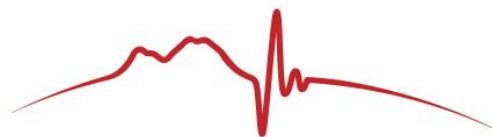


I nuovi standard del decreto ministeriale 70 e la rete OBI negli ospedali italiani

Dr. Francesco Rocco Pugliese
Direttore DEA
Ospedale Sandro Pertini - Roma



x congresso nazionale

simeu

NAPOLI 18-20 NOVEMBRE 2016

D.M. n. 70/2015
IL NUOVO REGOLAMENTO SUGLI STANDARD
DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

E' un complesso documento di programmazione sanitaria che introduce una serie di importanti novità per la sanità italiana, a cui le Regioni e le strutture sanitarie dovranno adeguarsi entro il 2016

Definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
In altri termini ridisegna sia la mappa che l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera italiana



IL D.M. 70/2015 ...in «estrema sintesi»

- Classificazione delle strutture ospedaliere
- Bacini di utenza minimi e massimi per disciplina
- **Volumi ed esiti di ricovero**
- **Standard di qualità**
- **Standard organizzativi, tecnologici e strutturali**
- **Reti ospedaliere**
- **Reti dell'emergenza-urgenza**
- **Continuità ospedale-territorio**



AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in Gazzetta Ufficiale, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustizia.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (indirizzo, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, o fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO	
LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI	Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali
Ministero della salute	DECRETO 28 aprile 2015.
DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.	Assolvimento del decreto 3 marzo 2014, recante la «Modifica al decreto 16 febbraio 2012 con il quale è stata rinnovata l'autorizzazione al laboratorio ARPALM - Agenzia regionale per la protezione ambientale della Marche - Dipartimento provinciale di Macerata, al rilascio dei certificati di analisi nel settore vitivinicolo» (15404135)..... Pag. 36
DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI	DECRETO 28 aprile 2015.
Ministero dell'economia e delle finanze	Assolvimento del decreto 11 dicembre 2014, recante il «Rinnovo dell'autorizzazione al Laboratorio chimico metodologico standard speciale della CCIAA di Napoli, al rilascio dei certificati di analisi nel settore vitivinicolo» (15404135)..... Pag. 37
DECRETO 27 maggio 2015.	
Individuazione dei criteri per la designazione, da parte dell'Associazione nazionale dei comuni italiani, dei componenti delle sezioni delle commissioni centrali locali e centrali. (15404135) Pag. 35	

Ancora in tema OBI...



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Atto Completo | Avviso di rettifica Errata corrige | Lavori Preparatori

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)

note: Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2015

9. Rete dell'emergenza urgenza

9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l'attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, *hub* o *spoke* di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. **Nei Punti di Primo Intervento non è prevista**

l'osservazione breve del paziente.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Atto Completo Avviso di rettifica Errata corrige Lavori Preparatori

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)

note: **Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2015**

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia...

La funzione di pronto soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti
- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento
- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Atto Completo Avviso di rettifica Errata corrige Lavori Preparatori

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)

note: [Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2015](#)

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.3 I **presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h.24 i servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo *stroke*) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. **Devono essere dotati, inoltre, di letti «Osservazione Breve Intensiva» e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare)**

CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI
OSPEDALI DI BASE
N. di accessi > 20.000/anno

OSPEDALI DI BASE	80.000-150.000 abitanti
Pronto Soccorso	Servizio con Osservazione Breve Intensiva (fino a 3 pt circa)
Radiologia	Servizi con Guardia attiva in rete e/o pronta disponibilità
Laboratorio	
72/80 POSTI LETTO	
Anestesia	Servizio senza PL
Medicina Interna	24-32 posti letto
Chirurgia Generale	24 posti letto
Ortopedia	24 posti letto

CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI - I LIVELLO

N. di accessi > 45.000/anno

OSPEDALI DI PRIMO LIVELLO	
DEA di I livello	Servizio con Osservazione Breve Intensiva (fino a 6 pt circa)
- Radiologia (min Rx, TAC ed Eco) - Laboratorio - ServizioTrasfusionale	Servizi con Guardia Attiva in Rete e/o Pronta Disponibilità H24
Anestesia e Rian	6-8 posti letto
Terapia	5 posti letto circa
Medicina Interna	32 posti letto
Chirurgia Generale	32 posti letto
Ortopedia e Traumatologia	32 posti letto
Ostetricia e Ginecologia	32 posti letto
Pediatria	12 posti letto

