



**Beschluss
der Landesregierung**

**Deliberazione
della Giunta Provinciale**

Nr. 1396
Sitzung vom 01/12/2015

Seduta del

Betreff:

Aktualisierung der Richtlinien des Landes für die Leitung der Intensivbeobachtungs-einheiten (O.B.I.), mit Beschluss der Landesregierung vom 6/10/2008, Nr. 3642 genehmigt

Oggetto:

Aggiornamento delle Linee Guida provinciali per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), approvate con deliberazione della Giunta provinciale del 6/10/2008 n. 3642

Die Landeregierung

Nach Einsichtnahme in den Beschluss der Landesregierung vom 6/10/2008 Nr. 3642, der die Richtlinien des Landes für die Leitung der Intensivbeobachtungseinheiten (O.B.I.) genehmigt;

Festgestellt, dass obgenannter Beschluss eine Dauer der Intensivbeobachtung von weniger als 24 Stunden und mehr als 6 Stunden festlegt;

Festgestellt, dass die Krankheitsbilder, die eine Aufnahme in der Intensivbeobachtungsstation rechtfertigen, oft eine längere Zeitspanne in der Intensivbeobachtung beanspruchen, sei es aus klinischen Betreuungsgründen als auch aus organisatorisch-verwaltungsmäßigen Gründen;

Festgestellt, dass die Notwendigkeit besteht, die Dauer der Beobachtungszeit, zu verlängern, um die Anzahl der unangemessenen Aufenthalte zu verringern;

Daher als Zweckmäßig erachtet, die maximale Dauer der Intensivbeobachtung auf 36 Stunden zu erweitern, berechnet ab der Aktivierung der Intensivbeobachtung;

Außerdem festgestellt, dass die Leitlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungseinheiten (O.B.I.) vorsehen, dass im Falle eines stationären Aufenthaltes nach einer Aufnahme in der Ersten Hilfe oder in der Intensivbeobachtungsstation, das Datum anzugeben ist, an dem die Annahme in der Ersten Hilfe erfolgt ist;

Festgestellt, dass die nationale Gesetzgebung vorsieht, dass in obgenannten Fällen, das Aufnahmedatum für den stationären Krankenhausaufenthalt, dem Datum der effektiven Zuweisung des Krankenhausbettes und nicht dem der Annahme in der Ersten Hilfe entspricht;

Daher als Notwendig erachtet, beiliegende Leitlinien auch mit dieser Änderung zu aktualisieren;

beschließt

La Giunta Provinciale

Vista la deliberazione della Giunta provinciale del 6/10/2008 n. 3642, che approva le Linee guida provinciali per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);

Considerato che la suddetta deliberazione prevede una durata dell'OBI inferiore alle 24 ore e di norma superiore alle 6 ore;

Considerato che i quadri patologici ammissibili in OBI spesso richiedono un periodo di osservazione più lungo per motivi clinico-assistenziali e/o organizzativo –amministrativi;

Preso atto che è emerso il bisogno di aumentare la durata dell'OBI al fine di ridurre maggiormente il numero di ricoveri inappropriati;

Considerato quindi opportuno ampliare la durata dell'OBI, passando ad una durata massima di 36 ore, calcolata a partire dall'attivazione dell'OBI;

Considerato inoltre che le linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) prevedono che nel caso di ricovero dopo un periodo in OBI o in Pronto soccorso la data di inizio del ricovero coincida con la data di accesso al Pronto Soccorso;

Constatato che la normativa nazionale prevede che nei suddetti casi la data di inizio del ricovero coincida con la data di assegnazione effettiva del posto letto e non con l'accesso al Pronto soccorso;

Considerato quindi necessario aggiornare il documento allegato anche con questa modifica;

Delibera

einstimmig in gesetzlicher Form:

1. die beiliegenden Richtlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungseinheiten (O.B.I.) als fester Bestandteil dieses Beschlusses zu genehmigen;
2. dass die neuen Richtlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungseinheiten (O.B.I.) ab 01.01.2016 in Kraft treten;
3. festzuhalten, dass gegenständlicher Beschluss keine Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes mit sich bringt.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

a voti unanimi espressi nei modi di legge

1. di approvare le allegate Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) come parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire l'entrata in vigore delle nuove Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) a partire dal 01.01.2016;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio provinciale.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

23.0/CM/VR



***RICHTLINIEN FÜR DIE LEITUNG DER
INTENSIVBEOBACHTUNGSEINHEITEN
(O.B.I.)***

**Verfasst von der Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes
Version November 2015**

Abrufbar auf der Internetseite www.provinz.bz.it/gesundheitswesen

Vorgeschichte des Dokuments

Datum Version	Änderungen bezüglich der vorhergehenden Version
September 2008	Erste Version des Dokuments
November 2015	• Änderung der Dauer der Intensivbeobachtung • Änderung der Definition des Anfangsdatum der Krankenhausaufenthalts

INHALT

EINFÜHRUNG	1
1. ANWENDUNGSBEREICH	3
2. INTENSIVBEOBACHTUNG: DEFINITION UND ZIELE	3
2.1 Intensivbeobachtung. Definition	3
2.2 Ziele der Intensivbeobachtung	4
3. STANDORT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	4
4. DAUER DER INTENSIVBEOBACHTUNG	5
5. LEISTUNGSANGEBOT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	5
6. KRANKENBETTEN, PERSONAL UND AUSSTATTUNG DER STATION	6
6.1. Krankenvetten für die Intensivbeobachtung in der Ersten Hilfe	6
6.2. Krankenvetten für die Intensivbeobachtung in der Pädiatrie	6
6.3. Personal	7
6.4. Medizinische Instrumente und technologische Ausstattung	7
7. ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	8
7.1. Klinischer Zustand, der bei Erwachsenen die Aufnahme in die Intensivbeobach- tungsstation rechtfertigt	9
7.2. Klinischer Zustand, der die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation der Pädiatrie rechtfertigt	10
7.3 NICHT ZUGELASSENE Patienten im Erwachsenenalter	10
7.4 NICHT ZUGELASSENE Patienten in die Intensivbeobachtungsstation der Pä- diatrie	11
8. ABSCHLUSS DER INTENSIVBEOBACHTUNG ..	11
9. KLINISCHE UNTERLAGEN	12

10. TARIFE.....	12
11. TICKET FÜR DIE INTENSIVBEOBACHTUNG.....	12
12. ÜBERWACHUNG DER ANGEMESSENHEIT DER INTENSIVBEOBACH- TUNG.....	13
12.1. <i>Standards</i>	13
13. IN KRAFT TRETEN DER LEITLINIEN.....	14

EINFÜHRUNG

In den letzten Jahren wurde auf nationaler Ebene ein stetig wachsender Zulauf in den Ersten-Hilfe-Abteilungen verzeichnet. Daraus ergab sich die Notwendigkeit neuer organisatorischer und verwaltungstechnischer Lösungen, die der steigenden Nachfrage nach sofortiger Betreuung entgegenkommen und dabei größtmögliche Wirksamkeit der Hilfeleistungen und maximale Wirtschaftlichkeit in der Nutzung der Ressourcen gewährleisten. Die Erste Hilfe muss folglich neu organisiert werden; dabei sollen neue Lösungen angewandt werden, so zum Beispiel Triage durch das Pflegepersonal, die Einrichtung schnell verfügbarer Alternativen (direkter Zugriff auf operative Einheiten), usw. ..., die die Verbesserung der Hilfeleistung und der Pflege im Notfall verbessern.

