento, a carico della struttura di P.S. come da normativa vigente, presso altra struttura per acuti;

d) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedalieri (*follow up*).

Lo *standard* per una corretta gestione del percorso diagnostico terapeutico di ogni paziente che accede al P.S. pediatrico è che si giunga alla definizione del caso clinico in

un tempo *non superiore alle 4 ore totali* come da Linee Guida dei sistemi sanitari europei.

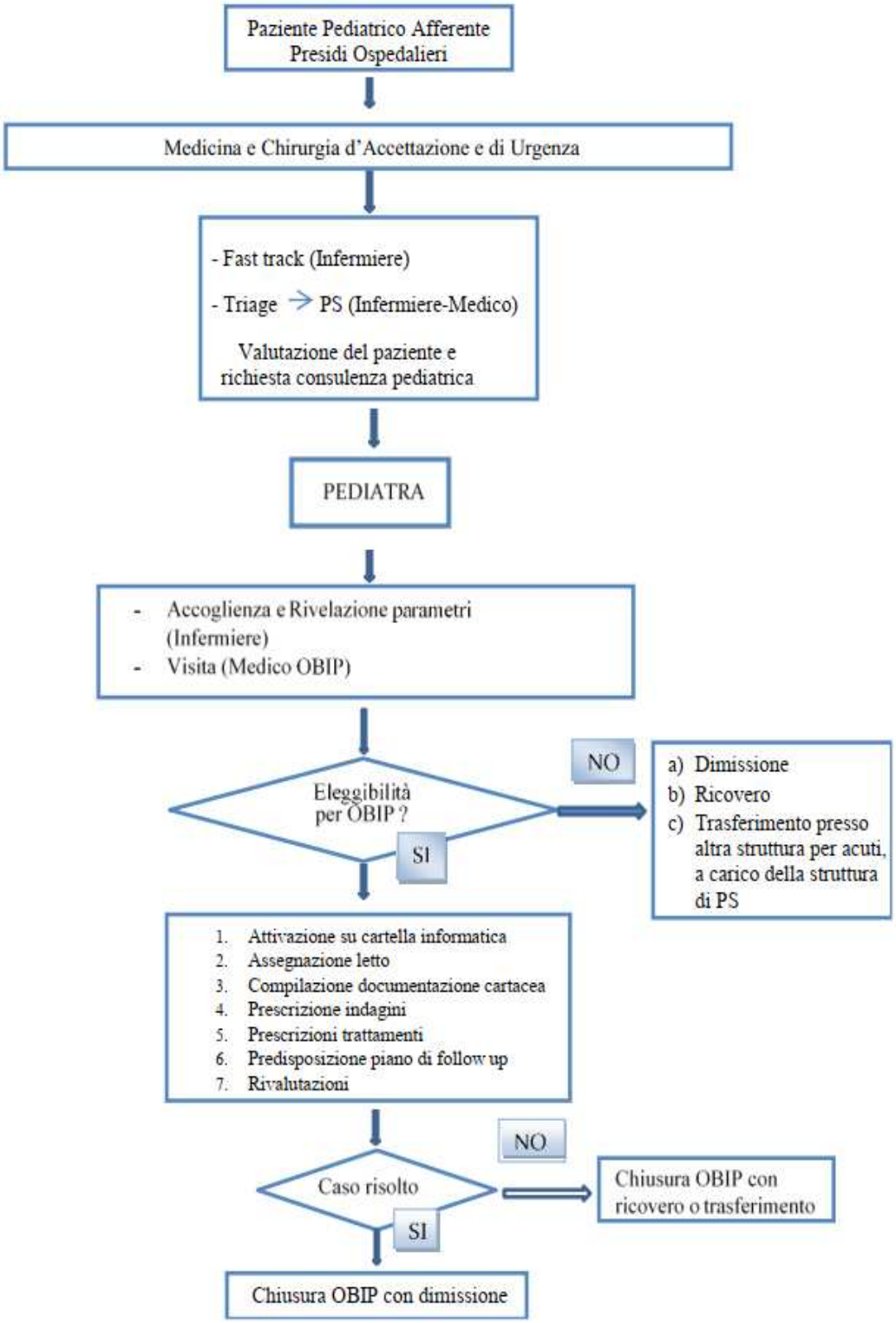


Fig. 1: Percorso del paziente pediatrico destinato all' O.B.I.P.

2.3 CRITERI DI AMMISSIONE

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 di rapida stabilizzazione clinica moderata complessità terapeutica ed assistenziale;

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

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

2.3.1 Patologie Pediatriche ammesse

- Trauma cranico sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefalo ematoma molle, ecc…);
- Avvelenamento da sostanze con durata d'azione breve (<36 ore); sono esclusi i casi con necessità di rianimazione;
- Politrauma in buon equilibrio emodinamico, che necessiti di indagini e consulenze multidisciplinari;
- Disidratazione per accertamenti e terapia reidratante;
- Distress respiratorio non risolto in P.S. e che non richieda supporto rianimatorio;
- Sintomatologia dolorosa per accertamenti e valutazione della terapia;

- Convulsioni febbrili o convulsioni non febbrili in pazienti già seguiti;
- Sincopi e spasmi affettivi a dubbia dinamica, per il tempo di ripresa;
- Febbre senza segni localizzazione in lattanti di età > 1 mese o febbre con segni (tachipnea + tachicardia) di sindrome da risposta infiammatoria sistemica;
- Reazione allergica generalizzata;
- Ustioni minori che non richiedono il ricovero/trasferimento;
- Problemi sociali o di gestione necessitanti di un breve monitoraggio del comportamento;
- Lipotimie di dubbia dinamica, per il tempo di ripresa;

2.4 CRITERI DI NON AMMISSIONE

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.

