



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 787

Seduta del 31/07/2023

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

MARCO ALPARONE *Vicepresidente*

ALESSANDRO BEDUSCHI

GUIDO BERTOLASO

FRANCESCA CARUSO

GIANLUCA COMAZZI

ALESSANDRO FERMI

PAOLO FRANCO

GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA

ELENA LUCCHINI

FRANCO LUCENTE

GIORGIO MAIONE

BARBARA MAZZALI

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

APPROVAZIONE DEL "PIANO DI RIORDINO DELLE STRUTTURE, ATTIVITA' E DEI RUOLI DEL PERSONALE MEDICO NELL' AMBITO DELLA RETE EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA".

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavese

Il Dirigente Giuliana Sabatino

L'atto si compone di 23 pagine

di cui 17 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il Decreto del Presidente della Repubblica del 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";
- il Decreto del Ministro della Sanità del 15/05/1992 "Criteri e requisiti per gli interventi di emergenza";
- l'Accordo dell'11/04/1996 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee-guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" in applicazione del richiamato Decreto del Presidente della Repubblica del 27/03/1992;
- il Decreto del Ministro della Salute del 2/04/2015 n. 70 che tra gli altri delinea i criteri di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza;
- il Decreto 27 settembre 2022 che modifica le tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario;

RICHIAMATE le seguenti deliberazioni regionali finalizzate all'efficientamento dell'organizzazione del Pronto Soccorso per garantire risposte adeguate e appropriate ai bisogni di salute del cittadino:

- DGR n. IX/1964 del 6/07/2011 "Soccorso sanitario extraospedaliero – aggiornamento dd.g.r. n. VI/37434 del 17.7.1998, n. VI/45819 del 22.10.1999, n. VII/16484 del 23.2.2004 e n. VIII/1743 del 18.1.2006";
- DGR n. X/4967 del 28/02/2013 "Riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in attuazione delle DGR n. IX/1964/2011 e n. IX/3591/2012 e determinazioni conseguenti";
- DGR n. X/2933 del 19/12/2014 "Determinazioni in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza";
- DGR n. XI/794 del 12/11/2018 "Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza";
- DGR n. XI/2561 del 02/12/2019 "Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza - annualità 2019-2020";
- DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020" che ha recepito l'Accordo Stato Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo



Regione Lombardia

LA GIUNTA

nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”;

- DGR n. XI/4078 del 21/12/2020 “Determinazioni in ordine all’attuazione dell’articolo 11 della legge regionale n. 22/2019 – costituzione dell’Agenzia regionale Emergenza Urgenza” che costituisce a far data dal 1° gennaio 2021 la nuova Agenzia Regionale Emergenza Urgenza in attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale n. 22/2019;
- DGR n. XI/6168 del 28/03/2022 “Rete regionale dei Pronto Soccorso - determinazioni in merito al percorso di formazione in triage intraospedaliero”;

PRESO ATTO che nel corso del 2022 la rete regionale dei pronto soccorso ha gestito 3.421.730 accessi, ma la loro distribuzione nei vari Pronto Soccorsi è molto diversificata e talvolta è lo specchio delle profonde revisioni organizzative che gli enti del Sistema Sanitario regionale hanno subito nel corso dello scorso decennio;

RICHIAMATI gli atti regionali volte a migliorare l’efficienza del sistema di Emergenza-Urgenza e in particolare

- il Decreto della DG Welfare n. 785 del 28/01/2022 che attiva la Rete regionale dei Pronto Soccorso e ne approva il Piano di Rete, il quale annovera fra gli obiettivi prioritari di lavoro, anche quello di ottimizzare il funzionamento dei PS attraverso la riduzione significativa del tempo di “boarding”, garantendo il ricovero entro le 8 ore dall’accesso al triage;
- la DGR n. XI/6893 del 5/09/2022 Regione Lombardia è intervenuta sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e sulla ricettività dei reparti di area medica, al fine di garantire l’adempimento a quanto previsto dall’Accordo Stato-Regioni del 1/09/2019 secondo cui il tempo che intercorre fra l’accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza, debba essere inferiore alle 8 ore;

RITENUTO necessario rivedere l’offerta ospedaliera regionale iniziando dalla riclassificazione dei Pronto Soccorso e dei DEA di I e di II livello, pubblici e privati accreditati, previo aggiornamento dei dati di attività dei DEA/Pronto Soccorso;

PRECISATO che con la DGR n. 7758 del 28/12/2022 Regione Lombardia ha programmato di intervenire sugli snodi che caratterizzano il flusso di dimissione dei pazienti dalle aree di degenza ospedaliera con lo scopo di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso di ammissione, cura e dimissione dei pazienti;

RICHIAMATA la Legge Regionale 29/12/2022, n. 34 “Legge di Stabilità 2023-2025” che introduce misure per affrontare la carenza di personale medico nella



Regione Lombardia

LA GIUNTA

disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza presso i servizi della rete ospedaliera accreditati come Pronto soccorso e attribuisce all'Agenda Regionale di Emergenza e Urgenza (AREU) *"l'attivazione, nell'ambito del processo di integrazione tra sistema dell'emergenza urgenza pre-ospedaliero e la rete ospedaliera per contrastare l'incremento di invio di mezzi di soccorso di base e il conseguente fenomeno del sovraffollamento dei Pronto soccorso, di una centrale di approfondimento clinico, denominata Centrale medica integrata (CMI)";*

CONSIDERATO che la Regione Lombardia ritiene la figura del Medico di Emergenza e Urgenza (MEU) centrale al fine di garantire qualità ed efficienza nell'assistenza offerta ai pazienti nei Pronto Soccorso/DEA, snodi centrali della rete Emergenza Urgenza e ritiene necessario definire in modo univoco, il ruolo e la funzione degli specialisti MEU nel contesto ospedaliero e pre-ospedaliero avviando un processo per uniformare il modello organizzativo dei Pronto Soccorso/DEA e la funzione stessa dei MEU, integrandola in modo armonico, funzionale e sinergico con tutte le specialità medico/chirurgiche operanti nella Rete Emergenza-Urgenza e prioritariamente con gli Anestesisti Rianimatori;