In diesem Kontext sollen neue Organisationsstrategien wie die **Intensivbeobachtung** in der Ersten Hilfe aktiviert werden.

In Italien wurden vor allem in den letzten fünf Jahren auf regionaler Ebene vielerorts Erfahrungen mit der Einführung der Intensivbeobachtung gemacht, bisher ist allerdings noch keine Bestimmung gemeinsamer Merkmale möglich.

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Intensivbeobachtung auf nationaler Ebene bestehen lediglich aus allgemeinen Richtlinien zur Leitung einer Intensivbeobachtungsstation (2004), die von der italienischen Gesellschaft für Notfallmedizin SIMEU und aus dem Dokument der Kommission für Notfallmedizin des Gesundheitsministeriums (2005) stammen.

Die Intensivbeobachtung sieht eine longitudinale Beobachtung des Patienten, und damit eine akkurate diagnostisch-therapeutische Erhebung und effektivere Hilfeleistung in der Ersten Hilfe vor.

Die Intensivbeobachtung ist ein Bündel diagnostischer und therapeutischer Leistungen, deren Ziel die rasche Erfassung des klinischen Zustandes des Patienten ist. Sie setzt intensive Pflege, großen Einsatz des Personals und effiziente, zeitlich konzentrierte Untersuchungen voraus.

Durch die Intensivbeobachtung eröffnen sich rasche diagnostische und therapeutische Handlungsmöglichkeiten durch gemeinsame Richtlinien, die zu wirksameren Pflegemaßnahmen und einer besseren Nutzung der Ressourcen führen.

Die Intensivbeobachtung ist ein wichtiges Instrument, das Notfallärzten die nötige Zeit verschafft, um Änderungen in der klinischen Verfassung des Patienten zu verfolgen, die Wirksamkeit der in der Ersten Hilfe verordneten Therapien und Behandlungen abzuschätzen, und leichter eine Entscheidung über die Notwendigkeit einer Einweisung oder die Entlassung eines Patienten zu treffen, falls dies nicht bereits bei dessen Eintreffen in der Ersten Hilfe ermittelt werden kann.

Der Einsatz der Intensivbeobachtung gewährleistet also die Angemessenheit der Einweisung des Patienten ins Krankenhaus bzw. die Entlassung aus der Ersten Hilfe.

Sie ist gewissermaßen eine wichtige Hilfe für die Einweisungen aus der Ersten Hilfe.

Tatsächlich kommen häufig Patienten mit undefiniertem klinischem Zustand in die Erste Hilfe. Eine Entlassung ist in diesem Fall nicht möglich – es müssen in den Stunden nach der Ankunft des Patienten Diagnosen angestellt werden. Die Einweisung eines Patienten ins Krankenhaus ohne ausreichende Beobachtung kann zu einem beträchtlichen Anstieg der unangemessenen Krankenhaus-Einweisungen oder unvorsichtigen Entlassungen aus der Ersten Hilfe führen.

Was die Provinz Bozen betrifft, so wurde die Notwendigkeit der Intensivbeobachtung auf lokaler Ebene festgestellt. Da die angewandten Lösungen von Standort zu Standort verschieden sind, kam die Notwendigkeit der Erstellung eines zentralen Regelwerks mit allgemeinen Richtlinien für die Einrichtung von Intensivbeobachtungsstationen zum Vorschein. Im November 2006 richtete die Erste Hilfe des Krankenhauses Meran eine Intensivbeobachtungsstation für Nicht-Pädiatriepatienten (ausgenommen Kinder unter 14 Jahren) ein. Die Station verfügt über 4 Krankenbetten und arbeitet nach einem genauen Protokoll, welches vom Direktor des notfallmedizinischen Departements erstellt wurde.

Im Krankenhaus Bozen existiert bereits eine Beobachtungsstation, es wurde aber die Notwendigkeit einer Beobachtungseinheit für die Pädiatrie und die Gynäkologie festgestellt.

Mit den vorliegenden Richtlinien erhalten sämtliche Krankenhäuser alle nötigen Informationen für die einheitliche Leitung der Intensivbeobachtungsstationen auf Landesebene.

Dieses Dokument wurde von der ständigen Arbeitsgruppe KEB erstellt. Mitglieder:

- Frau Dr. Melani C., Epidemiologische Beobachtungsstelle - Assessorat für Gesundheit
- Dr. Picus R., Epidemiologische Beobachtungsstelle - Assessorat für Gesundheit
- Frau Dr. Capodaglio S., Amt für Gesundheitsökonomie – Assessorat für Gesundheit
- Dr. Bertoli P., Referent Gesundheitsbezirk Meran
- Dr. Bernhart O., Referent Gesundheitsbezirk Brixen
- Dr. Leitner J., Dr. Willeit D., Referenten Gesundheitsbezirk Bruneck
- Dr. Tubaro P., Referent Gesundheitsbezirk Bozen
- Dr. Ciarrocchi V., Referent Gesundheitsbezirk Bozen

Weitere Mitarbeiter: Frau Dr. Franco M. G. und Frau Dr. De Valter S., Explora

1. ANWENDUNGSBEREICH

Es sollen **zentrale, interdisziplinäre Intensivbeobachtungsstationen** in jenen Erste-Hilfe- und Notaufnahme- oder Beobachtungsstationen eingerichtet werden, die jährlich mindestens 20.000 Erste-Hilfe Aufnahmen verzeichnen.

Falls die operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie Notnahmen vornehmen, können **spezialisierte Intensivbeobachtungseinheiten** eingerichtet werden.

Die Entscheidung über die Einweisung eines Patienten in die Intensivbeobachtungsstation obliegt immer dem Notarzt, der den Patienten ab dessen Ankunft betreut.

Für die spezialisierte Beobachtung in den operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie und Gynäkologie obliegt die Entscheidung über die Einweisung der Patienten in die Intensivbeobachtungsstation dem Facharzt der Abteilung.

Die zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungseinheiten müssen laut den Vorgaben des vorliegenden Dokuments eingerichtet und verwaltet werden.

Falls die strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten für die Erstellung einer zentralisierten, interdisziplinären Beobachtungseinheit nicht vorhanden sein sollten, kann alternativ dazu die Beobachtung der Patienten in den einzelnen Abteilungen vorgenommen werden.

2. INTENSIVBEOBACHTUNG: DEFINITION UND ZIELE

2.1 Intensivbeobachtung: Definition

Unter Intensivbeobachtung versteht man jenes Leistungspaket, das Patienten erhalten, die in die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgenommen werden und Pathologien aufweisen, die eine kurze Auswertungszeit für eine diagnostisch-therapeutische Analyse oder die Auswertung der Angemessenheit einer Einweisung bzw. der Entlassung erfordern.

Die Intensivbeobachtungseinheit verschafft dem Notarzt mehr Zeit, um eine Entscheidung über Einweisung oder Entlassung des Patienten zu treffen.

2.2 Ziele der Intensivbeobachtung

Die Ziele der Intensivbeobachtung gliedern sich wie folgt:

1. Pflege und Behandlung.
2. Organisatorische Ziele.

Pflege und Behandlung

- Patienten mit mittelmäßig komplexer, nach der ersten grundlegenden Analyse in der Ersten Hilfe noch undefinierter Anamnese, wird ein erweiterter Beobachtungszeitraum gewährleistet.
- Auswertung der Eingriffe zur Stabilisierung der Lebensfunktionen oder der therapeutischen Behandlungen, die der Patient in der Ersten Hilfe erhalten hat.
- Eingehende diagnostisch-therapeutische Analyse innerhalb kürzester Zeiträume soll gewährleistet werden:
 - kohärente und kontinuierliche Behandlung durch ein Pflorgeteam während der ersten Stunden nach Eintreffen in der Ersten Hilfe, falls die Beobachtung in einer zur Ersten Hilfe gehörigen Abteilung vorgenommen wird;
 - kontinuierliche und hochkompetente Pflege und Behandlung (Visiten, Entlassungen, Verlegungen);
 - kontinuierlich rascher Zugriff auf diagnostische Analysemöglichkeiten während der ersten 36 Stunden.
- Qualität und Sicherheit von Pflege und Behandlungen in der Ersten Hilfe werden maximiert.