2.4.1 Patologie Pediatriche non ammesse

Non sono appropriati per O.B.I.P. i pazienti con:

- Insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione e/o drenaggio toracico
- Shock
- Ostruzione delle vie aeree da CE
- Cardiopatie instabili (escluse TPSV)
- Coma (escluso coma etilico)

- Intossicazioni gravi (necessitanti supporto rianimatorio o con insufficienza d'organo)
- Sepsi e/o con shock settico
- Febbre in neutropenia
- Trattamento di tipo onco-ematologico o sottoposti a TMO
- Epiglottide
- Meningite
- Disturbi elettrolitici severi o cronici

2.4.2 Utilizzo non ammesso

L'O.B.I.P. non dovrebbe essere utilizzato per……

- "Appoggio" di ricoveri programmati o come attività programmata;
- Funzione sostitutiva di attività eseguibili in regime ambulatoriale o di DH;
- Isolamento di malattie infettive;
- Ricovero di pazienti con situazioni cliniche che facciano presumere una degenza > 36-44 ore;

Le indicazioni relative ai criteri di inclusione ed esclusione per la gestione dei pazienti adulti e pediatrici dettate dalle Linee di Indirizzo Nazionali sono illustrate nelle tabelle A) e B), dove per ogni quadro clinico sono riportati in ordine alfabetico le prestazioni più appropriate. Il contenuto delle tabelle rappresenta una indicazione, pertanto, non è da ritenersi esaustivo.

In considerazione della complessità dei quadri clinici le prestazioni sono individuate dalle unità operative P.S., con protocolli operativi e procedure che tengono conto della realtà organizzativa locale.

In ALLEGATO N° 1 si riporta la tabella "B" relativa ai quadri clinici ammessi in O.B.I. per pazienti pediatrici, secondo le *Linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute*.

2.5 LOCALIZZAZIONE E PERSONALE SANITARIO

In particolare, l'O.B.I.P., in assenza di un P.S. pediatrico, può essere espletata presso l'U.O. di pediatria, qualora questa effettui attività di accettazione in emergenza-urgenza e dimissione autonoma: in questo caso le postazioni dedicate all' O.B.I.P. dovranno essere riservate esclusivamente a questa funzione e differenziate dai posti-letto dedicati alla degenza ordinaria, lo spazio architettonico deve tener conto della presenza di un accompagnatore accanto al bambino.

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. è riassunta nella tabella sottostante.

TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI

FIGURE PROFESSIONALI	*FINO A 4 POSTAZIONI*	*DA 5 A 8 POSTAZIONI*	*DA 9 A 15 POSTAZIONI*
MEDICO	**1 UNITÀ (in condivisione con PS)**	**60 min/die per postazione**	**60 min/die per postazione**
INFERMIERE	**1 UNITÀ (in condivisione con PS)**	**1 UNITÀ H 24**	**2 UNITÀ H 24**
OSS	**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**

2.6 DOTAZIONE DI POSTAZIONI

Per l'O.B.I. 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 O.B.I. sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

E' necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente.

2.7 RISORSE TECNOLOGICHE

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.

2.8 SERVIZI DIAGNOSTICI

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

- **Laboratorio**: deve fornire gli esami standard di Pronto Soccorso in urgenza (h 24);
- **Radiologia convenzionale**: deve fornire esami e risposte radiologiche in urgenza (h 24);
- **Consulenze specialistiche**: devono essere disponibili per l'inquadramento diagnostico del paziente in urgenza (h24), analogamente a quanto avviene in Pronto Soccorso.

L'accesso ai servizi diagnostici e alle consulenze specialistiche per i pazienti in O.B.I.P. deve avvenire attraverso gli stessi canali preferenziali individuati per il paziente in Pronto Soccorso.

E’ auspicabile che vengano redatti opportuni protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti in modo da assicurare una coerente continuità assistenziale. Al paziente in O.B.I.P deve essere assicurata la somministrazione dei pasti e può essere consentita la visita dei pazienti da parte dei familiari.

2.9 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Gli obiettivi dell’Unità di Osservazione Breve Intensiva rispondono all’esigenza di migliorare la Sicurezza delle Cure in Pronto Soccorso, attraverso la gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi nei pazienti ad elevata probabilità di dimissione.

La permanenza del paziente in O.B.I.P. è documentata in una specifica scheda contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi e l’esito, che deve essere integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso.

E’ previsto anche un documento di accoglienza del paziente in O.B.I.P. con la descrizione delle funzioni e delle attività.

