

DI MANUEL MONTI, SIMONE CAPPANNELLI, MARIANA CAPPANNELLI, CHIARA BUSTI,
FRANCESCO PACIULLO, EURO CAPPONI, TERESA TEDESCO, DONATELLA MAMBRINI



In questo articolo illustriamo l'organizzazione che ha permesso l'apertura dell'OBI Cardiologico con l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso e migliorare l'assistenza dei pazienti di pertinenza cardiologica, indicando le patologie che possono accedere all'OBI cardiologico e gli indicatori di successo

L'importanza dell'OBI cardiologico nel ridurre il sovraffollamento in Pronto Soccorso: l'esempio dell'Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino

Il ruolo del WIDEN OBI di pertinenza cardiologica





Incambiamenti intervenuti in ambito sanitario negli ultimi anni hanno portato alla rivalutazione delle strutture di Pronto Soccorso intese non più come luogo di “transito”, ma come luogo di diagnosi e cura. L'avvento di nuove tecnologie in ambito radiologico e laboratoristico ha consentito al Pronto Soccorso di diventare luogo di diagnosi e terapia della fase iniziale della patologia acuta. L'O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva) si configura come la opportunità cui ricorre il medico d'urgenza, quando l'obiettivo posto in essere è quello di ridurre i ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso. L'attività di OBI cardiologico consente l'osservazione, il monitoraggio, la valutazione diagnostica e, l'eventuale trattamento, di pazienti per i quali non sia definibile, dopo il primo inquadramento in PS (in genere entro le prime 6 ore dall'accesso), il percorso più idoneo (dimissione con rinvio al medico curante vs ricovero) alla gestione del singolo caso.

Il modello organizzativo dell'OBI cardiologico si caratterizza per:

- alta intensità assistenziale;
- esecuzione di accertamenti diagnostici in tempi rapidi;
- monitoraggio clinico;
- pianificazione di strategie terapeutiche.

**In questo articolo
illustriamo l'organizzazione
che ha permesso l'apertura
dell'OBI Cardiologico con
l'obiettivo di ridurre il
sovraffollamento del Pronto
Soccorso e migliorare
l'assistenza dei pazienti di
pertinenza cardiologica**

Abbiamo sviluppato presso il Presidio Ospedaliero di Gubbio - Gualdo Tadino un nuovo modello organizzativo, non presente in altre realtà nazionali così definito, ovvero l'OBI Cardiologico, che si prefigge lo scopo di:

- valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così, al termine dell'iter diagnostico, di consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile;
- valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca (ovvero pazienti che presentano una sintomatologia afferibile con certezza ad una molteplicità di ipotesi diagnostiche) così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel setting più appropriato;

- ridurre il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza;

- fornire un servizio di comfort associato a maggior competenza, professionalità così da supportare anche l'aspetto psicologico del paziente;

Questo modello prevede tre possibili distinte modalità evolutive del percorso del paziente:

- ricovero presso SC di UTIC Cardiologia del PO Gubbio - Gualdo Tadino dove vengono utilizzati gli stessi posti letto in dotazione all'UO. La “valutazione clinico-assistenziale” ivi adottata costituisce una metodologia organizzativa di lavoro dei professionisti sanitari considerata indispensabile alla realizzazione





dell'appropriatezza nei percorsi di cura. Il fine è quello di assicurare, non solo il corretto inquadramento diagnostico/terapeutico in tempi brevi ma anche, migliorare la qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure;

- trasferimento presso un'altra UO di pertinenza (Osservazione Breve Intensiva, reparto di medicina d'urgenza, altre Unità Operative)
- invio al domicilio con eventuale follow-up presso gli ambulatori cardiologici ospedalieri.

in OBI cardiologico (Massimo 48 Ore) emergessero patologie non di pertinenza cardiologica, il paziente verrà trasferito in altro reparto di pertinenza per ulteriori approfondimenti diagnostico/terapeutici. La presa in carico del paziente in "OBI cardiologico" avviene nel momento in cui i professionisti sanitari (cardiologi e personale infermieristico della cardiologia), mediante apposita procedura informatizzata, si apprestano alla registrazione

Ricovero Ospedaliero;

- di istruzioni precise alla dimissione (note informative) con i successivi controlli (follow-up) ove previsti ("note e prescrizioni").

Gli indicatori di monitoraggio e misurazione della qualità e dell'efficacia organizzativa delle prestazioni in OBI Cardiologico sono consultabili nella Tabella 2.

