



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è uno strumento per l'osservazione e la gestione clinica temporanea in regime di non ricovero la cui durata è limitata a 24 ore. Nell'ambito di tale attività possono essere attuati rapidi percorsi diagnostici e terapeutici consentendo al personale di P.S. di utilizzare al meglio la "Evidence Based Medicine/Nursing", con il vantaggio di disporre di più tempo per assumere le decisioni difficili, di poter seguire le modificazioni delle condizioni cliniche e di poter valutare gli effetti del trattamento acuto, a fronte di un equilibrato utilizzo di risorse.

L'OBI si propone i seguenti obiettivi organizzativi e assistenziali.

Obiettivo organizzativo:

1. migliorare l'appropriatezza di ammissione / dimissione dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso, che presentano quadri clinici non ancora definiti, riducendo il numero totale di ammissioni in Ricovero Ordinario.

Obiettivi assistenziali:

1. assicurare una valutazione protratta ai pazienti che presentano quadri clinici non diagnostici dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
2. assicurare la valutazione di patologie a bassa probabilità e elevato rischio evolutivo (dolore toracico);
3. assicurare una osservazione prolungata e un approfondimento diagnostico per le patologie a probabilità intermedia e rischio intermedio (dolore addominale-politrauma senza segni di compromissione sistemica all'ingresso);
4. osservazione prolungata per patologie a basso rischio clinico ed elevata probabilità di complicanze (colica renale);
5. trattamento iniziale ospedaliero di patologie a rapida risoluzione (idratazione ev, dolore acuto);
6. terapia e assistenza temporanea di pazienti con problematiche assistenziali complesse in attesa di trasferimento presso struttura periferica.

	REQUISITI STRUTTURALI	SI	NO
1.	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.		
2.	Stanze di degenza adeguatamente dimensionate connesse al P.S. e/o Medicina d'Urgenza con:		
	a. area di lavoro centrale con possibilità di osservazione diretta;		
	b. non meno di quattro letti (incrementabile di uno ogni cinquemila accessi in P.S.);		
	c. spazi, percorsi e dimensioni dei locali consentono l'agevole movimentazione dei pazienti barellati.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

	REQUISITI IMPIANTISTICI	SI	NO
3.	Fermo restando il rispetto dei requisiti generali previsti nelle apposite schede: L' OBI è dotato di un sistema microclimatico che assicura:		
	a. temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20°-24°C;		
	b. umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%.		
	c. Impianto elettrico conforme alle vigenti disposizioni normative.		
	d. impianto gas medicali ossigeno, aria compressa e vuoto centralizzato;		
	e. impianto rilevazione incendi;		
	f. impianto dati/ fonìa che assicuri i collegamenti con PS/Medicina d'Urgenza.		

	REQUISITI TECNOLOGICI	SI	NO
4.	L'area di osservazione breve deve possedere la dotazione strumentale atta ad affrontare le condizioni di emergenza ed una prima stabilizzazione del paziente, in particolare deve avere le seguenti attrezzature:		
	a. letto tecnico a tre snodi su ruote;		
	b. attrezzature per la movimentazione a letto del paziente (eventualmente disponibile presso la stessa struttura);		
	c. monitor ECG, saturimetria, PA (in almeno il 30% dei posti letto);		
	d. set rianimazione cardiopolmonare adulto, comprendente laringoscopio, tubi di varie misure, ambu o "va e vieni" (almeno uno);		
	e. pompa di infusione (per il 30% dei posti letto);		
	f. elettrocardiografo;		
	g. monitor defibrillatore con stimolatore;		
	h. frigorifero per la preparazione del ghiaccio e la conservazione dei farmaci (eventualmente disponibile presso la stessa struttura);		
	i. sfigmomanometro;		
	j. dotazione farmaceutica adeguata;		
	k. ecografo pluridisciplinare (eventualmente disponibile presso la stessa struttura);		
	l. centrale di monitoraggio multiparametrico dei parametri vitali.		

	REQUISITI ORGANIZZATIVI	SI	NO
5.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia della struttura ed al volume delle prestazioni.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

		SI	NO
6.	La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è individuata sulla base della normativa vigente in materia di determinazione delle dotazioni organiche, ruoli e profili professionali, qualifiche funzionali.		
7.	L'articolazione dei turni del personale medico ed infermieristico garantisce la presenza di personale medico e personale infermieristico nell'arco delle 24 ore sette giorni su sette.		
8.	In relazione al personale medico:		
	ha una formazione in medicina d'urgenza (vedi scheda Clinical Competence)		
9.	In relazione al personale infermieristico:		
	ha una formazione in medicina d'urgenza (vedi scheda Clinical Competence)		
10.	E' presente personale ausiliario		

	REQUISITI GESTIONALI	SI	NO
11.	Il Piano delle Attività prevede la relazione funzionale fra le strutture di PS, Medicina intensiva e Rianimazione, Medicina Semintensiva		
12.	La funzione di osservazione breve è attribuita all'UO che gestisce l'attività di Pronto Soccorso.		
13.	L'attività di OBI di Pediatria e Ostetricia è affidata alle U.O. di Pediatria e Ostetricia che svolgono attività di pronto Soccorso		
14.	E' garantita la continuità assistenziale medica ed infermieristica per le ore di attività		
15.	Sono definite le procedure relative a:		
	a. modalità di accesso e patologie ammesse nell' OBI		
	b. modalità di assistenza delle patologie oggetto di OBI e responsabilità clinica dei pazienti ricoverati in tutto l'arco delle 24 ore, indipendentemente dalle motivazioni di ammissione		
	c. modalità di dimissione		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

		SI	NO
16.	E' garantita la possibilità di monitoraggio del paziente che lo necessita		
17.	Esiste la scheda di osservazione del paziente		
18.	Viene effettuata la gestione informatizzata del paziente sul supporto informatico collegato al Pronto Soccorso		
19.	L'OBI ha accesso a tutta l'attività diagnostico-strumentale e di consulenze garantita per il PS, in tempi compatibili		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI

AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.
In fede

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI SPECIFICI
AREA EMERGENZA URGENZA: Osservazione Breve Intensiva

NOTE

Luogo e data _____

(Funzionari incaricati)

(firma del Titolare per presa visione)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____