

Osservazione temporanea

Ruolo e prospettive tra ospedale e territorio

EDOARDO GUGLIA, ALBERTO GIULIO MARCHI, STEFANIA BASSANESE, STEFANIA NORBEDO, GIANNI MESSI

UOC di Pronto Soccorso e Primo Accoglimento, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Questa esperienza si inserisce significativamente nel dibattito aperto in seno alla SIP e da tempo sulle lettere di "Medico e Bambino" circa la necessità di una rivisitazione dell'assistenza pediatrica. Il sistema dell'osservazione temporanea riduce di molte volte la necessità di un ricovero formale e costringe la pediatria ospedaliera a prospettare una conversione.

L'Osservazione Temporanea (OT) è la permanenza di durata limitata in Pronto Soccorso (PS) di pazienti che successivamente vengono dimessi oppure ricoverati. Nel nostro Paese essa è stata istituita dal DPR 27 marzo 1969, n 128 e confermata dai recenti Piani Sanitari Nazionali e Regionali, ed è ampiamente utilizzata nell'adulto. In campo pediatrico l'OT si è sviluppata negli anni Novanta con la disponibilità di posti letto dedicati nei servizi di Pronto Soccorso pediatrico e in alcune pediatrie generali¹⁻⁵.

Nel tempo essa si è trasformata, da strumento di valutazione della necessità di ricovero in casi dubbi a specifica metodologia di gestione di pazienti acuti. In altri Paesi l'osservazione è stata introdotta in quanto molte patologie acute del bambino entro 24 ore si risolvono, o non richiedono ulteriore assistenza ospedaliera, ma problemi organizzativi o burocratici ritardano la dimissione; la sua efficacia ed efficienza sono ben documentate⁶⁻¹².

L'ESPERIENZA E IL METODO DI LAVORO DEL PS PEDIATRICO DI TRIESTE

La storia

Il PS dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste è stato il primo nel nostro

TEMPORARY OBSERVATION IN PEDIATRIC CARE

(*Medico e Bambino* 2004;23:567-570)

Key words

Child emergencies, Temporary observation, Quality of care

Summary

A 12-year experience in Temporary Observation (TO) in a Child Emergency Department is presented. During the '90s, the proportion of cases dealt with by TO progressively increased, resulting in reduced number of hospital admissions. The appropriateness and effectiveness of TO were evaluated by several studies. Guidelines for TO were developed and improved over time. On the whole TO was shown to be useful in managing acute disease and trauma in childhood.

Paese a utilizzare l'OT nel bambino.

Sin dall'inizio della sua attività, nel 1974, fu dotato di posti letto (reparto di Primo Accoglimento) per il ricovero breve di patologie acute, mediche o chirurgico-traumatologiche, che entro 24-48 ore potessero presumibilmente risolversi e permettere la dimissione con prosecuzione delle cure a domicilio. L'osservazione temporanea, utilizzata saltuariamente negli anni Ottanta, fu introdotta sistematicamente nel 1991 e formalizzata dal 1993 con una cartella integrata medico-infermieristica. Non sono stati considerati in OT i bambini in attesa in Pronto Soccorso dei risultati di accertamenti o consulenze, pratica frequente nel nostro Servizio (20% dei casi)².

La *Tabella I* riporta l'attività relativa agli accessi al Pronto Soccorso, mentre i ricoveri programmati e il day hospital sono gestiti direttamente dai reparti pediatrici medici e specialistici. Essa evidenzia come, nel corso degli anni, l'aumento delle osservazioni abbia significativamente ridotto i ricoveri e aumentato i rinvii a domicilio dal PS, direttamente o dopo OT.