RITENUTO di approvare il documento tecnico "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza", allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;

PRESO ATTO che il piano di riordino prevede per le strutture sede di DEA di I e II livello abbiano all'interno della loro organizzazione, una UO complessa di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza" che afferisce al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e comprende attività di Pronto Soccorso, attività di OBI e sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza;

RICHIAMATO l'atto della Conferenza Stato Regioni n.143 del 01 agosto 2019, recepito da Regione Lombardia con la DGR. XI/2672/2019, che ha dettato le Linee di indirizzo per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) nei DEA e nei Pronto Soccorso, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico, da parte della struttura ospedaliera;

RITENUTO di definire i requisiti autorizzativi, organizzativi e strutturali, e di accreditamento dell'OBI (suballegato1) e della degenza di Medicina di Emergenza -Urgenza;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO altresì di dare mandato alla DG Welfare:

- ◆ di definire, con propri successivi atti, definire le azioni necessarie a dare piena attuazione al percorso di riordino ed efficientamento erogativo della rete di Emergenza-Urgenza, le tempistiche di aggiornamento dei POAS secondo gli schemi allegati (sub-allegato 2), le indicazioni operative per l'accreditamento delle OBI e delle sezioni di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza e, infine, dei modelli di gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale (modello RRT);

RITENUTO infine che anche le strutture sanitarie private accreditate sede di Pronto Soccorso sono tenute a rispettare i requisiti organizzativi di qualificazione e accreditamento indicati nel documento tecnico allegato al presente provvedimento in quanto il servizio di pronto soccorso e di MEU è una componente essenziale della rete dell'emergenza-urgenza e delle patologie tempo dipendenti;

DATO ATTO che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

VISTE:

- ◆ la legge regionale 07/07/2008, n. 20 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale" e tutti i provvedimenti relativi all'assetto organizzativo della Giunta regionale;
- ◆ la legge regionale n. 33 del 30/12/2009 e s.m.i. "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità";

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul portale Regionale;

VAGLIATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

ALL'UNANIMITA' dei voti, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento tecnico "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza", allegato 1 parte integrante del presente provvedimento;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

2. di definire i requisiti autorizzativi, organizzativi e strutturali, e di accreditamento dell'OBI (sub-allegato 1) e della degenza di Medicina di Emergenza -Urgenza;
3. di dare mandato alla DG Welfare di definire, con propri successivi atti, definire le azioni necessarie a dare piena attuazione al percorso di riordino ed efficientamento erogativo della rete di Emergenza-Urgenza, le tempistiche di aggiornamento dei POAS secondo gli schemi allegati (sub-allegato 2), le indicazioni operative per l'accREDITamento delle OBI e delle sezioni di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza e, infine, dei modelli di gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale (modello RRT);
4. di stabilire che le strutture sanitarie private accreditate sede di Pronto Soccorso sono tenute a rispettare i requisiti organizzativi di qualificazione e accreditamento indicati nel documento tecnico allegato al presente provvedimento in quanto il servizio di pronto soccorso e di MEU è una componente essenziale della rete dell'emergenza-urgenza e delle patologie tempo dipendenti;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul portale Regionale;

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

PIANO DI RIORDINO DELLE STRUTTURE, ATTIVITÀ E DEI RUOLI DEL PERSONALE MEDICO NELL'AMBITO DELLA RETE EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA

1. Analisi di contesto e azioni programmatiche per la rete ospedaliera.

Il compito della rete Emergenza-Urgenza *pre-* e *intra-*ospedaliera è quello di garantire la tempestiva stabilizzazione del paziente critico ed il riconoscimento precoce di problematiche potenzialmente evolutive, assicurando al cittadino il miglior percorso di cura all'interno delle reti di patologie tempo-dipendenti, attraverso un modello che integri strutturalmente e funzionalmente l'emergenza preospedaliera ed ospedaliera.

La rete ospedaliera di Emergenza-Urgenza di Regione Lombardia conta di 13 DEA di II Livello (DGR XI/1179/19), 44 DEA di I Livello, 42 ospedali sede di Pronto Soccorso attualmente attivi ovvero uno ogni circa 100.000 abitanti.

Nel corso del 2022 la rete ha gestito 3.421.730 accessi, ma la loro distribuzione nei vari Pronto Soccorsi è molto diversificata e talvolta è lo specchio delle profonde revisioni organizzative che gli enti del Sistema Sanitario regionale hanno subito nel corso dello scorso decennio:

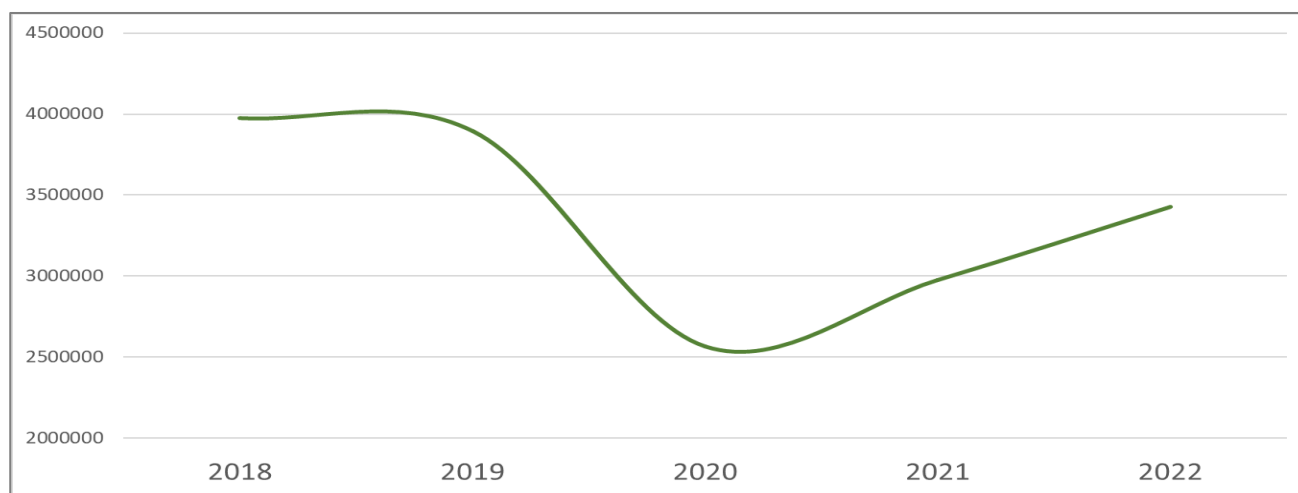
Tabella 1: Accessi 2022 per tipologia di struttura