La Cartella Infermieristica, anch’essa integrata nella Cartella Clinica di Pronto Soccorso, contiene informazioni relative ai bisogni di assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli esiti attesi ed al monitoraggio del paziente durante la permanenza in O.B.I.P., secondo modalità definite a livello aziendale.

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.

2.10 DIMISSIONE

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.

2.11 MONITORAGGIO DELL' APPROPRIATEZZA

Lo strumento dell'O.B.I.P. deve essere oggetto di un attenta e continua verifica che ne attesti gli indici di qualità, vanno quindi sottoposti a monitoraggio almeno i seguenti indicatori:

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. (≤ 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

Tab. 2: indicatori di prestazione dell'O.B.I.

In base alla letteratura si possono definire degli standard di appropriatezza dell'O.B.I.P. 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%)

Tab. 3: Valori standard di appropriatezza dell' O.B.I.

Dall'andamento di tali indicatori da considerare come elementi spia di eventuali problemi, il Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità formulerà gli indirizzi per la rimodulazione del sistema organizzativo.

2.12 FORMAZIONE

La gestione delle attività di Osservazione Breve Intensive è affidata a medici, infermieri e personale di assistenza del Pronto Soccorso.

La gestione dell' O.B.I. pediatrica è affidata al personale del P.S. pediatrico o, qualora l' O.B.I.P. sia annessa all'U.O. di pediatria al personale di questa.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in O.B.I.P. poiché ha lo scopo di fornire alle figure professionali sopra citate, gli strumenti adatti per la gestione dei pazienti.

I dipartimenti di Emergenza-Urgenza devono prevedere un percorso formativo di base per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza dell' O.B.I.P. e una formazione permanente che consente ai professionisti di mantenere un livello di aggiornamento per gli aspetti, assistenziali, organizzativi e relazionali.

2.12.1 Formazione Infermieri addetti all'attività dell' O.B.I.P.

Per svolgere le funzioni Infermieristiche in P.S. e O.B.I.P. è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente, con i seguenti pre- requisiti:

- Titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico, ostetrico;
- Esperienza lavorativa in O.B.I.P. (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei

mesi;

- Titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino (es. BLSD, ALS, ATLS, PBLS, PALS, gestione delle vie aeree dell'adulto e del bambino);
- Conoscenza delle linee guida e dei protocolli locali di gestione del pz in O.B.I.P.;

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.

2.12.2 Corso teorico

La metodologia didattica si sviluppa attraverso un corso della durata di 16 ore per:

- Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene relative alle dinamiche psicologiche che si sviluppano sia tra operatori che con l'utente e verso i famigliari e/o accompagnatori;
- Acquisire competenze nell'individuazione e gestione dei principali problemi del Triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della sua famiglia;
- Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale;

Al termine del corso deve essere prevista una valutazione finale che certificherà il suo superamento.

2.12.3 Periodo di affiancamento

Dopo l'abilitazione, l'infermiere dovrà effettuare un periodo di affiancamento di 36 ore con un tutor esperto.

Il ruolo di tutor è svolto da un infermiere esperto in P.S. e O.B.I.P. con esperienza pluriennale (almeno 2 anni).

Durante tale periodo dovrà essere previsto un percorso articolato nelle seguenti fasi: osservazione, collaborazione, autonomia, valutazione finale.

L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività sarà dichiarata dal tutor al termine del periodo di affiancamento.

Trascorso un periodo di lavoro sul campo di sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva a svolgere l'attività in P.S. e O.B.I.P.

Per quanto concerne la formazione permanente allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo, si ritiene necessario

individuare modalità di monitoraggio delle performance, su due livelli:

1) Livello aziendale: attraverso incontri periodici, fra operatori, per la realizzazione di audit professionali con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi di dati statistici;
2) Livello regionale con definizione di obiettivi triennali che preveda: Corsi monotematici emersi dalla rilevazione dei bisogni formativi esplicitati agli operatori o da criticità rilevate nel corso delle riunioni periodiche di equipe o audit;

2.12.4 Attività di studio e ricerca

La partecipazione a congressi e convegni sul tema specifico, per gli operatori sanitari impegnati nel Pronto Soccorso e nell'Osservazione Breve Intensiva è fondamentale, visto che la formazione continua e l'addestramento del personale sanitario rappresenta lo strumento indispensabile per garantire la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico, riducendone sensibilmente i rischi e aumentandone il livello di appropriatezza dell'intervento, nonché la qualità e la sicurezza della prestazione erogata.
Pertanto, deve rappresentare un impegno primario e costante delle Aziende Sanitarie.
In particolare, le organizzazioni sanitarie devono progettare, programmare e realizzare corsi di formazione specifici per gli operatori sanitari coinvolti nell'attività, curando tutti gli aspetti, non soltanto l'aspetto professionale, ma anche quello lavorativo e relazionale.