Valutazione dell'efficacia e della appropriatezza della OT

Studi di audit hanno permesso di valutare l'efficacia e le caratteristiche delle OT: patologie prevalenti, finalizzazione (diagnostica, clinica o terapeutica), durata, esito in dimissione o ricovero, numero e tipologia degli accerta-

**OSSERVAZIONE TEMPORANEA:
RUOLO E PROSPETTIVE IN PEDIATRIA**

	1992		1995		1998		2001	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Accessi al Pronto Soccorso	19.881		18.234		19.525		19373	
OT	337	1,7	785	4,3	1055	5,4	992	5,1
Destinazione								
Rinvii a domicilio (di cui dopo OT)	18.810 (304)	91,1 (1,5)	16992 (603)	93,2 (3,3)	18.828 (840)	96,4 (4,3)	18810 (870)	97,1 (4,5)
Ricoveri (di cui dopo OT)	1771 (33)	8,9 (0,2)	1242 (182)	6,8 (1,0)	697 (215)	3,6 (1,1)	563 (122)	2,9 (0,8)
Rapporto OT/ricoveri	1 : 5,3		1 : 1,6		1 : 0,8		1 : 0,6	

Attività assistenziale della UO di Pronto Soccorso e Primo Accoglimento dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste. I rinvii a domicilio dopo OT rappresentano i ricoveri evitati.

Tabella I

PRINCIPALI VARIAZIONI DELLE INDICAZIONI ALLA OSSERVAZIONE TEMPORANEA NEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO DI TRIESTE

Criteri	1994 (ref. 2)	2002 (ref. 15)
Durata massima	6 ore	24-36 ore
Anafilassi	No (solo reazioni allergiche generali)	Sì per trattamento e valutazione (esclusi casi con sintomi respiratori)
Avvelenamento	Asintomatico, da sostanze con latenza di poche ore	Anche sintomatico, da sostanze a tossicità medio-bassa
Convulsioni	Febbrili semplici (dopo il primo episodio)	Anche non febbrili, in pazienti già seguiti
Crisi di ansia	No	Sì per trattamento, eventuali consulenze
Disidratazione	Di entità lieve/media per trattamento per os /problemi	Risolubile con trattamento per os o infusione e.v. breve (6-8 ore) di gestione a casa
Febbre	Non indicazione specifica	Senza segni di localizzazione in età < 3 mesi o in età 3-36 mesi con temperatura rettale >39°C per indagini e rivalutazione clinica
Problemi sociali	A rapida risoluzione	Monitoraggio del comportamento
Distress respiratorio	Casi con parziale risposta al trattamento in Pronto Soccorso	Casi non risolti dal primo trattamento in PS, che non richiedano ossigeno

Tabella II

menti e trattamenti praticati, carico di lavoro medico e infermieristico^{2,3,13-17}.

Particolare attenzione è stata attribuita all'appropriatezza dell'OT. Nei primi anni essa è stata valutata modificando il *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol* ed elaborando le indicazioni per l'osservazione e rispettivamente il ricovero². L'appropriatezza è risultata più frequente nelle OT finalizzate al controllo clinico (81,6% dei casi) e al trattamento dei pazienti (76,5%) rispetto a quelle di tipo diagnostico (53,6%) e, per quanto riguarda le diverse patologie, in quelle addominali (95,6%) e da incidenti (83,5%) rispetto a quella neurologica (60,4%)³.

Successivamente è stato adottato il PRUO dell'Associazione Culturale Pediatri e, in base ai risultati degli studi di audit e all'esperienza maturata, le indicazioni sono state in parte modificate¹⁵. La *Tabella II* riporta alcune delle principali variazioni. In particolare la durata massima della OT era stata inizialmente stabilita in 6 ore, tenendo presente che la degenza media nel reparto di Primo Accoglimento era di 1,2 giorni. L'aumento della sua durata insieme alle modifiche delle indicazioni ha contribuito a ridurre i ricoveri per situazioni cliniche diverse.

Sin dall'inizio l'Osservazione Temporanea è stata effettuata esclusivamente in situazioni d'urgenza, per evitare sovrapposizioni con il day hospital, e gestita dal pediatra di guardia in base a linee guida consolidate e condivise.

RISULTATI

L'efficacia della OT risulta evidente dall'analisi degli anni più recenti. Dei 38.866 bambini visitati nel nostro PS nel 2001-2002, 1852 (4,5% degli accessi) sono stati tenuti in OT; 1214 bambini (3,1% degli accessi) sono stati ricoverati, 264 dei quali dopo un breve periodo di OT.

Il 94,4% delle OT sarebbero risultate appropriate anche per un ricovero "classico" secondo gli standard del PRUO.