TIPOLOGIA	NUMERO	TOTALE ACCESSI	MEDIA ACCESSI	MINIMO ACCESSI	MASSIMO ACCESSI
	<i>a</i>	<i>b</i>	$c=b/a$	<i>d</i>	<i>e</i>
DEA II	13	916.594	70.507	39.346	92.666
DEA I	44	1.722.927	39.157	11.982	76.408
PRONTO SOCCORSO	42	782.209	18.624	3.988	42.058
TOTALE	99	3.421.730	34.563	3.988	92.666

Tabella 2: Accessi 2022 ai Pronto Soccorso per tipologia struttura o per modalità

TIPOLOGIA	AUTONOMO	118	ALTRO	% AUTONOMO	%118	% ALTRO
	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i=f/b%</i>	<i>l=g/b%</i>	<i>m=h/b%</i>
DEA II	688.624	180.862	47.108	75%	20%	5%
DEA I	1.249.751	376.197	96.979	73%	22%	6%
PRONTO SOCCORSO	610.876	138.547	32.786	78%	18%	4%
TOTALE	2.549.251	695.606	176.873	75%	20%	5%

Figura 1: Andamento accessi Pronto Soccorso ultimi 5 anni



Nel corso dell'ultimo anno Regione Lombardia è intervenuta con azioni volte a migliorare l'efficienza del sistema di Emergenza-Urgenza e, in particolare:

nell'ambito del preospedaliero

- ha dato avvio a progetti sperimentali di nuovi modelli organizzativi per migliorare l'appropriatezza degli accessi a Pronto Soccorso, utilizzando la telemedicina nella valutazione di pazienti che si rivolgono al NUE 112 (centrale CMI) e alla Continuità Assistenziale NEA 116117 (UNICA) e potenziando la valutazione domiciliare.

nell'ambito ospedaliero

- ha aggiornato le reti tempo dipendenti Stroke e Trauma (DGR XI/7473/22 e XII/211/23);
- ha adottato il nuovo modello di triage (DGR XI/6168/22) con relativo percorso formativo e implementazione dei percorsi fast track, presa in carico infermieristica e sviluppo di aree a differente complessità di cura;

- con la DGR XI/6893/22, ha integrato le indicazioni precedentemente emanate con DGR 2933 del 19/12/2014, fornendo indicazioni operative alle Strutture pubbliche sede di Pronto Soccorso con l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso stesso e con la DGR XI/7758/22, oltre a fornire ulteriori indicazioni in materia, ha previsto per il 2023 l'inizio della revisione dell'offerta e della disponibilità dei posti letto delle unità territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Strutture Intermedie e Riabilitazioni) al fine di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso, attraverso le degenze in area medica fino alla loro dimissione.

Tutto ciò premesso, in coerenza con i criteri previsti dal DM 70/2015, e considerato quanto emerso dall'analisi effettuata dall'apposito gruppo di lavoro costituito con Decreti del DGW n. 1767 del 13/2/2019 e 9726 del 3/7/2019, si rende necessario rivedere l'offerta ospedaliera regionale iniziando dalla riclassificazione dei Pronto Soccorso e dei DEA di I e di II livello, pubblici e privati accreditati, previo aggiornamento dei dati di attività dei DEA/Pronto Soccorso da eseguirsi a cura della DGW entro la fine del 2023.

Così come indicato dal DM 70/15, il modello organizzativo di riferimento sarà quello "a rete", con previsione di espliciti coordinamenti funzionali Aziendali e Interaziendali dei nodi, al fine di garantire il più efficace e continuo percorso di cura al paziente urgente, anche attraverso la condivisione di PDTA e di risorse (umane, tecnologiche e di posti letto), favorendo anche una gestione efficiente dei trasporti secondari.

L'analisi di cui sopra porterà alla presentazione, entro l'anno 2023, di un atto programmatico di revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/Pronto Soccorso, coerente con il riordino della rete ospedaliera Regionale che, dopo approvazione da parte della Giunta Regionale, diventerà operativo nel 2024.

Il riordino della rete ospedaliera dovrà inoltre prevedere un riequilibrio nella dotazione di posti letto sulla base dei dati epidemiologici attuali, tenendo in debita considerazione anche le esigenze di assistenza e cura dei pazienti provenienti dai DEA/Pronto Soccorso.

Al fine di garantire un tempo di permanenza in DEA/Pronto Soccorso limitato al tempo strettamente necessario per completare l'iter diagnostico terapeutico d'urgenza eseguibile in tale setting e comunque, di norma inferiore alle 8 ore dall'esecuzione del triage (in coerenza con le indicazioni regionali contenute nella DGR XI/6893/22, nell'allegato C dell'Atto n. 143 della Conferenza Stato Regioni del 1/8/2019 e nella DGR XI/6893/22) le Direzioni delle Strutture Ospedaliere interessate, pubbliche e private, anche implementando l'attività di bed management, definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per garantire l'immediata accoglienza del paziente nelle sezioni di degenza specialistiche ospedaliere, nonché la continuità della presa in carico del paziente. La indisponibilità di posti letto nelle sezioni di degenza ospedaliere non è giustificazione sufficiente ad impedire l'immediato ricovero del paziente da parte del medico di DEA/Pronto Soccorso.

