



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"**  
**CASERTA**

---

---

**Deliberazione del Direttore Generale N. 256 del 25/11/2025**

---

**Proponente: Il Direttore DIREZIONE SANITARIA**

**Oggetto: Adozione delle Linee Guida per la Gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) in Pronto Soccorso.**

**PUBBLICAZIONE**

In pubblicazione dal 26/11/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**ESECUTIVITA'**

Atto immediatamente esecutivo

**TRASMISSIONE**

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

**UOC AFFARI GENERALI**

**Direttore ad interim Luigia Infante**

**ELENCO FIRMATARI**

*Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE*

*Vincenzo Giordano - DIREZIONE SANITARIA*

*Chiara Di Biase - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, Dr. Mauro Ottaiano*

---

**Oggetto: Adozione delle Linee Guida per la Gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) in Pronto Soccorso (Attuazione DGRC n. 37 del 05/02/2025).**

## **IL DIRETTORE SANITARIO**

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90;

### **Premesso**

- **che** con Deliberazione del Direttore Generale n. 880 del 29/09/2023 si procedeva all'adozione dell'Atto Aziendale dell'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, aggiornando ed integrando il documento adottato già con Deliberazione n. 490 del 16/06/2022;
- **che** con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 654 del 16/11/2023, la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale procedeva all'approvazione dell'Atto Aziendale proposto con la Deliberazione innanzi citata;

### **Preso atto**

- **della** Delibera della Giunta Regionale n. 37 del 05/02/2025 ad oggetto "APPROVAZIONE INDICAZIONI PER L'ORGANIZZAZIONE DEL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO E L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA E PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO (ACCORDO STATO REGIONI REP. ATTI N. 143/CSR DEL 1°AGOSTO 2019);
- **del** verbale della riunione del 08/10/2025, acquisito al prot. n. 31982/i del 13/10/2025, e del verbale della riunione del 13/10/2025, acquisito al prot. n. 32371/i del 15/10/2025, agli atti giacenti;

### **Ritenuto**

- **di** dover dare attuazione a quanto programmato con la Deliberazione regionale innanzi citata;
- **di** dover procedere alla rimodulazione degli spazi in ampliamento da dedicare all'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di dover adottare le Linee Guida per la gestione dell'Osservazione Breve intensiva (O.B.I.) in Pronto Soccorso, così come allegate alla presente, costituendone parte integrante e sostanziale, necessarie per un buon funzionamento ed una corretta gestione della stessa;

*Deliberazione del Direttore Generale*

**Attestata**

la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.lgs. 196/2003, così come integrato con le modifiche prodotte dal D.lgs. 101/2018 per l’adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle successive introduzioni previste dalla legge 27 dicembre 2019 n. 160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro “diffusione”, e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso gli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell’Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

**PROPONE**

1. di dare attuazione alla Delibera della Giunta Regionale n. 37 del 05/02/2025 ad oggetto “APPROVAZIONE INDICAZIONI PER L’ORGANIZZAZIONE DEL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO E L’OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA E PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO (ACCORDO STATO REGIONI REP. ATTI N. 143/CSR DEL 1°AGOSTO 2019);
2. di adottare le Linee Guida per la Gestione dell’Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) in Pronto Soccorso, così come allegate alla presente, costituendone parte integrante e sostanziale;
3. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, al Direttore del Dipartimento Emergenza e Accettazione, alle Unità Operative:
  - Epidemiologia, Qualità, Performance, Flussi Informativi
  - Gestione del Rischio Clinico
  - Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza con Pronto Soccorso
  - Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
  - Osservazione Breve Intensiva in Pronto Soccorso
  - Programmazione e Controllo di Gestionee al Dirigente SITRA;
4. di dare mandato alla UOC Affari Generali di trasmettere copia del presente atto alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale;
5. di rendere la stessa immediatamente eseguibile.

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**Dr. Vincenzo Giordano**  
(f.to Digitalmente)

*Deliberazione del Direttore Generale*

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dr. Gennaro Volpe**

individuato con D.G.R.C. n. 591 del 06/08/2025

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 109 del 08/08/2025

**Vista** la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore Sanitario;

**Acquisito** il parere favorevole del Direttore Amministrativo sotto riportato:

Il Direttore Amministrativo    Avv. Chiara Di Biase                      (f.to digitalmente)

**DELIBERA**

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. dare attuazione alla Delibera della Giunta Regionale n. 37 del 05/02/2025 ad oggetto "APPROVAZIONE INDICAZIONI PER L'ORGANIZZAZIONE DEL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO E L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA E PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO (ACCORDO STATO REGIONI REP. ATTI N. 143/CSR DEL 1° AGOSTO 2019);
2. adottare le Linee Guida per la Gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) in Pronto Soccorso, così come allegate alla presente, costituendone parte integrante e sostanziale;
3. trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, al Direttore del Dipartimento Emergenza e Accettazione, alle Unità Operative:
  - Epidemiologia, Qualità, Performance, Flussi Informativi
  - Gestione del Rischio Clinico
  - Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza con Pronto Soccorso
  - Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
  - Osservazione Breve Intensiva in Pronto Soccorso
  - Programmazione e Controllo di Gestionee al Dirigente SITRA;
4. dare mandato alla UOC Affari Generali di trasmettere copia del presente atto alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale;
5. rendere la stessa immediatamente eseguibile.