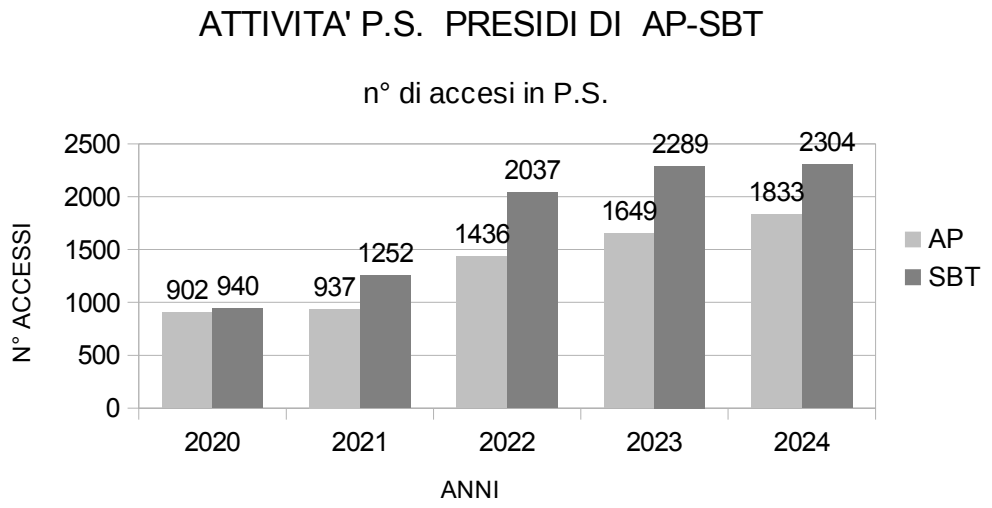
3. RISULTATI

Dopo aver descritto gli standard organizzativi e linee guida dell'O.B.I.P. lo scopo dello studio è quello di:
a) quantificare i volumi di attività nel P.S. e O.B.I.P. di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto negli ultimi 5 anni (2020-2024)
b) analizzare il numero degli accessi, i dimessi e i ricoverati
c) confrontare i dati con i valori standard di appropriatezza (Indicatori)

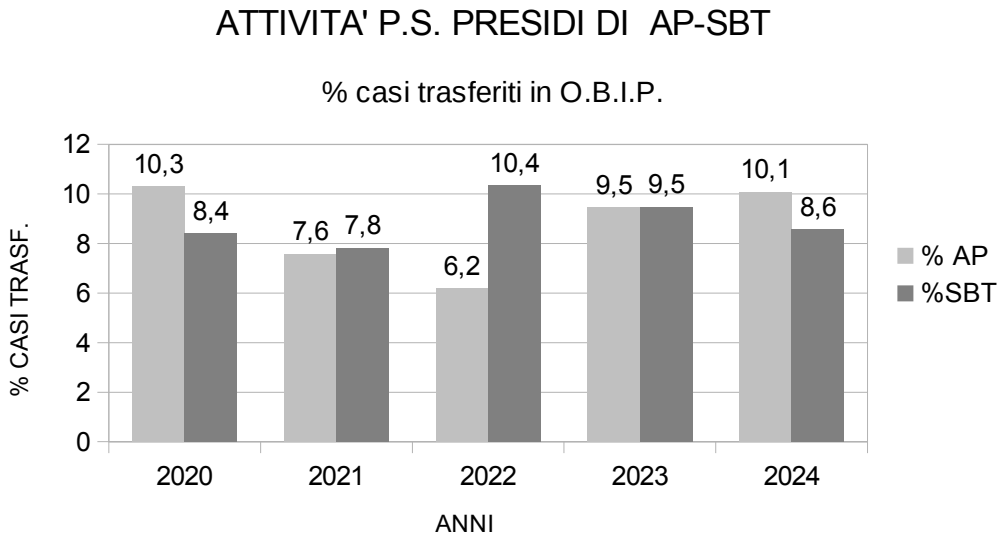
3.1 ATTIVITÀ DEL "P.S." E "O.B.I.P." (Ascoli Piceno – San Benedetto del T.)

3.1.1 Attività "P.S."

Di seguito si riportano i grafici dei dati relativi alle attività negli ultimi 5 anni dal 2020 al 2024, nel "**P.S.**" in Pediatria di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.



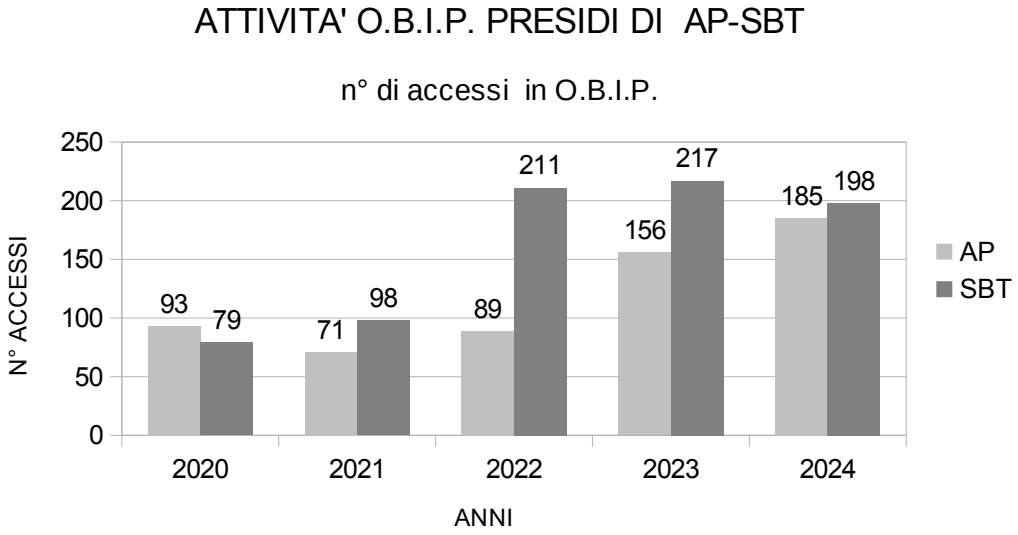
Graf. 2: Andamento attività in P.S. dal 2020 al 2024 Presidi di (AP e SBT)