2. Il ruolo del Medico d'Emergenza-Urgenza (MEU)

Regione Lombardia ritiene la figura dei MEU centrale al fine di garantire qualità ed efficienza nell'assistenza offerta ai pazienti nei Pronto Soccorso/DEA, snodi centrali della rete emergenza urgenza. Vi è una grave carenza di professionisti MEU e la progressiva riduzione dell'attrattività della disciplina è ben rappresentata dal fatto che circa il 40% delle borse di Specializzazione MEU non sono state assegnate negli ultimi anni.

Si rende necessario, quindi, definire in modo univoco, ruolo e funzione degli specialisti MEU nel contesto ospedaliero e preospedaliero avviando un processo per uniformare il modello organizzativo dei DEA/Pronto Soccorso e la funzione stessa dei MEU, integrandola in modo armonico, funzionale e sinergico con tutte le specialità medico/chirurgiche operanti nella Rete Emergenza-Urgenza e prioritariamente con gli Anestesisti Rianimatori.

L'identità e l'ambito professionale del MEU sono definiti dal documento del MIUR inerente il profilo dello specialista in Medicina d'Emergenza-Urgenza: "il MEU deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi del primo inquadramento diagnostico (sia intra che extra-ospedaliero) e il primo trattamento delle urgenze mediche, chirurgiche e traumatologiche, con piena autonomia, nel rispetto dei principi etici, all'interno del sistema integrato dell'Emergenza-Urgenza".

Le attività previste per il MEU nell'ambito della rete ospedaliera di Emergenza-Urgenza (Pronto Soccorso, DEA di I e II livello) di Regione Lombardia sono:

- turni di guardia attiva in Pronto Soccorso;
- turni di guardia nel sistema di Emergenza-Urgenza preospedaliera (SOREU, mezzi di soccorso medicalizzati e Centrale Medica Integrata) previa formazione e abilitazione certificata da AREU;
- turni di guardia attiva nei reparti di Medicina d'Emergenza e Urgenza;
- trasporti sanitari medicalizzati previsti dalla normativa vigente secondo la classificazione di Ehrenwerth, previa apposita formazione certificata dal sistema AREU;
- gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale per pazienti allocati fuori da aree ad alta intensità di cura che presentino il deterioramento dei parametri cardiorespiratori/emodinamici (modello RRT- *Rapid Response Team*) con precoce condivisione con il rianimatore (MET - Medical Emergency Team).

3. Unità Operativa complessa di” Pronto Soccorso e Medicina d’Emergenza-Urgenza”

Le Strutture sede di DEA di I e II livello devono prevedere, all'interno della loro organizzazione, una UO complessa di “Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza” che afferisce al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e comprende attività di Pronto Soccorso, attività di OBI e sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza

Anche le Strutture sede di Pronto Soccorso possono prevedere una sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza.

3.1. Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'atto della Conferenza Stato Regioni n.143 del 01 agosto 2019, recepito da Regione Lombardia con la DGR. XI/2672/2019, ha dettato le Linee di indirizzo per la diffusione, con modalità uniformi, delle Unità di Osservazione Breve Intensiva nei DEA e nei Pronto Soccorso, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati, aumentare la sicurezza delle dimissioni da Pronto Soccorso e migliorare il processo di presa in carico del paziente adulto e pediatrico, da parte della struttura ospedaliera.

Definizione

L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali.

Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, per la necessità di esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento terapeutico/assistenziale più idoneo.

Requisiti di accreditamento

I requisiti di accreditamento sono riportati nel sub-allegato 1 e sono stati condivisi con i rappresentanti delle ATS e degli erogatori accreditati pubblici e privati al tavolo sanitario del Gruppo di Lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie rinnovato con decreto DGW n.16148 del 11 novembre 2022.

Numero posti tecnici

La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di una postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso.

Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno due postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure una postazione ogni 4.000 accessi in Pronto Soccorso

Le postazioni OBI sono funzionali e non sono considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

Almeno il 50% delle postazioni deve essere dotato di sistemi di monitoraggio multiparametrico.

È previsto che tutti i presidi ospedalieri sede di Pronto Soccorso, DEA di I e II livello debbano avere delle postazioni di OBI.

Non è prevista la conversione di posti letto per l'attivazione di posti OBI.

Sede organizzativa

L'area di OBI è attivata in locali dedicati ed è abitualmente collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso.

L'OBI pediatrica, in assenza di un Pronto Soccorso Pediatrico, è una unità funzionale dell'unità operativa di Pediatria.

L'OBI ostetrica, in assenza di un Pronto Soccorso Ostetrico, è un'unità funzionale dell'unità operativa di Ostetricia.

Tipologia di paziente (OBI di Pronto Soccorso adulto)

In generale l'utilizzo dell'OBI è appropriato per gli utenti di Pronto Soccorso che necessitano di approfondimenti diagnostico-terapeutici o di un periodo di osservazione clinico-strumentale esteso oltre le 8 ore dal triage, atti ad ottenere un corretto inquadramento clinico e definire le reali necessità di un ricovero ospedaliero o, in alternativa, di permettere una dimissione più sicura.

Nel richiamare i criteri di ammissione/non ammissione definiti dell'Atto 143 di cui in premessa, si ribadisce in particolare, che sono ammessi in OBI i pazienti che necessitano di metodiche diagnostiche strumentali e di laboratorio ottenibili in tempi non immediati e per i quali sia richiesta una terapia prolungata.

Sono altresì candidati all'OBI

- i pazienti che richiedono, per le caratteristiche del problema clinico, un periodo di osservazione protratta

- i pazienti che presentano una patologia acuta associata a condizioni di relativa instabilità, per i quali è ipotizzabile un ricovero ospedaliero, in area extra-Intensiva, dopo adeguata stabilizzazione.