I 1588 casi che si sono conclusi nel periodo della OT (85,7% del totale) e ri-

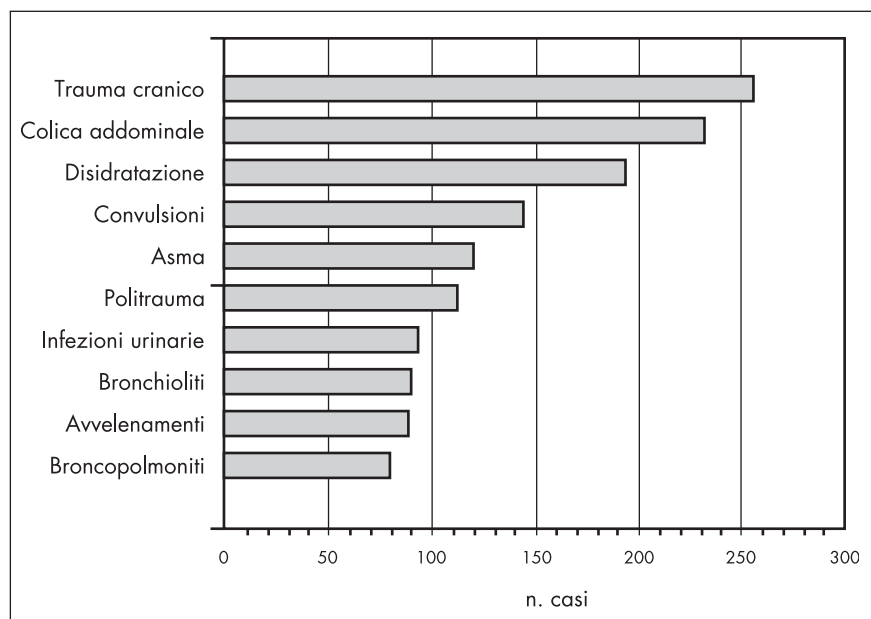


Figura 1. Le prime 10 patologie oggetto di OT nel 2001-2002.

L'OSSERVAZIONE TEMPORANEA (OT) NEL TRAUMA CRANICO E NELL'ASMA NEL 2001-02

PATOLOGIE	Trauma cranico		Asma	
	N.	(%)	N.	(%)
OT	254		119	
Aderenza al PRUO	235	(92,5)	110	(92,4)
Durata media (ore)	8,9		8,9	
Accertamenti/consulenze	92	(36,2)	21	(17,6)
Trattamenti	45	(17,7)	119	(100,0)
Visite mediche (media/caso)	2,1		3	
Visite infermieristiche (media/caso)	9,1		11,4	
Rinvii a domicilio	242	(95,3)	112	(94,1)
Ricoveri dopo OT	12		7	
Ricoveri diretti dal PS	9		6	

Tabella III

mandati a casa con prescrizioni o indicazioni per la famiglia o per il curante hanno avuto una permanenza media di $8,9 \pm 8,05$ ore. Il carico di lavoro delle OT è stato importante: sono state effettuate 2,3 visite mediche in media per caso, 9,3 visite/prestazioni infermieristiche, interventi terapeutici nel 59% dei casi, accertamenti diagnostici nel 72%.

Le prime 10 patologie oggetto di OT

sono riportate nella *Figura 1*.

La *Tabella III* riporta i dati relativi a due patologie di frequente riscontro, il trauma cranico e l'asma. In entrambe le situazioni l'OT ha permesso di limitare i ricoveri, confermando un precedente studio personale². La maggior parte dei traumi cranici nel bambino ha un basso rischio di lesioni intracraniche: alcune ore di osservazione clinica e l'eventuale esecuzione di una

TAC (nella casistica presentata ne sono state effettuate 22) sono sufficienti per i traumi moderati^{18,20}.

Nel caso dell'asma, la buona risposta al trattamento effettuato in regime di OT permette di evitare il ricovero nella grande maggioranza dei casi^{21,22}.

CONCLUSIONI

L'OT è uno strumento prezioso per la gestione ospedaliera di molte patologie acute nel bambino.