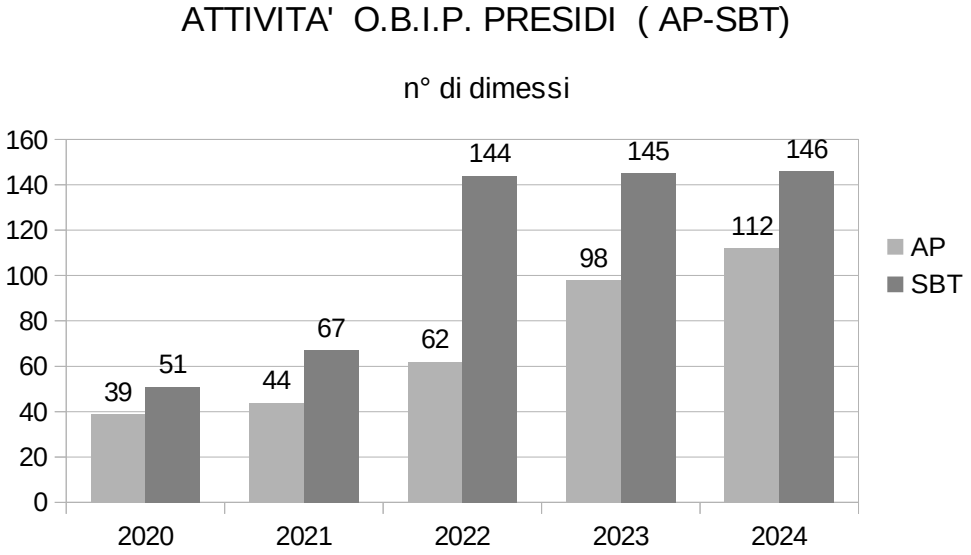
Graf. 3: Andamento % casi trasferiti da PS ad O.B.I.P. (AP-SBT)

3.1.2 Attività "O.B.I.P."

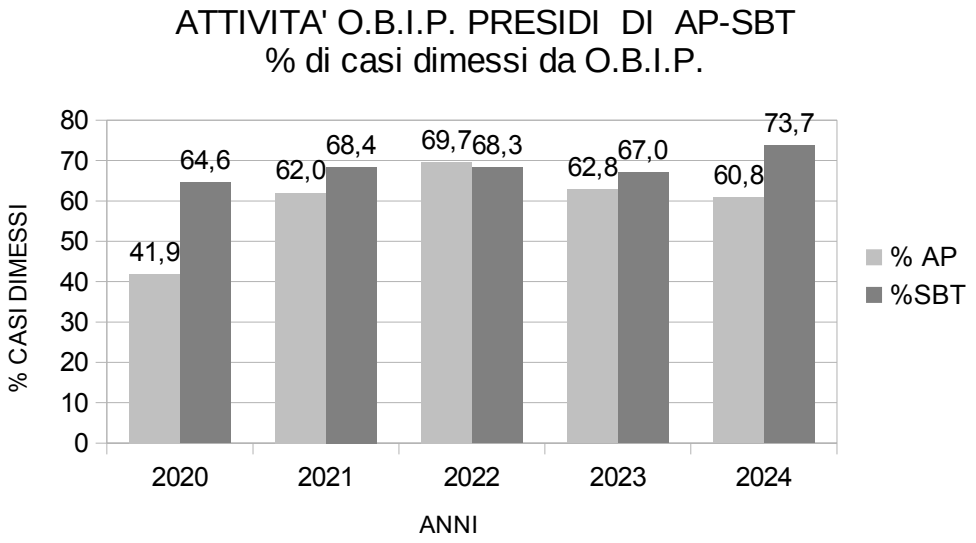
Di seguito si riportano i grafici dei dati relativi alle attività negli ultimi 5 anni dal 2020 al 2024, nell "**O.B.I.**" in Pediatria di (AP-SBT)



Graf. 4: Andamento accessi in O.B.I.P. (AP e SBT)



Graf. 5: N° di dimessi da O.B.I.P. (AP e SBT)



Graf. 6: Andamento % di casi dimessi da O.B.I.P. (AP e SBT)

4. DISCUSSIONE

4.1 ANALISI ATTIVITA' "P.S." E "O.B.I.P." (AP-SBT)

Dall'analisi dei dati, come si può vedere dai grafici, negli ultimi 5 anni (dal 2020 al 2024), sia ad (AP) che a (SBT) abbiamo assistito ad un continuo aumento degli accessi in P.S., in linea con i dati Nazionali di cui circa il 10 % trasferiti in O.B.I.P. .