La decisione di avviare un soggetto al percorso OBI compete esclusivamente al medico di Pronto Soccorso.

La permanenza del paziente in OBI, di norma, non deve avere una durata inferiore alle 6 ore e superare le 36 ore.

Criteri di esclusione (OBI di Pronto Soccorso adulto):

Non è appropriato l'uso dell'OBI per i pazienti che presentano, durante la fase di gestione in Pronto Soccorso, una chiara indicazione al ricovero ospedaliero e siano in condizioni di instabilità clinica (concetto svincolato dalla severità o gravità clinica). Non è altresì corretta l'attivazione dell'OBI per i soggetti che, in condizioni standard, possano essere definiti direttamente nell'area di Pronto Soccorso entro le 8 ore massime di permanenza in tale setting. Da escludere i soggetti che abbiano manifestato ideazione e/o gestualità autolesiva o che presentino patologia psichiatrica acuta/attiva.

Considerata l'organizzazione del Pronto Soccorso rispetto a criteri anagrafici (Pronto Soccorso Pediatrico) o per condizioni omogenee (Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico), vengono esclusi soggetti minori di 18 anni e, di norma, donne in gravidanza.

Staff

L'organico medico, infermieristico e assistenziale dell'OBI è parte del team di Pronto Soccorso.

Nel team che gestisce l'OBI ostetrica è presente anche personale ostetrico. Se l'OBI ostetrica è annessa all'unità operativa di ostetricia, l'organico medico, infermieristico e assistenziale è parte del team della UO stessa.

Per l'OBI pediatrica l'organico medico, infermieristico e assistenziale è parte del team del Pronto Soccorso pediatrico. Se l'OBI è annesso all'unità operativa di Pediatria, è parte del team della UO.

Documentazione sanitaria

Deve esser prevista una "sezione/funzione" dedicata all'interno dei programmi gestionali usati in Pronto Soccorso, contenente il diario clinico, le indagini e le terapie eseguite, le diagnosi, l'esito e l'epicrisi all'atto di dimissione o di ricovero ospedaliero. È altresì da attivare una documentazione infermieristica che contenga informazioni relative ai bisogni di

assistenza infermieristica, alla pianificazione degli interventi, agli esiti attesi ed al monitoraggio del paziente durante la permanenza in OBI. Tutta la documentazione è parte integrante della documentazione clinica /verbale di Pronto Soccorso.

Indicatori

Indicatori di attività

- percentuali di utenti di Pronto Soccorso gestiti in OBI rispetto agli accessi globali;
- percentuale di soggetti ricoverati da OBI (atteso un valore di max 10%);

Indicatori di appropriatezza

- percentuale ripresentati dopo 24-48 ore da dimissione (atteso un valore < 5%);

Flusso informativo

Si richiama quanto contenuto nella DGR. XI/2699/2019

Remunerazione

Non è attualmente previsto un riconoscimento economico bensì una sperimentazione di un anno (2024) utile a consolidare il flusso e consentire un'analisi dei costi.

3.2. La sezione di degenza della UO di Medicina d'Emergenza-Urgenza

Ove individuato, l'Unità di Medicina d'Emergenza-Urgenza dispone di una sezione di degenza (anche inserita in un'area più vasta di degenza) in connessione organizzativa con il Pronto Soccorso (PS/OBI). La degenza è destinata ai ricoveri da Pronto Soccorso di pazienti in fase acuta con necessità di monitoraggio continuo e/o per potenziale instabilità e/o con necessità di supporto non invasivo e intensivo di una singola funzione d'organo, con problematica medica, chirurgica o traumatologica.

Considerata la tipologia dei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso e le competenze specialistiche dei MEU, l'area può essere destinata anche alla gestione di pazienti complessi con più comorbilità che necessitano di un inquadramento clinico assistenziale.

Requisiti di accreditamento

Letti di degenza cosiddetta breve (codice disciplina 51): rispetto dei requisiti di accreditamento previsti dal reparto di degenza ordinaria di medicina generale.

Nell'ambito del reparto di degenza di Medicina d' Emergenza-Urgenza devono essere previsti anche posti letto di semintensiva (codice disciplina 94) che sono tenuti a possedere i requisiti previsti dalla DGR XI/3264/20 per le semintensive di tipo B e possono essere integrati all'interno della degenza stessa o allocati anche all'interno di una unità di semintensiva multidisciplinare. Diversamente da quanto previsto dalla citata DGR, qualora siano integrati nella sezione di degenza breve i letti di semintensiva afferenti al DEA/Pronto Soccorso possono essere accreditati anche con una dotazione minima di 4 posti letto e possono condividere i requisiti strutturali specifici con la degenza breve.

Numero di posti letto

Il numero di posti letto afferenti alle UUOO di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza rientra nel novero dei parametri previsti dal DM 70 del 2015 e viene definito in base alla tipologia di Dipartimento di Emergenza e Accettazione o Pronto Soccorso: rientra quindi tra le caratteristiche organizzativo-strutturali già definite all'interno delle singole strutture ospedaliere, fermo restando il rispetto dei requisiti di accreditamento.

E' previsto che tutti i presidi ospedalieri sede di DEA di I e II livello debbano avere una sezione di degenza di Medicina d' Emergenza-Urgenza afferente alle UUOO complesse di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza" come sopra definito; per raggiungere questo obiettivo è prevista una prima fase di riclassificazione delle sezioni di degenza di Medicina d'Urgenza esistenti, attualmente accreditati come reparti di Medicina generale (descrittiva Medicina d'urgenza), e una seconda fase, al termine del processo di revisione della Rete di Emergenza-Urgenza e conseguente riclassificazione dei Pronto Soccorso, di progressivo accreditamento di nuove sezioni nelle strutture che attualmente ne sono prive.