I suoi vantaggi sono numerosi. In primo luogo, l'osservazione riduce il numero dei ricoveri, in particolare di quelli inappropriati (ma anche di moltissimi casi che rientrano negli standard di appropriatezza). In secondo luogo, la breve permanenza in ospedale allevia i disagi per il bambino e la sua famiglia e contribuisce a ridurre i costi dell'assistenza. In terzo luogo, migliora la qualità delle cure, che sono basate su criteri e linee guida codificate. Va inoltre sottolineato che essa garantisce la continuità assistenziale: il pediatra di famiglia, oltre a 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 del paziente.

Naturalmente, l'attuazione sistematica della OT giova a tutto, meno che agli aspetti contabili dell'Ente nel quale questa metodica di osservazione viene applicata.

I problemi aperti sono infatti rappresentati innanzitutto dal riconoscimento amministrativo e dal finanziamento. Nonostante il fatto che il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 abbia riconosciuto il ruolo della OT in pediatria, essa, a differenza dei ricoveri, non è registrata ufficialmente. È quindi necessario che i PS pediatrici e le UO di Pediatria siano dotati di letti dedicati all'osservazione temporanea, e che questa attività sia riconosciuta sul piano amministrativo.

In tutti i casi, sarebbe comunque difficile, e probabilmente anche sbagliato, che questo tipo di attività ospedaliera venisse retribuito allo stesso titolo di un ricovero tradizionale. Sarebbe,

MESSAGGI CHIAVE

- L'osservazione temporanea è una modalità di assistenza semi-residenziale, che prevede un'osservazione in "emergency room" con una durata massima di 24-36 ore.
- Un tempo di osservazione di questa durata consente di risparmiare più della metà dei ricoveri che pure risponderebbero ai criteri di appropriatezza del PRUO.
- L'osservazione temporanea allarga la gamma delle prestazioni ospedaliere, aggiungendosi al ricovero tradizionale, al day hospital e all'attività ambulatoriale, consentendo un approccio più elastico e personalizzato alla patologia acuta.
- Questa modalità assistenziale consente un risparmio economico per la Sanità Pubblica, una "familiarizzazione" delle cure e garantisce allo stesso tempo una piena sicurezza per il paziente e per gli operatori.

per altro verso doveroso, in un sistema sanitario "sano" che sia la OT sia il ricovero fossero "veramente", ogni volta, atti necessari; e l'uso sistematico della OT permetterebbe di discriminare al meglio la reale necessità dei ricoveri, e non dovrebbe essere l'occasione per "gonfiare" le prestazioni (come spesso avviene con l'uso improprio del day hospital). Se in 2 anni, in una città di 220.000 abitanti come Trieste, sono stati ricoverati per patologia acuta soltanto 1214 bambini, 4 al giorno, questo ci sembra indice di un buon servizio fatto alla città, alla Sanità pubblica e alle famiglie.

Tornando ai problemi del finanziamento, alcune regioni come la Liguria e la Campania²³ prevedono un rimborso specifico per la OT; altre, come il Friuli-Venezia Giulia, dopo un iniziale riconoscimento come prestazione ambulatoriale codificata, attualmente attribuiscono un finanziamento forfettario nell'ambito del budget dell'emergenza.

In questo secondo caso è quindi doveroso che parte del budget per l'emergenza sia attribuito alle pediatrie generali che esplicano attività di pronto soccorso pediatrico e di osservazione temporanea.