Organisatorische Ziele

- Gewährleistung der Angemessenheit der Krankenhaus-Einweisungen aus der Ersten Hilfe.
- Gewährleistung der Angemessenheit der Entlassungen aus der Ersten Hilfe.

3. STANDORT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

Der Standort einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation muss über spezialisierte, in die Erste Hilfe integrierte Räumlichkeiten verfügen. Nach dem Open Space Prinzip handelt es sich dabei entweder um Räume, die von einer zentralen Konsole aus verwaltet werden, oder um eine Anzahl zentral überwachter Boxen.

In Krankenhäusern, die nicht über die nötigen Räumlichkeiten verfügen, muss die Intensivbeobachtung nach Möglichkeit in unmittelbarer Nähe der Ersten Hilfe vorgenommen werden.

Spezialisierte Intensivbeobachtungsstationen können in den operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie eingerichtet werden, sofern sie auch als Notaufnahme fungieren.

Erste-Hilfe-Stationen, die nicht über geeignete Räumlichkeiten für die Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstelle verfügen, können **über einen begrenzten Zeitraum** die Intensivbeobachtung auf Anweisung des Notarztes in anderen operativen Einheiten

vornehmen. Eine derartige Aktivierung muss als Übergangslösung bis zur Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation laut zeitlichen und praktischen, im Rahmen der Neuordnung der Notfallmedizin festgelegten Richtlinien, verstanden werden.

Die Entscheidung über die Einweisung eines Patienten in die Intensivbeobachtungsstation obliegt nach wie vor dem Notarzt, der den Patienten bei dessen Eintreffen in der Ersten Hilfe in Empfang nimmt.

Wird die Beobachtung in den Abteilungen durchgeführt (und nicht in der Ersten Hilfe), entscheidet der Abteilungsarzt über die Entlassung.

Die Aktivierung einer zentralisierten Intensivbeobachtungsstation schließt die Beobachtung in allen anderen operativen Einheiten mit Ausnahme der Ersten Hilfe aus (abgesehen von der Intensivbeobachtung der Pädiatrie und der Gynäkologie).

4. DAUER DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Die Dauer der Intensivbeobachtung muss **weniger als 36 Stunden und laut Gesetz mehr als 6 Stunden** betragen. Falls die Beobachtung 36 Stunden überschreitet, sollte der Patient dringend ins Krankenhaus eingewiesen werden.

5. LEISTUNGSANGEBOT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

Für die Abwicklung der Intensivbeobachtung müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Labor: Führt in Notfällen die Standardanalysen der Ersten Hilfe durch (durchgehend 24 Stunden verfügbar);
- Konventionelle Radiologie: Liefert in Notfällen Ergebnisse radiologischer Analysen (durchgehend 24 Stunden verfügbar);
- Fachärztliche Beratung: Muss, analog zum Vorgehen in der Ersten Hilfe, für die diagnostische Analyse des Patienten im Notfall verfügbar sein.

Der Zugang zu Diagnose und fachärztlicher Beratung für Patienten in Intensivbeobachtung muss über Vorzugswege zur Verfügung stehen, die den für die Ersten-Hilfe-Patienten ermittelten entsprechen.

Die Erstellung diagnostisch-therapeutischer Protokolle für die häufigsten Pathologien ist wünschenswert. Auf diese Weise kann folgerichtige Kontinuität von Pflege und Behandlung garantiert werden.

Patienten in Intensivbeobachtung stehen alle Mahlzeiten zu; Besuche seitens der Familienangehörigen sind gestattet.

6. KRANKENBETTEN, PERSONAL UND AUSSTATTUNG DER STATION

6.1. Krankenvetten für die Intensivbeobachtung in der Ersten Hilfe

Die Anzahl der Krankenvetten der Intensivbeobachtung muss auf Größe und Einzugsraum des Krankenhauses und auf die Auslastung der Ersten Hilfe abgestimmt werden.

Krankenhäuser mit einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstelle müssen **mindestens 4 Krankenvetten** zur Verfügung stellen.

Die nachfolgende Tabelle enthält diesbezügliche Vorschläge für die einzelnen Krankenhäuser:

Krankenhaus	Vorgeschlagene Anzahl an Krankenvetten für zentralisierte, interdisziplinäre Intensivbeobachtungsstellen in der <u>ERSTEN HILFE</u>
Bozen	6
Meran	4
Brixen	4
Bruneck	4

Im Krankenhaus Bozen ergeben sich die Krankenvetten aus der Umwandlung der Beobachtungsstation.

Die Zuweisung der Krankenvetten und die nachfolgende Beobachtung der Patienten werden vom zuständigen Notarzt durchgeführt.

Die Aktivierung der Krankenvetten kann stufenweise vorgenommen werden, sofern innerhalb von drei Jahren die vorgeschlagene Anzahl erreicht wird.

6.2. Krankenvetten für die Intensivbeobachtung in der Pädiatrie

Für die Einrichtung einer spezialisierten Intensivbeobachtungsstelle in der operativen Einheit der Abteilung Pädiatrie könnten bereits bestehende Krankenvetten in der Abteilung laut folgender Tabelle verwendet werden.

Krankenhaus	Vorgeschlagene Anzahl an Krankenvetten für Intensivbeobachtungsstellen in der <u>PÄDIATRIE</u>
Bozen	4
Meran	2
Brixen	1
Bruneck	1

6.3. Personal

Das Personal der Intensivbeobachtungsstation besteht aus: Pflegepersonal (Ärzte und Krankenpfleger), das dem Patienten Pflege und Behandlung garantiert, sowie Hilfspersonal, das für die korrekte Bewegung und Übergabe der Patienten in die Untersuchungsstationen zuständig ist.

Für Krankenhäuser, in denen die Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation vorgesehen ist, gilt: Während jeder der drei Schichten über insgesamt 24 Stunden müssen **1 Krankenpfleger auf 4 Krankenbetten und 1 Arzt auf 8 Krankenbetten zugegen sein**.

Bei größeren Einrichtungen wird die Anzahl des Personals proportional erweitert.

Das Personal muss außerdem eine Spezialschulung in Notfallmedizin absolviert haben.

Sollte die Arbeit in der Intensivbeobachtungsstation zeitlich begrenzt auch in anderen operativen Einheiten vorgenommen werden, muss das medizinische Pflegepersonal in Abstimmung mit dem Personal der Abteilung arbeiten.

Anmerkung: die Realisierung von zentralisierten Intensivbeobachtungsstellen in den Krankenhäusern Bozen, Meran, Brixen und Bruneck, mit eigens zugewiesenen Einrichtungen und Personal, bildet die zukünftige ideale Lösung für die Verbesserung der Betreuung in der Notfallmedizin. Die aktuell begrenzte Verfügbarkeit von Ressourcen ermöglicht in unmittelbarer Zukunft nur Teilumsetzungen ohne Neuinvestitionen. Jeder Gesundheitsbezirk muss somit die Vorgaben dieser Leitlinien an die eigene Ist-Situation anpassen und ohne zusätzliche Kosten umsetzen.