Per essere più precisi, mediamente nel Presidio di **AP** abbiamo avuto l' **8,73%** di Trasferimenti da P.S. a O.B.I.P., mentre in quello di **SBT** l' **8,93%**.

Per quanto riguarda invece il numero di Dimissioni al termine degli ultimi 5 anni di Osservazione (dal 2020 al 2024) in percentuale si attesta sopra il 60% , sia nell'U.O. di AP che in quella di SBT.

Per concludere possiamo dire che nei Presidi Ospedalieri di AP e SBT l'attività dell' **O.B.I. in pediatria**, procede secondo gli Indici di Appropriatezza (Indicatori) riportati in Tab. 3.

4.2 REALTÀ ITALIANA

Sono numerose ormai le esperienze consolidate in Italia che hanno verificato la validità dell'O.B.I.P. , esistono però ancora delle realtà dove lo strumento non si è diffuso in maniera significativa.

Avere una visione della reale situazione esistente sul territorio nazionale, relativamente all'uso dell'O.B.I.P. risulta necessario per guidare le scelte che gli Organismi scientifici preposti, devono effettuare per governare in maniera ottimale questa attività clinica.

Da questa esigenza la SIMEUP, SIP e SIPO nel 2022 ha iniziato un censimento in Italia e completato a Gennaio 2023, dove sono emerse delle differenze nell'uso dell'O.B.I.P..

A tre anni dall'accordo Stato-Regioni per l'adeguamento dell'Emergenze-Urgenze Ospedaliere alle moderne esigenze, in particolare sul P.S. e sull'O.B.I.P. , su 252 Ospedali censiti in 16 Regioni italiane, sono risultati attivi solo 180 "O.B.I.P." (71,42%) vedi Grafici n° 7,8,9;

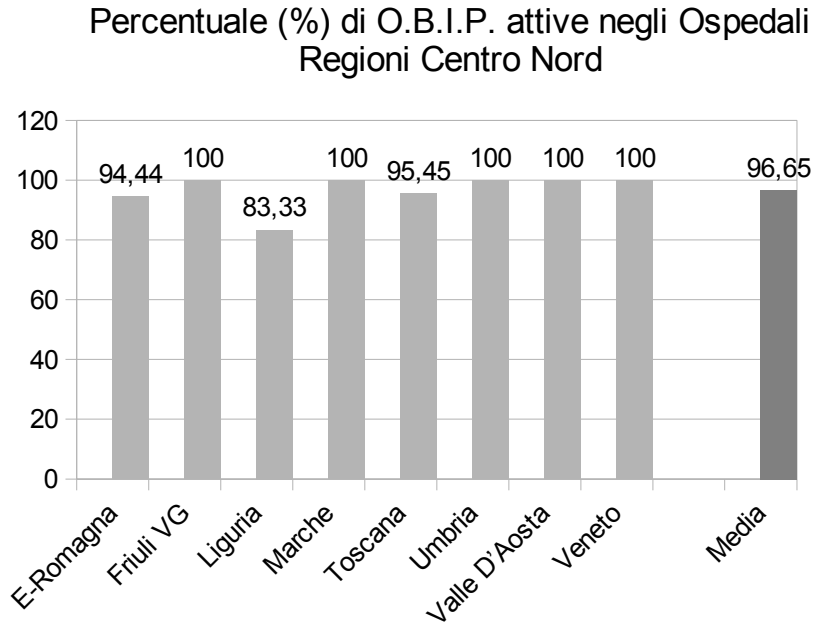


Grafico 7: Percentuale (%) di O.B.I.P. attive negli Ospedali delle 8 Regioni censite. (Indagine SIMEUP al Gen. 2023).

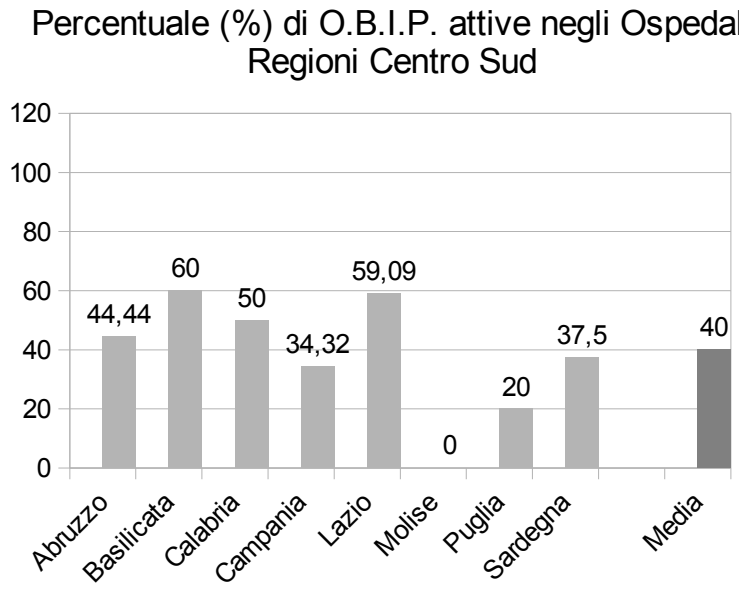
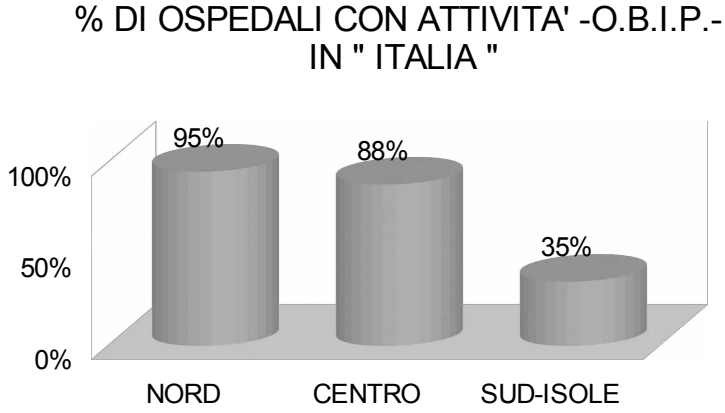