Bibliografia

1. Marchi AG. Assistenza ospedaliera e urgenza pediatrica in Italia: stato dell'arte al giugno 1994. Riv Ital Pediatr 1995;21(3):35-8.
2. Guglia E, Marchi AG, Messi G, et al. Valutazione dell'Osservazione Temporanea e del ricovero breve in un Pronto Soccorso pediatrico. Minerva Pediatr 1995;47:533-9.
3. Marchi AG, Guglia E, Messi G, et al. L'Osservazione Temporanea in pediatria. Pediatria d'Urgenza 1995;2(5):15-8.
4. Messi G, Giuseppin I, Guglia E, et al. L'epidemiologia degli accessi pediatrici. Quaderni di Pediatria 2002;3:1-5.
5. Magnani M, Piccotti E, Messi G, et al. Osservazione breve in pediatria. Criteri clinici di gestione del bambino ammalato. Quaderni di Pediatria 2002;3:10-5.
6. Numa A, Oberklaid F. Can short hospital admissions be avoided? A review of admissions of less than 24 hours' in a pediatric teaching hospital. Med J Aust 1991;155:395-8.
7. Beattie TF, Ferguson J, Moir PA. Short stay facilities in accident and emergency departments for children. Arch Emerg Med 1993;10:177-80.
8. Browne GJ, Penna A. Short stay facilities: the future of efficient paediatric emergency services. Arch Dis Child 1996;74:309-13.
9. Bond GR, Wiegand CB. Estimated use of a pediatric emergency department observation unit. Ann Emerg Med 1997;29:739-42.
10. Lamireau T, Lanas B, Dommange S, Genet C, Fayon M. A short-stay observation unit improves care in the paediatric emergency care setting. Eur J Emerg Med 2000;7:261-5.
11. Browne GJ. A short-stay or 23-hour ward in a general and academic children's hospital: are they effective? Ped Emerg Care 2000;16:223-9.
12. Scribano PV, Wiley JF, Platt K. Use of an observation unit by a pediatric emergency department for common pediatric illnesses. Ped Emerg Care 2001;17:321-3.
13. Marchi AG, Canciani M, Gaeta G, et al. Ruolo e appropriatezza dell'osservazione temporanea in pediatria. Atti Convegno Etica, efficacia e uso delle risorse nel Sistema Sanitario. Trieste, 9-11 aprile 1997:46.
14. Guglia E, Canciani M, Gaeta G, et al. Efficacia dell'Osservazione Temporanea in Pronto Soccorso pediatrico. Riv Ital Pediatr 1999;25(4):83.
15. Guglia E, Giuseppin I, Messi G, Marchi AG. Indicazioni all'osservazione temporanea in pediatria. Quaderni di Pediatria 2002;1:121.
16. Guglia E, Giuseppin I, Messi G, Marchi AG. Applicazione del protocollo di appropriatezza per l'ammissione ospedaliera all'osservazione temporanea in Pronto Soccorso pediatrico e considerazioni sull'impatto economico aziendale. Quaderni di Pediatria 2002;1:121.
17. Guglia E, Giuseppin I, Messi G, Marchi AG. Il carico assistenziale dell'osservazione temporanea in pediatria. Quaderni di Pediatria 2002;1:122.
18. Masters SJ, Mc Clean PM, Arcarese IS, et al. Skull X-ray examinations after head trauma. Recommendations by a multidisciplinary panel and validation study. N Engl J Med 1987;316:84-91.

19. Da Dalt L, Marchi AG, Moretti C, Messi G. Validazione di linee guida per il trauma cranico nel bambino. Risultati preliminari di uno studio multicentrico italiano. Riv Ital Pediatr 1998;24:734-8.
20. American Academy of Pediatrics. The management of minor closed head injury in children. Pediatrics 1999;104:1407-15.
21. Gouin S, Macarthur C, Parkin PC, Schuh S. Effect of a pediatric observation unit on the rate of hospitalization for asthma. Ann Emerg Med 1997;29:218-22.
22. Dell SD, Parkin PC, Macarthur C. Childhood asthma admissions: determinants of short stay. Pediatr Allergy Immunol 2001;12:327-30.
23. Amodio L, Tipo V, Vetrano F, et al. Osservazione breve in Pronto Soccorso pediatrico: modelli organizzativi e budget. Quaderni di Pediatria 2002;3:6-9.



Parole rubate

La forza che conquista

Chiunque si proponga di fare del bene non deve attendersi che gli altri tolgano le pietre dal suo cammino, ma deve accettare tranquillamente il suo destino anche se gliene fanno rotolare al suo passaggio. Una forza che divenga più sicura e più possente attraverso l'esperienza di tali ostacoli è l'unica forza possibile che può superarli. La resistenza è soltanto uno spreco di energia.

Fallimento spirituale

Coloro che cercano di rendere la nostra epoca scettica in questo senso, lo fanno perché si aspettano che gli uomini, dopo aver rinunciato alla speranza di scoprire da sé la verità, finiranno per accettare come verità ciò che viene loro imposto con autorità e per mezzo della propaganda.

Albert Schweitzer