6.4. Medizinische Instrumente und technologische Ausstattung

In den Erste-Hilfe-Stationen, die zentralisierte, interdisziplinäre Intensivbeobachtungsstellen einrichten, muss gemäß den Richtlinien der SIMEU unten angeführte Ausrüstung mit Instrumenten und technologischen Ressourcen gewährleistet werden.

Durchschnittlich 50% der Krankenbetten müssen über Kontrollgeräte für Hämodynamik und Atmung verfügen.

Jedes Krankenbett muss über Entnahmestellen für Sauerstoff und Vakuum verfügen.

In den Erste-Hilfe-Stationen, in denen eine Intensivbeobachtungsstation eingerichtet wurde, müssen vorhanden sein:

- Monitor/Defibrillator/Reizstromgerät
- Nichtinvasives Beatmungsgerät mit mindestens den Grundfunktionen PSV/PEEP
- Interdisziplinär einsetzbares Ultraschallgerät
- EKG
- Pulsoximeter
- Glukose-Messgerät
- Blutdruckmessgerät
- Infusionspumpen in ausreichender Menge
- Intubationsset/KPR.

In den spezialisierten Intensivbeobachtungsstationen (Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie) muss die nötige Ausrüstung vorhanden sein, um eine angemessene Behandlung und Kontrolle eventueller Änderungen des klinischen Zustands der Patienten gewährleisten zu können.

7. ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

Im Allgemeinen erfolgt die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation, wenn diagnostisch-therapeutische Untersuchungen der Patienten vorgenommen werden müssen oder eine Beobachtung – im Regelfall nicht mehr als 36 Stunden – nötig ist. Dieser relativ lange Beobachtungszeitraum ermöglicht eine angemessene Entscheidung bezüglich Entlassung oder Einweisung des Patienten.

In die Intensivbeobachtungsstation werden eingewiesen:

- Patienten, deren klinischer Zustand mit Hilfe der verfügbaren Diagnosemethoden anhand von Instrumenten oder im Labor und rasch ermittelt werden kann; falls Patienten in einer Abteilung unter Beobachtung gestellt werden, muss in der Ersten Hilfe nach der Diagnose genau ausgewertet werden, ob weitere Behandlungen/Therapiemaßnahmen in der Intensivbeobachtung nötig sind;
- Patienten mit schweren Pathologien, die sich rasch stabilisieren und geringer/mittelmäßig komplexer Therapie- und Pflegemaßnahmen bedürfen.

Während die Intensivbeobachtungsstation eingerichtet wird, kann diese für den Zeitraum der Neuorganisation beziehungsweise Anwerbung des erforderlichen Personals nur tagsüber geöffnet sein. In diesem Fall muss innerhalb 19.00 Uhr eines jeden Tages entschieden werden, ob ein Patient eingewiesen oder entlassen wird.

Die Entscheidung über die Überweisung eines Patienten in die Intensivbeobachtungsstation obliegt dem Notarzt oder dem Facharzt der operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, die Notaufnahmen vornehmen.

In einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation ist der Notarzt für den Patienten verantwortlich; die Fachärzte, von denen gegebenenfalls Beratung bezüglich der Behandlung oder der verschriebenen Therapien angefordert wurde, sind mitverantwortlich.

In den operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, die Notaufnahmen vornehmen, ist der Facharzt **ab Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation der Abteilungen** für den Patienten verantwortlich.

Die Erste-Hilfe-Stationen, die temporäre Intensivbeobachtungsstationen in den Abteilungen einrichten, müssen selbständig die Ergebnisse der Generaldiagnose aufarbeiten und alle klinischen Analysen vornehmen, um den Fall einordnen zu können, bevor der Patient an die operative Einheit übergeben wird.

Die Überstellung des Patienten an die operativen Einheiten muss gemeinsam vom Notarzt und vom Arzt der operativen Einheit, die den Patienten betreut, entschieden werden.

Es müssen besondere Protokolle ausgearbeitet werden, die die Aufnahme und Behandlung von Patienten sowie deren Überstellung innerhalb des medizinischen Pflegepersonals genau regeln,

unter Berücksichtigung der verschiedenen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser des Landes.

Wenn der Patient für eine kurze Beobachtung an die Abteilung überstellt wird, **tragen das Ärztliche Personal und das Pflegepersonal der operativen Einheit, in welcher der Patient für die gesamte Dauer der Beobachtung untergebracht wird, die Verantwortung.** Weitere notwendige Behandlungen oder Untersuchungen können vom Personal der Abteilung vorgenommen werden, das im Anschluss daran über Einweisung oder Entlassung des Patienten entscheidet.

Um die Verwaltung zu vereinfachen und eventuelle Fragen zur Verantwortlichkeit umgehend klären zu können muss der gesamte Prozess sowie alle Überstellungen genauestens dokumentiert werden (klinische Aufzeichnungen, Aufnahmeprotokoll der Ersten Hilfe)

7.1 Klinischer Zustand, der bei Erwachsenen die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation rechtfertigt

In der folgenden Tabelle werden indikativ klinische Zustände angeführt, die eine Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation rechtfertigen. Diese Liste ist **nicht vollständig**; Patienten mit nicht in der Liste aufscheinenden Symptomen können aufgenommen werden, sofern nach Meinung des Notarztes oder der Arztes der operativen Einheit mit Notaufnahme eine Beobachtung notwendig ist.

Code	PATHOLOGIEN	Code	PATHOLOGIEN
1	Heftige Kopfschmerzen mit negativen neurologischen Ergebnissen	14	Osteoartikuläre und neuralgische Schmerzsyndrome (Lumbalgie,...)
2	Schwindelanfälle	15	Hüftschmerzen
3	Synkopen (Lipothymie,...) mit negativer Ausgangswertung	16	Nierenkoliken
4	TIA	17	Allergische Reaktionen
5	Krampfanfälle/ epileptische Anfälle	18	Asthmaanfälle
6	Magenschmerzen (Epigastralgie,...)	19	Dyspnoe
7	Leberkoliken	20	Kleinere Traumata (Schädel, Thorax, Unterleib, ...)
8	Dehydratation/Durchfall	21	Unterzucker/Überzucker/Diabetes
9	Übelkeit und Erbrechen	22	Leichte Verdauungsstörungen
10	Akute Gastroenteritis	23	Leichte Vergiftungen (durch Pharmaka, Lebensmittel,...)/Vergiftungen
11	Thoraxschmerzen (bei niedrigem Myokardinfarktrisiko)	24	Akute Alkoholvergiftung
12	Bluthochdruck	25	Überdosis von Opiaten, Verhaltensstörungen nach Einnahme halluzinogener Substanzen
13	Herzrhythmusstörungen (Paroxysmales Vorhofflimmern, paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie, elektrische Kardioversion bei Vorhofflimmern ...)	26	Weitere Pathologien nach Ermessen des Notarztes

7.2 Klinischer Zustand, der die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation der Pädiatrie rechtfertigt

In der folgenden Tabelle werden Diagnosen aufgelistet, die in der Intensivbeobachtungsstation der Pädiatrie behandelt werden können.