Grafico 8: Percentuale (%) di **OBIP** attive negli Ospedali delle 8 Regioni censite.
(Indagine SIMEUP al Gen. 2023)

Come si può vedere, non tutti gli Ospedali hanno attivato l'O.B.I.P., ancora persiste una differenza significativa tra le varie aree geografiche, (Nord,Centro,Sud) vedi Graf 9.



Graf. 9: Attività -O.B.I.P.- in 16 Regioni Italiane censite.
(Indagine SIMEUP al Gen. 2023)

L'indagine ha rilevato inoltre significative differenze nell'età massima per potere accedere ad un Pronto Soccorso Pediatrico o ad una U.O. di Pediatria.
Nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità con la legge n. (176 del 1991) ha fissato l'età pediatrica da 0 a 18 anni, **solo il 20%** degli Ospedali italiani accoglie nei Pronto Soccorsi pediatrici o U.O. di Pediatria minori **fino a 18 anni**;
il 33% li accoglie sino a 16 anni, il 28% sino a 14 anni, il 9% sino a 15anni e il 7% sino a 17 anni.
Nello studio, in 16 Regioni si rilevano solo **12 Ospedali su 252** che accolgono minori fino ai **18 anni**.

5. CONCLUSIONE

Il ritardo dell'attivazione delle O.B.I. Pediatriche in alcune Regioni italiane, costringe i bambini, ragazzi e le loro famiglie a subire un ricovero inutilmente prolungato riducendo la disponibilità di posti letto per pazienti pediatrici che necessitano un'osservazione clinica più prolungata, impedendo l'adeguamento del livello di benessere alle nuove esigenze.
È essenziale un adeguato riconoscimento economico che permetta di favorire l'attivazione di quest'area e che si annulli rapidamente il divario tra le Regioni per superare le attuali disuguaglianze nell'interesse dei minori e delle loro famiglie: il ritardo attuale penalizza gravemente l'Assistenza Ospedaliera Pediatrica d'Urgenza, soprattutto nelle Regioni del Sud Italia e nelle Isole.
È importante inoltre garantire a tutti i minori il diritto alle cure pediatriche sino a 18 anni, senza differenze legate alla Regione in cui si nasce e si vive.

6. BIBLIOGRAFIA:

1. Linee di indirizzo nazionale sull'Osservazione Breve Intensiva – Ministero della Salute. 2019
2. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico Ministero della Salute 2007
3. Linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso, Ministero della Salute. 2019
4. Linee di indirizzo Nazionale sull'Osservazione Breve Intensiva - Regione Marche Delibera della giunta regionale Marche numero 1457 del 25/11/2019
5. DATI Attività P.S. e O.B.I. pediatrica negli Ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto - (attinti negli archivi dell' U.O. di Pediatria di AP)
6. Quotidiano Sanità: O.B.I. Pediatrica solo nel 35% degli ospedali del Sud 24 novembre 2023
7. ANIARTI Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica
8. Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica: Regioni del Sud in ritardo nell'attivazione dell'O.B.I. pediatrica
9. Società Italiana di Pediatria: Osservazioni brevi pediatriche, opportunità "riduci- ricoveri"
10. Italian journal of pediatric: the use of pediatric short/stay observation in Italy, published 20 March 2023
11. Regione Marche. Linee di indirizzo regionali sull'Osservazione Breve Intensiva 2006
12. Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve in Pediatria. Consensus Meeting "Osservazione Temporanea e Breve in Pronto Soccorso Pediatrico" Trieste, 14/15 Ottobre 2005
13. Linee di Indirizzo O.B.I. Regione Abruzzo D.G.R. n° 17 del 13 Gennaio 2020

SITOGRAFIA WEB:

1. www.ministero della salute.it/
2. www.simeu.it/
   Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza
3. www.simeup.it/
   Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica
4. www.quotidianosanita.it
5. www.aniarti.it/
   Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

ALLEGATO N° 1

Tabella "B" relativa ai quadri clinici ammessi in O.B.I. per pazienti pediatrici, secondo le *Linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute*.