150.000-300.000 abitanti	
Cardiologia con UTIC	18-20 posti letto (6 UTIC)
Neurologia	12 posti letto
Psichiatria	12 posti letto
Oncologia	12 posti letto
	12 posti letto
Otorinolaringoiatria	6-10 posti letto
Urologia	12 posti letto

220/240 POSTI LETTO

Era stato già detto...nel 2005

SOCIETA' ITALIANA MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA



**STANDARD
STRUTTURALI E TECNOLOGICI
ORGANIZZATIVI E DI PERSONALE**

**delle strutture
di Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza**

INTRODUZIONE

Il Pronto Soccorso, oltre che porre gli interventi immediati per i casi gravissimi, ha il compito di svolgere l'accettazione sanitaria in urgenza.

Il giudizio clinico che riguarda la necessità di ospedalizzazione del portatore di patologia cronica, in un ospedale per acuti, alcune volte può essere emesso subito dopo la prima visita in Pronto Soccorso.

In altri casi, occorrono la riflessione di alcune ore e l'ausilio della tecnologia per poter esprimere tale giudizio.

Sono spesso i pazienti ad alta complessità oppure ad alta, ma breve, criticità – soggettiva o oggettiva – che necessitano di una Osservazione Breve ed Intensiva (O.B.I.), in genere di poche ore, affinché possa essere consentito un giudizio ponderato sul loro percorso assistenziale in urgenza.

1.2 CARATTERISTICHE STRUTTURALI SPECIFICHE

f. Area Osservazione Temporanea di Pronto Soccorso

La gestione ambulatoriale della casistica prevede il permanere per diverse ore del paziente ancora in regime di ambulatorietà presso il Pronto Soccorso stesso. Pertanto il Pronto Soccorso è costituito anche da uno spazio operativo attiguo ed in continuità con i Box di primo intervento sopra descritti.

Quest'area di intervento è dedicata alle esigenze di pazienti le cui necessità comportino un tempo diagnostico-terapeutico in emergenza inferiore alle 24 ore.

Si tratta di un'area in cui avviene l'osservazione ambulatoriale dei pazienti, comprensiva, ove necessario, anche di monitoraggio/telemetria dei parametri vitali. Tale area, che è una zona diversamente strutturata del Pronto Soccorso, nella maggior parte delle realtà ove è stata organizzata è stata definita «Osservazione Breve Intensiva».

La parola «Intensiva» per quanto utilizzata anche nel presente documento è riferita a meccanismi organizzativi e gestionali e non si fa riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici propri delle «Terapie Intensive»

Tabella Spazi per l'area di Osservazione Temporanea di PS

Descrizione	numero	mq
box barella – letto con trave testata con gas Medicali (ossigeno, aria compressa, vuoto) e monitor-telemetria	6	48
ambulatorio visita	1	30
Gruppo servizi igienici pazienti	1	9
area medica (spazio per studio colloquio con pazienti e familiari)	1	12

Anche quest'area rivolta all'osservazione deve essere fornita delle tecnologie di monitoraggio e dei gas medicali (con ossigeno, vuoto e aria compressa) e servizi igienici attigui.

Per una struttura di Pronto Soccorso che abbia 25.000 accessi/anno si indica la previsione di uno spazio minimo di 6 postazioni paziente, più uno ogni 6000 accessi in più.

Classificazione degli Ospedali

D.M. n. 70/2015 versus documento SIMEU 2005 rev.2007

DM 70/2015

- **Ospedali di II livello** (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti)
- **Ospedali di I livello** (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti)
- **Ospedali di base** (bacino di utenza 80.000-150.000 abitanti)

Documento SIMEU/2005

Strutture fino a 25.000 accessi/anno

Pronto Soccorso Accettazione e Osservazione Temporanea di PS
+ event. Osservazione Breve Intensiva

Strutture da 25.000 a 38.000 accessi/anno

Pronto Soccorso Accettazione e Osservazione Temporanea di PS + Osservazione Breve Intensiva e/o Medicina d'Urgenza

Strutture da 38.000 a 65.000 accessi/anno

Pronto Soccorso Accettazione e Oss.Temp. di PS e Osservazione Breve Intensiva + Medicina d'Urgenza

Strutture oltre i 65.000 accessi/anno

Pronto Soccorso Accettazione e Oss.Temp. di PS e Osservaizone Breve Intensiva + Medicina d'Urgenza