Ciò ha comportato una riduzione dei tre principali obiettivi, con una riduzione dei tempi di attesa ed un miglioramento nella gestione dei pazienti di pertinenza cardiologica inseriti nella Tabella 1. Secondo la Short Term Observation Service Section dell'American College of Emergency Physicians l'utilizzo di OBI specialistici, con particolare riguardo all' OBI cardiologico:

a) permettono una precoce stratificazione del rischio con riduzione dei ricoveri inappropriati, dal momento che l'immediato ricovero del paziente porterebbe all'ammissione di un gruppo di pazienti con bassa probabilità post-test (es. nel dolore toracico), mentre l'osservazione distingue alto e basso rischio senza richiedere il ricovero del paziente;

b) determinano la riduzione del rischio attraverso la presa in carico dei pazienti con sospetta patologia cardiaca da parte di personale sanitario dedicato e specializzato nella patologia sospettata;

c) migliorano il flusso ed il processo di cura con riduzione delle risorse impegnate; a tale riguardo ampliando la valutazione diagnostica, avendo anche a disposizione protocolli condivisi con gli specialisti, si riduce la soglia di errore del medico, migliorando così

Nell'ottica della riduzione del sovraccollamento del Pronto Soccorso, nella realtà dell'Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino è stato deciso di sviluppare la modalità organizzativa dell'OBI cardiologico

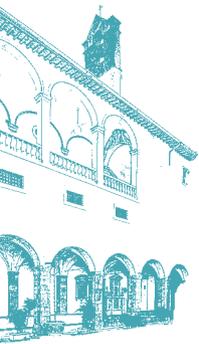
In tale setting i pazienti rimangono in carico dei medici specialisti che hanno indicazione all'OBI per lo specifico percorso assistenziale mentre, l'assistenza infermieristica, viene effettuata dai professionisti della UO a cui il paziente è stato assegnato

Il percorso OBI Cardiologico

All'arrivo in PS, il paziente sottoposto a Triage da parte dell'infermiere di PS, effettuerà l'ECG entro 10 minuti dal Triage e successivamente la visita medica con le relative indagini previste per il corretto inquadramento del caso. Nell'ipotesi di sospetto di patologia cardiologica si procederà alla richiesta di consulenza cardiologica e, qualora ne ravvedano la necessità, il pz verrà trattenuto in "OBI cardiologico" collocato presso la SC di UTIC-Cardiologia. Nel caso in cui, durante la degenza

dell'utente e alla compilazione dei campi richiesti. Il medico cardiologo provvederà a specificare, nel diario clinico del paziente in OBI cardiologico, le indicazioni per il monitoraggio, l'approfondimento diagnostico e le eventuali prescrizioni terapeutiche. Nel gestionale informatizzato, durante il decorso, occorrerà dare evidenza:

- degli esiti della rivalutazione clinica (da annotare ad ogni turno nella sezione "diario Clinico");
- di eventuale motivazione di prolungamento dell'OBI;
- di eventuale motivazione al



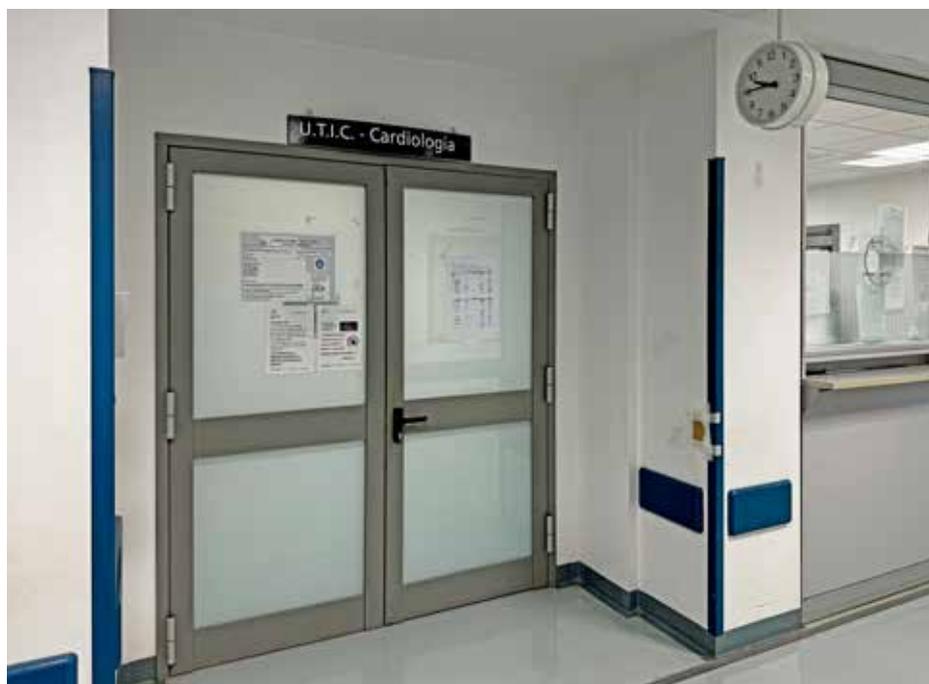
la performance di quest'ultimo e la soddisfazione del paziente. Lo sviluppo degli OBI specialistici, nasce anche dalla necessità di disporre di modalità alternative al ricovero ospedaliero conseguenti alla netta riduzione dei posti letto in area medica, consentendo però di mantenere l'accuratezza diagnostica