Code	ZUGELASSENE PATHOLOGIEEN, PÄDIATRIE
1	Lipothymie und verdächtige Zuckungen, bis zur Erholung
2	Gastroenteritis mit mittlerer Dehydratation
3	Allgemeine allergische Reaktionen
4	Leichte Dyspnoe
5	Geringfügiges Schädeltrauma
6	Fieberkrämpfe/epileptische Anfälle
7	Schmerzhafte Krankheitssymptome
8	Kontakt mit giftigen Substanzen
9	Weitere Pathologien nach Ermessen des Notarztes

7.3 NICHT ZUGELASSENE Patienten im Erwachsenenalter

Zur Beobachtung in der Intensivbeobachtungsstation NICHT zugelassen sind:

NICHT ZUGELASSEN
• Patienten, deren Überstellung bereits feststeht und die auf ein Krankenbett in der betreffenden Abteilung warten • Patienten, die nach der Untersuchung in der Ersten Hilfe entlassen werden sollen • Patienten, die in der Ersten Hilfe behandelt und nach 90-180 Minuten entlassen werden können • Patienten, deren klinischer Zustand kritisch ist (Lebensfunktionen beeinträchtigt, ...) • Patienten, die die Bedingungen für eine Notaufnahme erfüllen • Patienten, die zwangsberuhigt werden müssen • Patienten, bei denen Selbstmord und Selbstverstümmelungsgefahr besteht • Patienten mit offenen Blutungen • Patienten mit mehrfachen Pathologien • Patienten mit akuten psychischen Störungen

Die Intensivbeobachtungsstation ist keine Stützeinrichtung für vorprogrammierte Einlieferungen oder Behandlungen, die in Ambulatorien oder Tageskliniken vorgenommen werden können. Auch dürfen die Betten der Intensivbeobachtungsstation nicht als Übergangslösung verwendet werden, sollten in anderen Abteilungen keine Krankenbetten zur Verfügung stehen.

7.4 **NICHT ZUGELASSENE Patienten in die Intensivbeobachtungsstation der Pädiatrie**

Zusätzlich zu den im vorhergehenden Artikel aufgezählten Fällen werden Patienten mit folgenden Symptomen NICHT AUFGENOMMEN:

Code	NICHT ZUGELASSEN, PÄDIATRIE
1	Atembeschwerden, wenn Thoraxventilation oder Thoraxdrainage erforderlich
2	Schock
3	Verstopfung der Atemwege durch Fremdkörper
4	Herzkrankheiten oder instabile Herzrhythmusstörungen (mit Ausnahme von SVT)
5	Koma (Ausnahme: Alkoholkoma)
6	Schwere Vergiftungen
7	Sepsis und/oder septischer Schock
8	Fieber bei Neutropenie
9	Patient ist in onko-hämatologischer Behandlung oder hat eine Knochenmark-übertragung bekommen
10	Epiglottitis
11	Meningitis
12	Schwere oder chronische elektrolytische Störungen

8. ABSCHLUSS DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Der Aufenthalt in der Intensivbeobachtungsstation, im Falle der Beobachtung in der Ersten Hilfe oder der Fachabteilungen (24 Std. – Pädiatrie und Gynäkologie) wird ab Aufnahme des Patienten bis zu dessen Entlassung gemessen.

Im Falle der Durchführung der Intensivbeobachtung direkt in den Abteilungen des Krankenhauses, stimmt die Aufnahme der Intensivbeobachtung mit der Entlassung und Überweisung aus der Ersten Hilfe überein.

Die Intensivbeobachtung endet entweder mit der Entlassung des Patienten, mit dessen Einweisung in eine Abteilung des Krankenhauses oder mit der Überstellung in ein anderes Institut. Die Intensivbeobachtungseinheit darf keine Überstellungen an andere operative Einheiten vornehmen, es sei denn der Patient wird mittel eines eigenen Formulars ins Krankenhaus eingeliefert.

Zu beachten, sei es im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Ersten Hilfe, als auch im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Abteilung, beginnt der Krankenhausaufenthalt mit der Uhrzeit und dem Datum der effektiven Zuweisung eines Bettes in der Versorgungseinheit.

Die Entlassung aus der Intensivbeobachtungsstation darf ausschließlich über die Erste Hilfe oder eine operative Einheit mit Notaufnahme erfolgen.

In Erste-Hilfe-Stationen, die temporär Beobachtungen in anderen operativen Einheiten durchführen, entscheidet der Facharzt der Abteilung über Entlassung oder Einweisung des Patienten.

9. KLINISCHE UNTERLAGEN

Für die **Erfassung der Tätigkeiten der Intensivbeobachtung wird auf Landesebene eine eigene klinische Unterlage (OBI-Bogen) verwendet**, die das klinische Tagebuch, alle fachärztlichen Leistungen, die Laborleistungen, die instrumentale und Bilddiagnostik gemäß dem Landestarifverzeichnis der fachärztlichen Leistungen (Beschluss der Landesregierung vom 15.06.1998, N. 2568), sowie Diagnosen und vorgeschriebene Behandlungen und Endergebnis der Beobachtung enthält (als Vorlage diene der Beigelegte Bogen der Intensivbeobachtung des Krankenhauses Meran).

Diese Unterlagen den Erste-Hilfe-Bogen, der im Moment der Aufnahme des Patienten angelegt wird und werden im Falle der Einweisung ins Krankenhaus grundlegender Teil der Krankengeschichte.

Der Erste-Hilfe-Bogen bleibt während der gesamten Intensivbeobachtung „offen“ und **wird erst vom aus der Intensivbeobachtung entlassenden Arzt bei der effektiven Entlassung aus der Beobachtung „abgeschlossen“**.

In den Abteilungen die temporär die Intensivbeobachtungen bei sich selbst durchführen, ist es Aufgabe des Arztes der Abteilung alle spezifischen Informationen der Intensivbeobachtung zu registrieren und den Erste-Hilfe-Bogen und den OBI-Bogen abzuschließen.

10. TARIFE

Falls auf die Intensivbeobachtung keine Einweisung in das Krankenhaus erfolgt, wird ein Pauschalpreis von Euro 250,00 für die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation verrechnet, zur Abdeckung der Verpflegungskosten. Zu dem werden alle einzelne Diagnostische und Laborleistungen dazu verrechnet, nach dem Landestarifverzeichnis der Fachärztlichen Leistungen (genehmigt mit Beschluss der Landesregierung N. 2568/1998 in geltender Fassung).

Was die geplanten Tarife für die Intensivbeobachtung betrifft, fallen **bei Beobachtung und nachfolgender Einweisung** alle Leistungen, wie auch analog dazu alle Leistungen der Ersten Hilfe, **unter die Tarifordnung des DRG.**

11. TICKET FÜR DIE INTENSIVBEOBACHTUNG

Für den Aufenthalt in der Intensivbeobachtungsstation ist seitens des Patienten keine finanzielle Beteiligung vorgesehen, da die Beobachtung nicht aufschiebbar ist.

Der Patient muss jedoch gemäß Landesgesetz Nr. 1862 vom 27. Mai 2002, in Kraft seit 1. Juli 2002, das Ticket für die Aufnahme in die Erste Hilfe bezahlen.

12. ÜBERWACHUNG DER ANGEMESSENHEIT DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Die Aktivierung des Informationsflusses der Ersten Hilfe, integriert mit den Informationen der Intensivbeobachtung, ermöglichen jedem Gesundheitsbezirk, die eigene Notaufnahmetätigkeit und besonders die Beobachtungstätigkeit auszuwerten.

Die Intensivbeobachtung ist ein Instrument, das ständig neu geprüft werden muss, damit durch die Errechnung der folgenden Angemessenheitsindikatoren der korrekte Einsatz stets gewährleistet ist.