Normativa nazionale

- Linee Guida del Ministero della Sanità aprile 1996
- Documento della Commissione di Urgenza Emergenza del Ministero della Salute 2015

Documenti societari

- Linee di indirizzo sulla gestione dell'OBI della SIMEU (2004)
- Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza Urgenza (documento FIMEUC/SIMEU 2011)



Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi
Simeu. Simeup. CoMES. SMI, SNAMI-ES. SPES. CIMO-ASMD. ANAAO

MANIFESTO FIMEUC 2014-2016
SISTEMA EMERGENZA-URGENZA: ANALISI, CRITICITA' E PROPOSTO

La FIMEUC dopo la elaborazione degli Standard Organizzativi-Tecnici e strutturali presentati alla XII Commissione Sanità del Senato nel marzo 2012 e pubblicati nel Portale, strumento guida anche nei tavoli tecnici istituzionali intersocietari attivi dal 2012 presso il Ministero Salute (Linee Guida di indirizzo TRIAGE e OBI) e Age.na.s (Requisiti Organizzativi del Sistema di Emergenza Pre-ospedaliero ed Ospedaliero) propone con questo documento e sulla base della analisi che segue, delle azioni/provvedimenti per il superamento delle criticità.

PREMESSA

A oltre 20 anni dall'istituzione del sistema emergenza urgenza con il DPR del 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo alle Regioni per la determinazione dei livelli di assisenza sanitaria in emergenza), il documento conclusivo dell'indagine sul trasporto infermi e sulle reti di emergenza urgenza, approvato dalla XII Commissione Sanità del Senato, XVI legislatura anno 2011, ha portato alla luce un sistema in sofferenza, con reti territoriali non organizzate e Pronto Soccorso sovraffollati e vicini al collasso



Per quanto in premessa la FIMEUC ritiene prioritario

Prevedere e normale un dipartimento monospecialistico integrato territorio-ospedale dell'emergenza su base provinciale o di area vasta (bacini di 600000-1200000 abitanti su cui insiste la CO) cui devono afferire mezzi di soccorso, CO118, punti di Primo Intervento, PS e OBI generale e pediatrica e MU semintensiva delle aziende (ospedaliera, ospedaliero-universitario, territoriali, IRCCS o delle aziende regionali 118) che insistono sul territorio bacino e prevedere nel regolamento la rotazione del personale...

Realizzare la istituzione delle OBI generali e pediatriche e delle MU semintensiva per i bacini indicati dal regolamento sugli standard

Apportare modifiche al decreto sui Flussi EMUR (dicembre 2008) al fine di **rilevare le attività delle OBI**

Ministero della Salute: documento Commissione urgenza- emergenza «Rete ospedaliera»

Il filtro ai ricoveri

La necessità di un filtro ai ricoveri dal Pronto Soccorso va letta sia in termini quantitativi che qualitativi. E' frequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, tali da non consentire l'invio a domicilio, ma che richiedono una chiarificazione diagnostica nelle ore o giorni successivi. L'avvio di tali pazienti ad un ricovero ospedaliero ordinario, senza un congruo periodo di osservazione, può incrementare significativamente la quota di ricoveri inappropriati, non necessari o in sede non adeguata, con spesso dilatazione dei tempi alla diagnosi definitiva e alla corretta terapia. La quota di questi pazienti è quantificabile nel 5-10% di coloro che accedono al pronto soccorso. Lo strumento ritenuto **necessario** per ridurre ricoveri e dimissioni improprie è rappresentato dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI), funzione che va differenziata da quella del reparto di Medicina d'Urgenza:

a) l'OBI è un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possano sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non più di 24 ore. Diversi studi indicano la necessità di 1 letto di OBI ogni 4000-8000 accessi in Pronto Soccorso. La permanenza in OBI a cui non segue il ricovero (di norma nel 70-80% dei pazienti osservati) deve essere rimborsata in quota prestabilita o a prestazione.

**Quei gap da colmare
tra organizzazione e cura del paziente**

***OBI presente solo per l'80% delle strutture
monitorate al Nord e circa il 70% al Sud***

***Indagine Tdm-Simeu
Ottobre 2016***

Dati SIMEU 2016

- DEA2+DEA1+PS = 619
- **OBI presente nel 50%**

- DEA2+DEA1= 361
- **SC di MeCAU presente nel 70%**
- **TSI presente nel 15%**

Conclusioni

- Strumenti legislativi: presenti
- Responsabilità della non adeguata applicazione:
 - politiche
 - direzionali
 - professioni sanitarie
 - ?