Lo sviluppo dell'OBI Cardiologico permette una precoce stratificazione del rischio con riduzione dei ricoveri inappropriati

e gli outcome nel trattamento. E' proprio in questo ambito che si collocano le aree di osservazione specialistiche, le quali, affiancate all'Osservazione Breve in Pronto Soccorso, hanno come scopo quello di evitare ammissioni inappropriate riducendo sia la durata di degenza, mediante l'utilizzo di "percorsi accelerati", che i costi di degenza con la riduzione di inutili duplicazioni dell'intervento medico, ottenendo così una miglior soddisfazione sia del medico che del paziente. Ne sono un esempio i risultati dello studio "CHEPER" sull'infarto miocardio, in cui dopo l'osservazione del 27% dei pazienti con dolore toracico, si ottiene una netta riduzione (dal 4,5 al 0,5%) delle percentuali di dimissioni inappropriate di pazienti con Sindrome Coronarica Acuta.

Conclusioni

Un'area dedicata come l'OBI cardiologico può progressivamente consentire di modificare il



trattamento dei pazienti con patologie cardiache croniche o a bassa intensità di cura con l'obiettivo di non ricoverare più il paziente ma di studiare e trattare il paziente in ambiente consono, aumentando l'appropriatezza dei ricoveri. Inoltre l'apertura dell'OBI cardiologico ha un ruolo fondamentale nel ridurre il sovraffollamento dei Pronto Soccorsi, rispettando le indicazioni del Ministero della Salute sulla riduzione della permanenza dei pazienti nei PS.♥

Un'area dedicata come l'OBI cardiologico può progressivamente consentire di modificare il trattamento dei pazienti con patologie cardiache croniche o a bassa intensità di cura con l'obiettivo di studiare e trattare il paziente in ambiente consono, aumentando l'appropriatezza dei ricoveri significative



CONDIZIONE/ SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	<p>4270 tachicardia parossistica sopraventricolare</p> <p>42731 fibrillazione atriale</p> <p>42789 altre aritmie cardiache</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.</p> <p>Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo</p> <p>Cardioversione elettrica</p> <p>Esclusione di recidive</p>	<p>TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/ farmacologica</p> <p>FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso</p> <p>Scompenso cardiaco e SCA</p> <p>Eventi acuti</p>	<p>Monitoraggio parametri: FC, SatO2</p> <p>Somministrazione farmaci antiaritmici</p> <p>ECG</p> <p>Consulenza cardiologica</p>
DOLORE TORACICO	<p>786.50 Dolore toracico non specificato</p>	<p>Monitoraggio clinico –strumentale</p> <p>Monitoraggio ecografico</p> <p>Esecuzione prelievi ematici seriati.</p> <p>Approfondimento diagnostico – strumentale</p>	<p>Pazienti con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).</p>	<p>I Pazienti con probabilità bassa di SCA,</p> <p>abuso di droghe,</p> <p>instabilità clinica.</p> <p>Presenza dei criteri per ricovero urgente</p>	<p>Monitoraggio multiparametrico</p> <p>EGA ECG: 0-4/6-12 h;</p> <p>Esami: routine + TN a 3-6h</p> <p>Rx torace</p> <p>eco cuore</p> <p>test da sforzo o eco stress</p>
SCOMPENSO CARDIACO	<p>4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata</p>	<p>Monitoraggio clinico-strumentale</p> <p>Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico.</p> <p>Terapia farmacologica</p>	<p>Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II</p>	<p>Primo episodio.</p> <p>Condizioni cliniche instabili.</p> <p>Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.</p> <p>Classe NYHA III e IV</p>	<p>Monitoraggio multiparametrico</p> <p>EGA Esami: routine + a 12 H</p> <p>Doppio accesso venoso e CV</p> <p>Rxt orace</p> <p>Eco cuore</p> <p>Terapia ev</p>

Tabella 1 - Patologie con la descrizione del razionale ed i criteri di inclusione/esclusione per l'ammissione dei pazienti nell' OBI Cardiologico

OBIETTIVO	Fattore critico	Tipo di Controllo	Indicatore (formula)	Standard/ valore atteso	Resp. Rilevazione
Riduzione ricoveri inappropriati in Cardiologia	Numero di pazienti dimessi precocemente	% aumento ricoveri appropriati in Cardiologia	% dei pazienti inseriti in O.B.I. rispetto al totale degli accessi	10-20% riduzione dei ricoveri inappropriati	Direttore UOC Cardiologia
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.I.)	Aumento del tempo medio dei pazienti in Pronto Soccorso	% accessi PS non seguiti da ricovero	% dei Pz dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei Pz osservati	80-90% dei pazienti dimessi	Direttore UOC Pronto Soccorso
Garantire appropriato il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso specifici percorsi, ove necessari	Pazienti che potrebbero non proseguire il follow up	Segnalazione nuovi ricoveri su First Aid (il cosiddetto "sliding doors")	n° di ritorni in PS entro 10 gg dei Pz dimessi da O.B.I.	< 15 % di nuovi accessi dello stesso paziente per la medesima patologia	Direttore UOC Cardiologia – Direttore UOC Pronto Soccorso

Tabella 2 - Obiettivi di performance