Code	INDIKATOREN
1	Gesamtzahl der Aufnahmen in die Erste Hilfe
2	Anzahl und % der Aufnahmen, für die die Intensivbeobachtungsstation aktiviert wurde
3	Anzahl und % der Einweisungen nach Intensivbeobachtung
4	Anzahl und % der Entlassungen nach Intensivbeobachtung
5	Anzahl und % der Todesfälle in der Intensivbeobachtung
6	Anzahl und % der Verlegungen in andere Anstalten nach Intensivbeobachtung
7	Anzahl und % der Selbstentlassungen nach Intensivbeobachtung
8	Durchschnittsdauer der Intensivbeobachtung
9	Anzahl und % der Aufenthalte > 24 Stunden
10	Anzahl und % der Aufenthalte > 36 Stunden
11	Typologie und Pathologien der in Intensivbeobachtung beobachteten Fälle
12	Anzahl und Typ der in der Intensivbeobachtungsstation erbrachten Leistungen
13	Durchschnittliche Anzahl der erbrachten Leistungen pro Patient
14	Anzahl der Patienten, die nach Entlassung aus der Intensivbeobachtungsstation innerhalb von 48 Stunden wieder in die Erste Hilfe aufgenommen wurden
15	Anzahl der Wiederaufnahmen in die Intensivbeobachtungsstation innerhalb von 48 Stunden

12.1 Angemessenheits-Standards

Ausgehend von den folgenden Indikatoren für die Qualität der Leistungen lassen sich anhand der Fachliteratur mehrere Angemessenheitsstandards für die Aktivierung der Intensivbeobachtungsstation definieren:

Code	INDIKATOREN	
1	% der Aufnahmen in die Erste Hilfe, für welche die Intensivbeobachtungsstation aktiviert wird	<10%
2	% der Entlassungen nach Intensivbeobachtung	>70%
3	% der Einweisungen nach Intensivbeobachtung	<30%

Genauere Standards können nach Analyse der Daten zur effektiven Aktivität der Intensivbeobachtungsstationen nach deren Einrichtung definiert werden.

13. IN KRAFT TRETEN DER LEITLINIEN

Diese Leitlinien treten **ab 1. Jänner 2016 in Kraft.**



***LINEE GUIDA PER LA GESTIONE
DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA
(O.B.I.)***

A cura dell'Osservatorio Epidemiologico provinciale
Versione novembre 2015

Disponibile sul sito internet: [www.provincia.bz.it / sanita](http://www.provincia.bz.it/sanita)

Storia del documento

Data versione	Cambiamenti rispetto alla versione precedente
Settembre 2008	Prima versione del documento
Novembre 2015	• Modifica della durata dell'osservazione breve intensiva • Modifica della definizione della data di inizio del ricovero

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. AMBITO DI APPLICAZIONE	3
2. OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA: DEFINIZIONE ED OBIETTIVI.....	3
2.1 Definizione di O.B.I.	3
2.2 Obiettivi dell'O.B.I.....	4
3. LOCALIZZAZIONE DELL'O.B.I.....	4
4. DURATA DELL'O.B.I.....	5
5. DISPONIBILITÀ DI SERVIZI IN O.B.I.....	5
6. POSTI LETTO, PERSONALE E ATTREZZATURE DELL'O.B.I	5
6.1. Posti letto per l'O.B.I. in Pronto Soccorso.....	5
6.2. Posti letto per l'O.B.I. in Pediatria.....	6
6.3. Personale dedicato in O.B.I.....	6
6.4. Dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche dell'O.B.I.	7
7. CRITERI GENERALI DI AMMISSIONE DEL PAZIENTE IN O.B.I.	7
7.1. Condizioni cliniche per le quali risulta appropriata l'ammissione in O.B.I per gli adulti.	9
7.2. Condizioni cliniche per le quali risulta appropriata l'ammissione in O.B.I. Pediatria	9
7.3 Pazienti NON AMMESSI in O.B.I..	10
7.4 Pazienti NON AMMESSI in O.B.I. Pediatrica.....	10
8. CHIUSURA DELL'O.B.I..	10
9. LA DOCUMENTAZIONE CLINICA.....	11

10. REMUNERAZIONE DELL'O.B.I.....	11
11. TICKET DELL'O.B.I.....	12
12. MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'O.B.I.....	12
12.1. <i>Standard di appropriatezza</i>	12
13. ENTRATA IN VIGORE.....	13

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito a livello nazionale ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso che ha portato ad elaborare nuove soluzioni organizzative e gestionali in grado di rispondere ad una domanda crescente di prestazioni urgenti assicurando una sempre maggiore efficacia delle cure assistenziali erogate ed una maggiore efficienza delle risorse utilizzate. Si è avvertita quindi, la necessità di una riorganizzazione dei servizi di Pronto Soccorso attraverso l'attivazione di soluzioni quali il triage infermieristico, l'allestimento di percorsi alternativi (accesso diretto a specifiche unità operative), ecc..., che permettano il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle cure in regime di urgenza/emergenza.

In tale contesto, si è ravvisata l'esigenza di avviare nuove strategie organizzative quali l'**Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)** in Pronto Soccorso.

Nel nostro Paese, si sono sviluppate, soprattutto nell'ultimo quinquennio, a livello regionale diverse esperienze di attivazione dell'O.B.I. che non presentano, però, ancora uniformità di definizione delle caratteristiche.

La documentazione normativa di riferimento a livello nazionale è costituita dalle linee guida generali sulla gestione dell'O.B.I. (2004) realizzate da SIMEU (Società Italiana per la Medicina di Emergenza e Urgenza) e dal documento della Commissione di Urgenza-Emergenza del Ministero della Salute (2005).

L'O.B.I. si pone come obiettivo l'osservazione longitudinale del paziente in modo da garantire un adeguato approfondimento diagnostico-terapeutico e, quindi, una maggiore sicurezza dell'assistenza erogata in Pronto Soccorso.

Essa si configura come un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che hanno come finalità un rapido inquadramento clinico del paziente e presuppone un'alta intensità di cure in termini di impegno di personale ed accertamenti strumentali utilizzati in forma concentrata nel tempo.

Con l'O.B.I. possono essere attuati rapidi percorsi diagnostici e terapeutici, nell'ambito di linee guida condivise, che rendono più efficace l'intervento assistenziale messo in atto dal Pronto Soccorso e che rendono più corretto l'uso delle risorse.

L'O.B.I. risulta uno strumento molto importante che consente ai medici che operano nell'ambito dell'emergenza di disporre di più tempo per poter seguire le variazioni delle condizioni cliniche del paziente, per poter valutare gli effetti dei trattamenti e delle terapie erogate in Pronto Soccorso, per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione iniziale del paziente al Pronto Soccorso.

L'attivazione dell'O.B.I. assicura, quindi, **una maggiore appropriatezza** dell'ammissione del paziente in ospedale e delle dimissioni del paziente dal Pronto Soccorso.

Essa riveste, pertanto, un'importante funzione di **filtro ai ricoveri** provenienti dal Pronto Soccorso.

Risulta, infatti, frequente l'accesso in Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, tali da non consentire l'invio a domicilio perché richiedono una chiarificazione diagnostica nelle ore successive all'accesso. L'invio di tali pazienti ad un ricovero ospedaliero ordinario, senza un adeguato periodo di osservazione, può portare ad un significativo incremento di ricoveri inappropriati o ad incremento di dimissioni imprudenti.