Il numero complessivo di letti afferenti alle UUOO di Medicina d' Emergenza-Urgenza non può essere superiore a 24 posti letto complessivi per i DEA di II livello e 12 per i DEA di I livello. I posti letto sono da considerarsi all'interno dei posti letto complessivi accreditati.

Aspetti organizzativi

La sezione di degenza deve essere in continuità funzionale con l'area di Pronto Soccorso, con partecipazione all'attività clinica, a rotazione, dei medici dell'intera UO di "Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza-Urgenza, al fine di favorire una opportuna integrazione di expertise e di protocolli. Inoltre, ove possibile, deve essere predisposta anche una continuità strutturale tra l'area di Pronto Soccorso e la sezione di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza, al fine di garantire un rapido collegamento tra i due settori.

Tipologia di pazienti

Degenza breve

- Pazienti con potenziale instabilità clinica che necessitano anche di monitoraggio continuo con previsione di stabilizzazione/trasferimento/dimissione in tempi brevi (di norma entro le 72-96 ore).

Area semintensiva

- Pazienti che presentano necessità di supporto non invasivo di un organo vitale.
- Pazienti per i quali, d'intesa con gli Anestesisti Rianimatori, non sussistono le indicazioni per un'assistenza intensiva.

Un reale, costante e condiviso flusso di pazienti tra le aree a diversa intensità di cura rappresenta un modello virtuoso di collaborazione inter-specialistica (rianimatore, MEU, specialisti) e presuppone il rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- precoce identificazione del rischio evolutivo e stretta sorveglianza del paziente potenzialmente instabile;
- precoce condivisione con il rianimatore e con gli specialisti del percorso e dell'intensità di cura necessario al paziente;
- precoce condivisione del setting assistenziale più adeguato.

L'esito previsto per i pazienti ricoverati in degenza breve è di norma la dimissione al domicilio e per i pazienti ricoverati nei letti semintensivi, il ricovero in degenza ordinaria o in un livello di intensità di cura maggiore.

Criteri di esclusione:

1. Pazienti che sviluppano una complicanza clinica, per i quali è richiesto un trasferimento verso la terapia intensiva.
2. Criteri clinici presenti al momento dell'accesso in Pronto Soccorso che indicano appropriato il ricovero in aree semintensive specialistiche (Stroke, UTIC, UTIR).
3. Pazienti con indicazione a ricovero in Unità Operative specialistiche (non può essere area di appoggio).
4. Pazienti da sottoporre ad interventi chirurgici al momento del ricovero.

Staff

L'organico medico e infermieristico della sezione di degenza del reparto di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza deve essere parte del team di quello che opera all'interno

del Pronto Soccorso/OBI: la rotazione dello stesso pool di sanitari tra queste due strutture favorisce la crescita professionale, l'integrazione dei protocolli clinico-gestionali, il corretto flusso dei pazienti da Pronto Soccorso.

Indicatori di attività e qualità:

Gli indicatori per la valutazione delle attività di degenza di Medicina d' Emergenza-Urgenza saranno individuati da Direzione Generale Welfare, sentita la Rete Regionale dei Pronto Soccorso.

4. Percorsi di cura integrati per i pazienti a bassa complessità

Extraospedaliero:

Ai fini di migliorare l'appropriatezza del setting di cura dei pazienti che afferiscono ai DEA/Pronto Soccorso, sono indispensabili un raccordo e integrazione molto stretti ed efficaci con le Strutture della Rete Riabilitativa, della Rete Socio-Sanitaria, e della Rete Socio-Assistenziale.

Nel dicembre 2022 è stata istituita da Regione Lombardia la Centrale Medica Integrata ("con la Legge Regionale n° 34 del 29 dicembre 2022, sono integrate le funzioni delegate ad AREU dall'art. 16 della LR 33/2009 e, in particolare, viene legittimata la funzione della CMI come strumento per riorientare le chiamate non emergenti urgenti verso i nodi della rete territoriale, attraverso il 116117). Si prevede di potenziare tale attività, così come quella del team di risposta rapida (medico-infermieristico) per le cure domiciliari del paziente anziano e fragile, su tutto il territorio regionale.

È inoltre promosso l'utilizzo, da parte del cittadino, del NEA 116117, estendendo l'attività della centrale UNICA su tutto il territorio regionale, 24/7 e garantendo al cittadino l'accesso ai servizi territoriali, attraverso l'integrazione con le COT.

Intraospedaliero:

AMBULATORIO "CODICI MINORI"

Considerata l'elevata percentuale di pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con problematica minore complessità, in ogni DEA di I e II livello deve essere istituito un ambulatorio "codici minori" a cui vengono inviati direttamente da triage i pazienti con codice di priorità 4-5, ad eccezione di quelli già destinati ad altri percorsi fast-track.

La complessità clinico assistenziale e di conseguenza l'attività in tale area sono da intendersi equiparate a quella della "Continuità Assistenziale". La responsabilità gestionale rimane in capo al Pronto Soccorso ma l'ambulatorio dovrà essere gestito prioritariamente

con personale aggiuntivo, anche non specialistico: potrà essere utilizzato personale in organico al Pronto Soccorso/Medicina d' Emergenza-Urgenza solo dopo aver coperto la turnistica di PS/OBI/Degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza ed emergenza preospedaliera.

5. Personale definizione assegnazioni e reclutamento

Le Direzioni delle Strutture Ospedaliere sede di DEA/Pronto Soccorso, devono garantire la rotazione del personale assegnato alle Strutture Complesse "Pronto Soccorso e Medicina d' Emergenza-Urgenza" o ai Pronto Soccorso tra i vari servizi sottoelencati.

I turni in Pronto Soccorso non dovranno, di norma, essere inferiori al 50% né superare il 70% dell'orario di lavoro, fatta salva la scelta volontaria del singolo medico ad effettuare tutto l'orario di lavoro in Pronto Soccorso.

