

# Aspetti organizzativi, attrezzature, monitoraggio e indicatori

---

## *Aspetti organizzativi*

- I posti letto dell'OBI devono essere integrati logisticamente al Pronto Soccorso e/o alla Medicina d'Urgenza.
- Deve essere previsto un sistema di documentazione informatizzato, in sostanza analogo, ma ben distinto da quello di Pronto Soccorso, che consenta di registrare tempi, modi e orari di tutte le attività diagnostiche e cliniche che vengono svolte.
- Le dimissioni devono comportare l'identificazione della diagnosi con ICD-9.
- Deve essere prevista un'accessibilità alle prestazioni diagnostiche di Laboratorio o di Radiologia ed alle Consulenze Specialistiche nei tempi e nei modi sovrapponibili a quelle di Pronto Soccorso.
- Deve essere prevista una continuità assistenziale Infermieristica col supporto di Operatori Socio Sanitari h 24.
- La presenza medica va commisurata ai carichi di lavoro, ma deve essere imprescindibilmente identificato il medico di Pronto Soccorso responsabile del singolo paziente.

## *Attrezzature e risorse tecnologiche*

- Possibilità di monitoraggio o di telemetrie centralizzato.
- Ossigeno e vuoto.
- Monitor defibrillatore con stimolatore esterno.
- Elettrocardiografo.
- CPAP, ventilatore meccanico (anche condivisi con il Pronto Soccorso).
- Disponibilità tempestiva di Ecografo.
- Pompe per infusione, pulsiossimetri, sfigmomanometri, glucometri.
- Carrello per emergenze con set per intubazione.

### *Monitoraggio delle attività di OBI*

- Le funzioni specifiche dell'OBI devono essere oggetto di un continuo e particolareggiato sistema di monitoraggio mirato ad evitare che la sua funzione venga stravolta da necessità organizzative non pertinenti. La percentuale delle OBI, rispetto agli accessi di Pronto Soccorso, deve di norma essere inferiore al 10% dei pazienti visitati in PS, le dimissioni dopo OBI devono essere tra il 70 e l'80%, mentre gli eventi avversi quali l'exitus, la necessità di manovre rianimatorie, il ricovero in Terapie Intensive devono essere oggetto di Audit.
- Incident reporting con periodica analisi e discussione degli eventi.

### *Indicatori*

Gli indicatori vanno identificati in accordo con le norme regionali di riferimento:

- Numero accessi di Pronto Soccorso e percentuale dei pazienti messi in OBI.
- Percentuale di ammissione e dimissione dopo OBI.
- Percentuale trasferiti ad altri Istituti.
- Tempo medio di soggiorno.
- Percentuale di pazienti dimessi o ricoverati prima di 6 ore e dopo le 24 ore.
- Numero di pazienti dimessi dall'OBI che rientrano in PS dopo 3 e 7 giorni.
- Identificazioni di patologie potenzialmente evolutive da monitorare (es. dolore toracico vs ricoveri entro 7 giorni per SCA).

## PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

### **Scompenso cardiaco**

#### *Definizione* (linee guida ESC 2008)

Sindrome clinica caratterizzata da:

- sintomi tipici di SC: dispnea da sforzo, astenia, affaticabilità, edemi agli AAIL;
- segni tipici di SC: tachicardia, tachipnea, crepitii polmonari, versamento pleurico, aumentata pressione venosa giugulare, edemi declivi, epatomegalia;
- evidenza oggettiva di anormalità di struttura o funzione del cuore a riposo: cardiomegalia, terzo tono, soffi cardiaci, anomalie ECG-grafiche ed ecocardiografiche, concentrazioni aumentate di peptide natriuretico;

Ulteriore classificazione basata sulla presentazione clinica:

- nuovo episodio: primo episodio, esordio acuto o subacuto;
- SC transitorio: insufficienza cardiaca sintomatica per un periodo di tempo limitato; ricorrente o episodico (es. miocardite/IMA);
- SC cronico: persistente, stabile, in peggioramento (la riacutizzazione di scompenso cardiaco cronico è la forma più frequente).

#### *Stadiazione*

1. Killip (segni clinici + Rx torace);
2. NYHA (basato sul grado di attività fisica necessario a provocare i sintomi);
3. Stevenson (fondata sull'osservazione della perfusione e della congestione).

#### *Importanza del problema*

Patologia ad elevata prevalenza che colpisce l'1-2% della popolazione generale nel mondo occidentale; la prevalenza

raddoppia per ogni decennio di vita, raggiungendo il 6-10% nella popolazione superiore ai 65 anni. In Italia rappresenta la seconda causa di ricovero dopo il parto.

### *Gestione in PS*

**Anamnesi:** dolore, cardiopatia nota, terapia farmacologica, comorbidità.

**Esame obiettivo:** parametri vitali (Pa, FC; frequenza respiratoria,  $SO_2$ ), ortopnea, cianosi, obiettività polmonare, edemi, turgore giugulare, terzo tono, soffi.

**Esami strumentali e laboratorio:** EGA, ECG; Eco torace (linee B), RX torace, esami di laboratorio (emocromo, funzione renale, troponina in casi selezionati, elettroliti, glicemia), posizionamento di via venosa.

**Identificazione del tipo di scompenso:** classi di Killip, NYHA, Stevenson.

**Terapia:** ossigeno, C-PAP, diuretici, nitrati, morfina, etc.

**Rivalutazione dopo terapia con nuovi parametri vitali e stabilizzazione.**

### *OBI*

#### *Criteri di inclusione*

- stabilità emodinamica;
- esami strumentali e segni obiettivi di scompenso di entità lieve-moderata (classe di Killip II o NYHA I-II);
- $SO_2 > 90\%$  in  $O_2$ ;
- Rx torace: redistribuzione del piccolo circolo senza franco EPA;
- emocromo ed elettroliti nella norma;
- non alterazioni dello stato mentale;
- necessità di incremento della terapia diuretica.

#### *Criteri di esclusione*

- instabilità emodinamica, condizioni generali seriamente compromesse;
- necessità di ossigeno terapia ad alti flussi;
- scompenso cardiaco di nuova insorgenza;
- classe III o IV NYHA o classe III-IV Killip;
- Hb  $< 8$  g/dL;

- tachiaritmie di nuova insorgenza;
- infiltrati polmonari all’Rx torace;
- confusione, cianosi, sincope;
- alterazioni acute all’ECG (TV, BAV II o III, ischemia acuta);
- necessità di C-PAP;
- necessità di infusione continua farmaci vasoattivi;
- IMA, NSTEMI, TEP, EPA, shock cardiogeno.

### *Obiettivi*

- ripristino di condizioni compatibili con le attività quotidiane del paziente;
- rivalutazione della patologia di base;
- rivalutazione della terapia.

### *Attività in OBI*

- rivalutazione clinica;
- somministrazione della terapia indicata (es: diuretici, nitrati, ossigeno);
- monitoraggio parametri vitali;
- monitor ECG;
- monitoraggio diuresi e peso corporeo per bilancio idrico;
- eventuale valutazione cardiologica + eco doppler cardiaco.

### *Criteri di dimissione*

- miglioramento del quadro con ripristino di condizioni cliniche sovrapponibili a quelle abituali con rivalutazione cardiologica programmata (es.: ambulatorio scompenso).

### *Criteri di ricovero*

- persistente necessità di ossigeno, mancato miglioramento o peggioramento dei sintomi.