Relativamente alla Provincia di Bolzano, la necessità di avviare l'O.B.I. è stata avvertita a livello periferico dando vita a soluzioni locali diverse, da cui è emersa l'esigenza a livello centrale di definire delle linee di indirizzo comuni per l'attivazione dell'unità di osservazione breve. A partire da novembre 2006, infatti, è stata istituita presso il servizio di Pronto Soccorso di Merano l'O.B.I. per la gestione dei pazienti non pediatrici (esclusi utenti con età < 14 anni), dotata di 4 posti letto, il cui funzionamento è descritto da un preciso protocollo operativo predisposto a cura del Direttore del Dipartimento di Emergenza/Urgenza.

Nell'ospedale di Bolzano, dove è già presente un reparto di Astanteria, si è ravvisata, la necessità di un'area di osservazione pediatrica e ginecologica.

Con le presenti Linee guida si intende fornire agli ospedali tutte le indicazioni necessarie per la **gestione uniforme sul territorio provinciale** dell'Osservazione Breve Intensiva.

Il documento è il risultato del lavoro del Gruppo provinciale SDO permanente composto da:

- Dott.ssa Melani C., Osservatorio Epidemiologico Provinciale– Assessorato alla sanità
- Dott. Picus R., Osservatorio Epidemiologico Provinciale– Assessorato alla sanità
- Dott.ssa Silvia Capodaglio, Ufficio Economia Sanitaria – Assessorato alla sanità
- Dott. Bertoli P., referente Comprensorio Sanitario di Merano e Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Alto Adige
- Dott. Bernhart O., referente Comprensorio Sanitario di Bressanone
- Dott. Leitner J., Dr. Willeit D., referenti Comprensorio Sanitario di Brunico
- Dott. Tubaro P., referente Comprensorio Sanitario di Bolzano
- Dott. Ciarrocchi V., referente Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Alto Adige

Ai lavori hanno partecipato la dott.ssa Franco M. G. e dott.ssa De Valter S. di Explora

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Si prevede l'attivazione di **un'unità funzionale di Osservazione Breve Intensiva centralizzata e interdisciplinare** nei servizi di Pronto Soccorso o Astanteria che presentano almeno 20.000 accessi di P.S. annui.

Possono essere attivate **unità di Osservazione Breve specialistiche** per le unità operative di **Pediatria e di Ostetricia e Ginecologia** *se svolgono attività di accettazione in emergenza-urgenza*.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. **spetta sempre al medico di Pronto Soccorso** che prende in carico il paziente dopo il suo accesso al servizio.

Per l'O.B.I. specialistica attivata nelle unità operative di Pediatria ed Ostetricia e Ginecologia, sarà il medico specialista di reparto che ha in carico il paziente a decidere in merito all'ammissione del paziente in osservazione breve.

Le unità di Osservazione Breve Intensiva centralizzate e interdisciplinari dovranno essere realizzate e gestite secondo quanto riportato nel seguente documento.

In alternativa alla OBI centralizzata, qualora non esistano i requisiti strutturali ed organizzativi per l'attivazione dell'O.B.I. centralizzata e interdisciplinare, è possibile attivare un'osservazione dei pazienti nei reparti.

2. OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA: DEFINIZIONE ED OBIETTIVI

2.1 Definizione di O.B.I.

Per Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende quell'insieme di attività erogate a pazienti che accedono alle strutture ospedaliere con carattere di emergenza-urgenza, affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione, avente come finalità un rapido inquadramento diagnostico-terapeutico o l'identificazione sia dell'indicazione al ricovero, sia della dimissione.

Tale unità permette al medico di Pronto Soccorso di disporre di più tempo per poter assumere la decisione circa la necessità di ricovero o di dimissione del paziente.

2.2 Obiettivi dell'O.B.I.

Si possono individuare due tipologie di obiettivi dell'O.B.I.:

1. Obiettivi Assistenziali.
2. Obiettivi Organizzativi.

Obiettivi Assistenziali

- Assicurare un'osservazione protratta nel tempo dei pazienti che presentano quadri clinici a complessità moderata, non definiti dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso.
- Valutare l'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali o dei trattamenti terapeutici erogati al paziente in Pronto Soccorso.
- Assicurare l'approfondimento diagnostico-terapeutico erogato in tempi brevi:
 - garantendo una continuità assistenziale da parte della stessa équipe di cura nelle prime ore dell'arrivo in Pronto Soccorso, se l'osservazione viene gestita in aree attigue al servizio;
 - mantenendo un livello assistenziale continuo ed elevato (visite, dimissioni, trasferimenti);
 - con possibilità di accedere ad indagini diagnostico-strumentali in maniera continuativa nelle 36 ore e con tempi accelerati.
- Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza e delle cure in Pronto Soccorso.

Obiettivi Organizzativi

- Garantire l'appropriatezza dei ricoveri dal Pronto Soccorso.
- Garantire l'appropriatezza delle dimissioni dal Pronto Soccorso.

3. LOCALIZZAZIONE DELL'O.B.I.

L'area dove viene attivata un'O.B.I. centralizzata e interdisciplinare deve disporre di spazi dedicati, **integrati o funzionalmente collegati al Pronto Soccorso**, in strutture open space con console centrale e/o a box singoli con monitoraggio centrale.

Negli ospedali non dotati di spazi fisici dedicati, la funzione di O.B.I. dovrebbe essere espletata possibilmente **nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso**.

Aree di O.B.I. specialistiche possono essere attivate presso le unità operative di Pediatria e di Ostetricia e Ginecologia se svolgono attività di accettazione in emergenza-urgenza 24 ore su 24.

Nei Pronto Soccorso che non dispongono di spazi fisici adeguati per l'attivazione di un'area di osservazione centralizzata e interdisciplinare, è consentito, **in via temporanea**, lo svolgimento della funzione di O.B.I. presso altre unità operative, su decisione del medico di Pronto Soccorso che ha in carico il paziente. **Questa tipologia di attivazione dell'O.B.I. deve essere intesa come un modello di transizione verso un'O.B.I. di tipo centralizzato, raggiungibile nei tempi e nelle modalità che verranno precisate nell'ambito del riordino clinico della Medicina d'Urgenza.**

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. **spetta sempre e comunque al medico di Pronto Soccorso** che prende in carico il paziente dopo il suo accesso al servizio.

Nel caso in cui l'O.B.I. sia effettuata presso altre unità operative e non presso il Pronto Soccorso, l'invio a domicilio del paziente sarà effettuato dal medico in servizio presso l'unità operativa.

L'attivazione di un'O.B.I. centralizzata esclude la possibilità di attivare l'osservazione in unità operative diverse dal Pronto Soccorso (salvo quanto descritto per OBI pediatrica e ginecologica).

4. DURATA DELL'O.B.I.

La durata dell'O.B.I. deve essere **inferiore alle 36 ore e di norma superiore alle 6 ore**. Se l'osservazione eccede le 36 ore, è opportuno procedere al ricovero ospedaliero urgente del paziente.

5. DISPONIBILITÀ DI SERVIZI IN O.B.I.

Per l'attività di O.B.I. devono essere disponibili i seguenti servizi:

- **Laboratorio:** deve fornire gli esami standard di Pronto Soccorso in urgenza (h 24);
- **Radiologia convenzionale:** deve fornire esami e risposte radiologiche in urgenza (h 24);
- **Consulenze specialistiche:** devono essere disponibili per l'inquadramento diagnostico del paziente in urgenza (h24), analogamente a quanto avviene in Pronto Soccorso.

L'accesso ai servizi diagnostici e alle consulenze specialistiche per i pazienti in O.B.I. deve avvenire attraverso gli stessi canali preferenziali individuati per il paziente in Pronto Soccorso.

E' auspicabile che vengano redatti opportuni protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti (vedi di seguito) in modo da assicurare una coerente continuità assistenziale.