Il personale dovrà ruotare tra i vari servizi:

1. sistema di Emergenza – Urgenza preospedaliera;
2. Pronto Soccorso, OBI;
3. degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza (compresa sezione semintensiva);
4. trasporti medicalmente assistiti;
5. gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale (modello RRT).

Per quanto riguarda la determinazione dei fabbisogni delle singole strutture pubbliche è previsto una rideterminazione dei fabbisogni di personale in armonia con quanto definito dal Decreto Agenas e, contestualmente con la revisione della Rete, con la classificazione dei DEA/Pronto Soccorso e con la conseguente individuazione delle degenze di Medicina d' Emergenza-Urgenza (periodo settembre 2023 – gennaio 2024); tuttavia si precisa che l'avvio, ove sarà previsto, della presa in carico della gestione dell'urgenza medico/chirurgica intra-ospedaliera richiederà un ulteriore e progressivo incremento di organico delle relative UUOO.

6. Ruolo di AREU

Per favorire la rapida identificazione delle criticità, le azioni correttive e il benchmark tra diverse strutture in stretta sinergia con l'"Osservatorio regionale per i ricoveri in area medica", AREU monitorizza gli indicatori di affollamento e le metriche dei Pronto Soccorso,

attraverso un cruscotto regionale sul *patient-flow* che dovrà a tendere integrarsi con dati relativi alle degenze ospedaliere. È altresì affidato ad AREU il monitoraggio:

- dei modelli organizzativi del Sistema Emergenza-Urgenza integrato come sopra definito,
- del flusso dei ricoveri da Pronto soccorso dell'affollamento dei DEA/Pronto Soccorso

La Direzione Generale Welfare potrà avvalersi del supporto di AREU nell'analisi e definizione delle azioni di miglioramento riferite alle criticità che dovessero emergere dal monitoraggio dei DEA e Pronto Soccorso della rete regionale di Emergenza-Urgenza e nella proposta di aggiornamento della rete di Emergenza-Urgenza a regionale.

AREU potrà supportare tecnicamente, se richiesto, le Aziende/IRCCS in tema di organizzazione delle attività di Emergenza-Urgenza ospedaliera.

Infine, AREU contribuisce a garantire la formazione, il tutoraggio e l'abilitazione di specializzandi e specialisti in ambito MEU per l'attività in Emergenza-Urgenza nell'ambito preospedaliero.

7. Indicazioni finali

La Direzione Generale Welfare, con propri successivi atti, definirà le azioni necessarie a dare piena attuazione al percorso di riordino ed efficientamento erogativo della rete di Emergenza-Urgenza, le tempistiche di aggiornamento dei POAS secondo gli schemi allegati (sub-allegato 2), le indicazioni operative per l'accreditamento delle OBI e delle sezioni di degenza di Medicina d'Emergenza-Urgenza e, infine, dei modelli di gestione della guardia medico/chirurgica interdivisionale (modello RRT).

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI - MACROATTIVITÀ Osservazione Breve Intensiva	
Tipologia Req	TESTO
OS	Il numero di posti dedicati all'OBI rispetta il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi (adulti) al Pronto Soccorso?
OS	La dotazione di personale per una macroattività di OBI (adulti) fino a 4 postazioni è composta da: n.1 medico (in condivisione con il PS/degenza Medicina d'urgenza), n.1 infermiere (in condivisione con il PS/degenza Medicina d'urgenza), n.1 OSS dedicato nelle 12 ore diurne ed in condivisione con il PS/degenza Medicina d'urgenza, nelle ore notturne?
OS	La dotazione di personale per la macroattività di OBI (adulti) da 5 a 8 postazioni è composta da: n.1 medico per almeno 60 min/die per postazione occupata, non continuativi ed in condivisione con il PS/degenza Medicina d'urgenza nelle ore notturne, n.1 infermiere H24, n.1 OSS dedicato nelle 12 ore diurne e in condivisione con il PS/degenza Medicina d'urgenza nelle ore notturne?
OS	La dotazione di personale per una macroattività di OBI (adulti) da 9 a 15 postazioni è composta da: n.1 medico per almeno 60 min/die per postazione (occupata) ed in condivisione con il PS/degenza Medicina d'urgenza nelle restanti ore, n.2 infermiere H24, n.1 OSS H24?
OS	L'attività svolta in OBI è regolamentata da protocolli operativi formalizzati e procedure sia interne che concordate, sulla base delle Linee Guida Ministeriali, con le UUOO di riferimento di area medica e chirurgica?
OS	Nelle procedure organizzative dell'attività di PS è prevista la modalità di accoglienza del paziente in OBI con la descrizione delle funzioni e delle attività, nonché la modalità di aggiornamento, in ottemperanza alla legge 219/2017, delle condizioni cliniche del pz con i parenti/accompagnatori, l'eventuale possibilità di accesso dei visitatori e gli orari che devono essere opportunamente comunicati/esplicitati?
OS	Viene garantita la medesima modalità dei servizi alberghieri relativa ai posti letto di degenza ordinaria?
OS	L'assistenza del pz in OBI, in ottemperanza alle disposizioni normative vigenti, è descritta nella documentazione clinica del PS (medica, infermieristica, etc.), e comprende almeno diario clinico, indagini/ terapie eseguite, diagnosi di dimissione?
OS	E' prevista, nell'ambito del piano di formazione aziendale, un'attività di formazione continua rivolta al PS che consenta ai professionisti di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali?
OS	E' predisposto un piano di rotazione periodica e costante del personale tra l'area di PS e quella dell'OBI al fine di mantenere elevati i livelli qualitativi di performance?
OS	Nell'ambito delle procedure del PS sono definiti i tempi di permanenza presso l'OBI che devono essere compresi tra le 6 e 44 ore?
SS	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate?
SS	I locali OBI sono collocati in adiacenza o comunque nelle immediate vicinanze del P.S e/o degenza Medicina d'urgenza e sono organizzati in strutture open-space e/o a box singoli, opportunamente attrezzati per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente, garantendo almeno 7 metri quadri per p.t. e servizi igienici differenziati per sesso? Qualora i p.t. siano allocati in camere queste garantiscono i medesimi parametri?
SS	Ogni postazione di OBI ha a disposizione il sistema di erogazione dell'ossigeno e il sistema di aspirazione ed almeno il 50% delle postazioni è dotata di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente?
SS	Nell'OBI, oltre alla dotazione standard, sono presenti le seguenti apparecchiature: - carrello per l'emergenza, - monitor defibrillatore/stimolatore, - ventilatore meccanico - dispositivi per la somministrazione di ossigeno (maschera Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP) - elettrocardiografo - pompe infusionali? Inoltre, sono presenti, anche in comune con il PS: - ecografo pluridisciplinare - emogasanalizzatore