**Il Direttore Generale**  
**Dr. Gennaro Volpe**  
(f.to digitalmente)

*Deliberazione del Direttore Generale*

**LINEE GUIDA**  
**GESTIONE DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**  
**(O.B.I.)**

## INDICE

DEFINIZIONE DI O.B.I.	pag. 3
FUNZIONI E ORGANIZZAZIONE DELL'O.B.I.	pag. 3
CRITERI DI AMMISSIONE E DURATA DELL'OSSERVAZIONE	pag. 4
DURATA E MODALITÀ DI RICOVERO IN O.B.I.	pag. 4
DISPONIBILITÀ DI SERVIZI IN O.B.I.	pag. 4
PERSONALE DEDICATO IN O.B.I.	pag. 4
DOTAZIONE DI LOCALI E POSTI LETTO O.B.I.	pag. 4
DOTAZIONE DI ATTREZZATURE E RISORSE TECNOLOGICHE DELL'O.B.I.	pag. 5
CONDIZIONI CLINICHE PER LE QUALI RISULTA APPROPRIATA L'ATTIVAZIONE DELL'O.B.I. (ALLEGATO 1)	pag. 5
CRITERI DI ESCLUSIONE DALL'O.B.I.	pag. 6
CHIUSURA DELL'O.B.I.	pag. 6
DOCUMENTAZIONE CLINICA	pag. 6
TICKET DELL'O.B.I.	pag. 6
MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'O.B.I.	pag. 6
ALLEGATO 1	pag. 7

## ❖ 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 degli 8 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.

È 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. 8 posti letto**, un contingente di personale così strutturato:

**n. 4 Dirigenti Medici.**

**n. 6 Infermieri Professionali di cui una unità con funzioni di coordinamento.**

n. 6 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. 8.

❖ **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 O.B.I. 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.**

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

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
<b>ARITMIE</b>	<b>4270</b> tachicardia parossistica sopraventricolare <b>42731</b> fibrillazione atriale  <b>42789</b> altre aritmie cardiache	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento  diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione  elettrica/ farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono  un approfondimento diagnostico complesso Scompenso cardiaco e  SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2  Somministrazione farmaci antiaritmici  ECG  Consulenza cardiologica
<b>ASMA</b>	<b>493.92</b> asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico- strumentale  Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento  diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore	Paziente stabile con  broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS  (> 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con  indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia  Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori  (salbutamolo o  ipatropium) mediante distanziatore o nebulizzatore, EGA

		successiva della risposta alla terapia			
<b>CEFALEA</b>	<b>7840</b> cefalea	Inquadramento clinico  Esami diagnostici  Monitoraggio parametri: PA, TC, Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività  neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio  farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti  concomitanti	Valutazione dolore mediante scale  adeguate all'età  Terapia antalgica Monitoraggio PA Esami neuroradiologici Consulenze  specialistiche

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
<b>CONVULSIONI</b>	<b>780.39</b> Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e  monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale  Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico Stabilizzazione e	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   Condizioni cliniche	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici     Monitoraggio
<b>DIARREA</b>	<b>787.91</b> Diarrea SAI	monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico- strumentale e laboratoristico.  Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi Stabilizzazione e	Pazienti, in particolare  anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche,  associata o meno a  vomito.	instabili.  Presenza di dolore addominali intenso, febbre e immunodepressione.  Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente Instabilità emodinamica,	multiparametrico  EGA ECG Esami: routine Rx torace  Emoculture Coproculture  Monitoraggio
<b>DISIDRATAZIONE</b>	<b>276.51</b> Disidratazione	monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami  ematologici  Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con  alterazione  dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	disturbi elettrolitici  severi, disturbi della  deglutizione, comorbidità	Introdotti/eliminati  Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO  Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o

		Monitoraggio dei sintomi clinici			mediante sondino NG
--	--	--	--	--	---------------------

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
<b>DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA</b>	<b>786.50</b>  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
<b>GESTIONE DEL DOLORE</b>	<b>3380</b> 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
	<b>960 - 979</b>	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento	Intossicazione da	Ingestione sostanze	Monitoraggio parametri

<b>INTOSSICAZIONI</b>		Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia			
	(avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) <b>305</b> abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) <b>980-989</b> effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)		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	caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	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 PRESTAZIONI Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM 995.2	<b>RAZIONALE</b> Monitoraggio clinico	CRITERI INCLUSIONE Reazioni anafilattiche	CRITERI ESCLUSIONE Shock anafilattico	
REAZIONI ANAFILATTICHE	effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	con manifestazioni cutanee non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Manifestazioni cutanee isolate	
SCOMPENSO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H

CARDIACO		e laboratoristico. Terapia farmacologica		e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev EGA
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	ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI
<b>SINDROME VERTIGINOSA</b>	<b>7804</b> 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 Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici  Consulenze specialistiche ORL
<b>SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTE...)</b>	<b>7865</b> dolore toracico  <b>788.0</b> colica renale  <b>789.0</b> dolore addominale <b>338.11</b> 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 necessiti 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
<b>TIA</b>	<b>4359</b> 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	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo  Eco doppler TSA

		cardioembolica e con un ABCD2 score <4.		
--	--	---	--	--

**ALLEGATO 1**

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