TABELLA B): QUADRI CLINICI INDICATI PER AMMISSIONE IN OBI DI PAZIENTI PEDIATRICI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	**4270** tachicardia parossistica sopraventricolare **42731** fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
ASMA	**493.92** asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	**4661** bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia farmacologia e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA	**7840** cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	**780.31** convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	**27.51** 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 non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	**345.90** epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento	Epilessia già nota Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
FEBBRE	**780.6** febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami colturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	**934** corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiologica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	**599.0** infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, Inizio terapia con valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	**9330** c. e. nel faringe **9351** c. e. nell'esofago **9352** c. e. nello stomaco **936** c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiologica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
INTOSSICAZIONI	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicamenti 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 parametri vitali e trattamento del sintomo Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione PGCS <= 11	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti ECG
LARINGITE	4640 laringite acuta	Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somministrazione cortisone *per os*
LINFOADENOPATIA	7856 linfoadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
		ecografia Eventuale inizio terapia specifica	Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	chirurgica	Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoriaggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicamenti e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	7804 stordimento e capogiro	Inquadramento clinico esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TCc	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI	7865 dolore toracico 788.0 colica renale	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	**789.0** dolore addominale **33811** dolore acuto da trauma	specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata			definire la causa
TRAUMA ADDOMINO-PELVICO *CHIUSO*	**922.2** contusione della parete addominale **843** distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia **846** regione sacro-iliaca **847.2** lombare **847.3** del sacro **847.4** del coccige **911** traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica
TRAUMA CRANICO MINORE	**850.0** concussione con nessuna perdita di coscienza **850.1** concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS ≥14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	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

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA TORACICO *CHIUSO*	**922.1** contusione della parete toracica, **847.1** distorsioni e distrazioni del torace **911** traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica

ALLEGATO N° 2

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

ASCOLI PICENO

Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno
0025171|18/03/2025
|AST-APIS.A.G.C.|A

Alla Cortese Attenzione del

Direttore Generale *Dott.ssa* Maria Bernardette Di Sciascio

Direttore D.M.O. *Dott.* Giancarlo Viviani

Direttore U.O.C. Governo Clinico *Dott.* Remo Appignanesi

Direttore F.F. U.O.C. Professioni Sanitarie *Dott.* Massimo Massetti

Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti UNIVPM *Dott.* Stefano Marcelli

Macro Area Ospedaliera/Territoriale *Dott.ssa* CRISTINA BRUMETTI
LUCIA MIELLI

p.c. Direttori dell'U.O. ed i Coordinatori

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione tesi di laurea in Infermieristica

Con la presente io studente Di Francesco Eugenio iscritto al III anno del Corso di Laurea in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, polo di Ascoli Piceno, tutelata da regolare assicurazione, *chiede* di poter condurre le attività di cui all'oggetto presso il Presidio Ospedaliero/U.O./Servizio da Lei diretto per l'elaborazione della Tesi finale di Laurea dal **titolo**: "Organizzazione e analisi dell'Osservazione Breve in Pediatria".

Relatore: Ermanno Ruffini

Correlatore: _____

Il razionale scientifico della ricerca :

Linee guida di indirizzo nazionale , Ministero della Salute, dati attività Ps e O.B.I.P. negli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto ,SIMEUP e SIMEU.

L'obiettivo primario della ricerca è:

Analisi e attività applicativa dell'O.B.I.P. nei P.O. di AP e SBT del Tronto

Eventuali obiettivi secondari:

_____

_____

I materiali e metodi (consultazione cartelle cliniche, somministrazione questionari, interviste, etc):

Articoli scientifici ,linee guida, siti Ministero della salute ,dati del Pronto Soccorso e O.B.I.P. di AP E SBT del Tronto , fornite dall'U.O. di pediatria di AP

Tutte le informazioni raccolte saranno utilizzate esclusivamente e conformemente all'obiettivo e nel pieno rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679 (GDPR). Confidando in un Vostro riscontro positivo, si rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Con osservanza.

Lo Studente: Ing. D. Franco

Il Relatore: Prof. M.

Il correlatore: _____

Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciascio
Direttore Generale ff
Regione Marche - AST di Ascoli Piceno
Il Direttore Generale

Dott. Giancarlo Viviani
Il Direttore D.M.O.
U.O.C. DIREZIONE MEDICA P.O.U.
AST - Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno

Dott. Regio Appolonanes
Il Direttore U.O.C. Governo Clinico

Il Direttore delle Professioni Sanitarie
Dott. MASSIMO MASSETTI

La Macro Area Ospedaliera/Territoriale
AST - ASCOLI PICENO
Incaricato di Funzione Organizzativa
Macroarea Ospedaliera
Ascoli Piceno
Dott.ssa Cristina Brunetti

Ascoli Piceno, li 18/03/2025

AST ASCOLI PICENO
di Funzione Organizzativa
Macroarea Territoriale
Ascoli Piceno
Dott.ssa LUCIA MIELLI

7. RINGRAZIAMENTI:

Al termine di questo mio percorso di studio, mi è gradito porre i miei più sentiti ringraziamenti alla mia famiglia e alle persone che ho avuto modo di incontrare, che mi hanno aiutato a crescere sia dal punto di vista umano che culturale.
Un ringraziamento particolare va al Dr. Ermanno Ruffini per l'aiuto che mi ha fornito e per la disponibilità che mi ha sempre mostrato.