ULTERIORI REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI - MACROATTIVITÀ Osservazione Breve Intensiva Pediatrica	
Tipologia Req	TESTO
OS	La struttura dotata di UO Pediatria dispone di posti tecnici di OBI pediatrico, allocati presso il PS pediatrico o presso la degenza di Pediatria?
OS	Le strutture dotate di PS pediatrico dispongono di un numero di posti tecnici di OBI con almeno 1 postazione ogni 4.000 accessi oppure con almeno n.2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria?
OS	La gestione dell'OBI ed il relativo personale afferisce alla degenza di Pediatria ?
OS	In un modulo di OBI pediatrica con meno di n.4 posti tecnici allocato nella degenza l'assistenza h 24 viene garantita con personale medico ed assistenziale individuato nell'ambito delle risorse della U.O. Pediatria, mentre se collocato in area dedicata del P.S. viene garantita con personale di assistenza dedicato?
OS	In un modulo di OBI pediatrica costituito da 4 a 8 posti tecnici la dotazione di personale è composta da: n.1 medico per almeno 60 min/die per postazione (occupata), non continuativi ed in condivisione con la guardia pediatrica attiva nelle restanti ore, n.1 infermiere H24, n.1 OSS dedicata nelle 12 ore diurne e in condivisione con le risorse in dotazione alla UO di Pediatria/PS Pediatrico nelle ore notturne?
SS	Sono presenti posti tecnici di OBI pediatrica, dedicati e riservati a questa funzione, collocati presso la degenza di Pediatria o in un'area dedicata in P.S. pediatrico, in spazi/locali (dotati anche relativi servizi igienici sia per i pazienti che per gli accompagnatori) opportunamente attrezzati, per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente, e le cui dimensioni ed allestimento consentono la presenza di un genitore H24 ?
SS	Nell'OBI pediatrica, oltre alla dotazione standard, sono presenti le seguenti apparecchiature: - carrello per l'emergenza, - monitor defibrillatore/stimolatore, - ventilatore meccanico (disponibile se OBI presso U.O. di Pediatria) - dispositivi per la somministrazione di Ossigeno (maschera Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP) - elettrocardiografo - pompe infusionali? Sono presenti, anche in comune con il PS: - ecografo pluridisciplinare - emogasanalizzatore
SS	Nell'OBI pediatrica le dotazioni di dispositivi ed apparecchiature sono adeguate alle diverse fasce di età?

ULTERIORI REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI - MACROATTIVITÀ Osservazione Breve Intensiva Ostetrica	
Tipologia Req	TESTO
OS	La struttura dotata di UO Ostetricia dispone di posti tecnici di OBI ostetrica, allocati presso il PS Ostetrico o presso la degenza di Ostetricia ?
OS	La dotazione di personale per l'attività di OBI ostetrica fino a 4 posti tecnici è garantita da: n. 1 medico (in condivisione con il PS/UO di Ostetricia/Ginecologia), n. 1 ostetrica (in condivisione con il PS/UO di Ostetricia/Ginecologia), n. 1 OSS nelle 12 ore diurne, in condivisione con il PS/degenza di Ostetricia/Ginecologia nelle ore notturne?
OS	La dotazione di personale per l'attività di OBI ostetrica da 5 a 8 postazioni è composta da: n. 1 medico per almeno 60 min/die per postazione (occupata), non continuativi ed in condivisione con il PS/UO di Ostetricia/Ginecologia nelle restanti ore, n. 1 ostetrica H24, n. 1 OSS dedicato nelle 12 ore diurne e in condivisione con il PS/degenza di Ostetricia/Ginecologia nelle ore notturne?
OS	La dotazione di personale per l'attività di OBI ostetrica da 9 a 15 postazioni è composta da: n. 1 medico per almeno 60 min/die per postazione (occupata) ed in condivisione con il PS/degenza di Ostetricia/Ginecologia nelle restanti ore, n. 2 ostetriche H24, n. 1 OSS H24?
OS	Sono presenti posti tecnici di OBI ostetrico, dedicati e riservati a questa funzione, collocati presso la degenza di Ostetricia o in un'area dedicata in P.S. ostetrico, in spazi/locali (dotati anche di servizi igienici differenziati per sesso, per la paziente e l'accompagnatore), opportunamente attrezzati per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente, le cui dimensioni ed allestimento consentono la presenza di un accompagnatore H24 ? Qualora i p.t. siano allocati in camere queste garantiscono i medesimi parametri?
SS	Nell'OBI ostetrica, oltre alla dotazione standard, sono presenti le seguenti apparecchiature: - carrello per l'emergenza, - monitor defibrillatore/stimolatore, - ventilatore meccanico (disponibile se OBI presso U.O. di Ostetricia) - dispositivi per la somministrazione di Ossigeno (maschera Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP) - elettrocardiografo - pompe infusionali? Sono presenti, anche in comune con il PS: - ecografo pluridisciplinare - emogasanalizzatore
SS	Nell'OBI ostetrica la dotazione tecnologica prevede anche almeno: - un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale (eco fast) - un apparecchio di cardiocografia fetale?

POAS DEA I e II livello