Al paziente in O.B.I. deve essere assicurata la somministrazione dei pasti e può essere consentita la visita dei pazienti da parte dei familiari.

6. POSTI LETTO, PERSONALE E ATTREZZATURE DELL'O.B.I.

6.1. Posti letto per l'O.B.I. in Pronto Soccorso

Il numero di posti letto da dedicare all'attività di O.B.I. deve essere commisurato alla dimensione dell'ospedale, all'attività svolta dal Pronto Soccorso e al bacino d'utenza servito.

Per gli ospedali che attiveranno un'area di O.B.I. centralizzata e interdisciplinare in Pronto Soccorso, viene prevista una dotazione minima di **4 posti letto**.

La dotazione proposta per istituto di cura viene riportata nella seguente tabella:

Ospedale	Posti Letto proposti per l'O.B.I. centralizzata e interdisciplinare in <u>PRONTO SOCCORSO</u>
Bolzano	6
Merano	4
Bressanone	4
Brunico	4

Nell'Ospedale di Bolzano i posti letto di O.B.I. risulteranno dalla conversione dei posti letto presenti nel reparto di Astanteria.

L'utilizzo dei posti letto e la conseguente osservazione dei pazienti viene disposta dal competente medico dell'unità di Pronto Soccorso.

L'attivazione dei posti letto in O.B.I. può essere graduale, prevedendo il raggiungimento della situazione proposta nell'arco di un triennio.

6.2. Posti letto per l'O.B.I. in Pediatria

Per l'attivazione di un'area di O.B.I. specialistica nell'unità operativa di Pediatria viene proposta la conversione dei posti letto presenti nel reparto secondo la seguente tabella.

Ospedale	Posti Letto proposti per l'O.B.I. in <u>PEDIATRIA</u>
Bolzano	4
Merano	2
Bressanone	1
Brunico	1

6.3. Personale dedicato in O.B.I.

Il personale che svolge attività in O.B.I. deve essere costituito da personale sanitario (medici e infermieri) in grado di garantire l'assistenza e le cure ai pazienti. Deve inoltre essere disponibile personale ausiliario per garantire la corretta movimentazione dei pazienti ed il loro spostamento ai servizi diagnostici.

Per gli ospedali che attiveranno un'area di O.B.I. centralizzata e interdisciplinare in Pronto Soccorso, è necessario che sia presente in ciascuno dei tre turni nelle 24 ore **1 infermiere dedicato ogni 4 posti letto, e 1 medico dedicato ogni 8 posti letto.**

Per moduli superiori, la dotazione di personale va proporzionalmente incrementata.

Il personale sanitario dedicato, inoltre, dovrà essere dotato di formazione specifica in emergenza urgenza.

Nel caso di svolgimento della funzione di O.B.I., in via temporanea, in altre unità operative, il personale infermieristico e medico dovrà essere in condivisione con quello del reparto.

Nota Bene: la realizzazione di strutture di OBI centralizzate negli Ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico, con struttura e personale dedicato, rappresenta in prospettiva la soluzione ideale per il miglioramento dell'assistenza in regime d'urgenza. La limitatezza attuale delle risorse consente nell'immediato solo interventi parziali senza investimenti nuovi, ogni Comprensorio dovrà pertanto adattare alla sua realtà le indicazioni del presente documento in condizioni di isorisorse.

6.4. Dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche dell'O.B.I.

Nei Pronto Soccorso che attiveranno un'unità di O.B.I. centralizzata e interdisciplinare deve essere garantita la seguente dotazione di attrezzature e risorse tecnologiche prevista anche dalle Linee guida della SIMEU.

Una quota parte dei posti letto, mediamente il 50%, deve essere dotata di monitoraggio emodinamico e respiratorio.

Ogni posto letto deve avere a disposizione ossigeno e vuoto.

All'interno del Pronto Soccorso dove viene organizzata l'area di O.B.I. devono essere presenti almeno:

- monitor/defibrillatore/stimolatore
- ventilatore meccanico non invasivo in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP
- ecografo pluridisciplinare
- elettrocardiografo
- pulsiossimetro
- glucometer
- sfigmomanometri
- pompe di infusione, in numero adeguato
- set per intubazione/RCP.

Nelle aree di O.B.I. specialistiche (Pediatria, Ostetricia e Ginecologia) deve essere presente la dotazione necessaria per garantire un'adeguata assistenza e un monitoraggio delle variazioni delle condizioni cliniche dei pazienti.

7. CRITERI GENERALI DI AMMISSIONE DEL PAZIENTE IN O.B.I.

Come indicazioni generali, l'attivazione dell'O.B.I. deve avvenire di norma per i pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostico-terapeutici o di periodo di osservazione che di norma non supera le 36 ore, al fine di un corretto inquadramento diagnostico-terapeutico nelle 36 ore. Tale periodo di osservazione prolungato del paziente permette di valutarne le reali necessità di ricovero o di dimissione.

In particolare, sono ammessi in O.B.I.:

- i pazienti per i quali è possibile un rapido inquadramento clinico con l'ausilio delle metodiche diagnostiche strumentali/laboratoristiche disponibili; in caso di attivazione di osservazione nei reparti, è necessario che il Pronto Soccorso valuti attentamente, dopo l'inquadramento diagnostico, la necessità di ulteriori trattamenti / terapie da effettuare in O.B.I.;

- i pazienti con patologie acute di rapida stabilizzazione clinica e bassa/moderata complessità terapeutica ed assistenziale.

Nella fase di avvio dell'istituzione dell'O.B.I., tenuto conto della riorganizzazione o all'eventuale reperimento del personale che questa richiede, tale funzione potrà eventualmente essere resa operativa solo nelle ore diurne. In tal caso entro le ore 19.00 dovrà essere stabilito il ricovero del paziente o la sua dimissione a domicilio.

La decisione di destinare un paziente in O.B.I. può avvenire da parte del medico di Pronto Soccorso oppure da parte del medico specialista per le unità operative di Pediatria ed Ostetricia e Ginecologia che effettuano attività di accettazione in emergenza-urgenza (h24).

Nell'O.B.I. centralizzata e interdisciplinare, la responsabilità del paziente rimane del medico di Pronto Soccorso con corresponsabilità medica degli specialisti a cui viene richiesta un'eventuale consulenza relativamente alle prestazioni effettuate e/o a terapie prescritte.

Nelle unità operative di Pediatria ed Ostetricia e Ginecologia che effettuano attività di accettazione in emergenza-urgenza, la responsabilità del paziente sarà di competenza del medico specialista **dal momento dell'ammissione del paziente in O.B.I. presso tali unità operative.**

I Pronto Soccorso che attiveranno, **in via transitoria**, la funzione di O.B.I. in reparto, prima di destinare il paziente in osservazione alle unità operative, dovranno approfondire autonomamente gli aspetti diagnostici generali procedendo all'esecuzione di tutte le indagini clinico-strumentali necessarie per l'inquadramento del caso.

L'ammissione del paziente in osservazione nelle unità operative dovrà essere concordata tra il medico di Pronto Soccorso e quello dell'unità operativa.

Dovranno essere elaborati specifici protocolli che definiscano le modalità operative di gestione del paziente e i relativi passaggi di consegna per il personale infermieristico e medico tenuto conto delle diverse realtà organizzative esistenti negli ospedali del territorio provinciale.

Una volta che il paziente viene affidato al reparto per l'osservazione breve, **la responsabilità del paziente sarà dell'équipe medico-infermieristica dell'unità operativa in cui il paziente si trova per tutto il periodo di osservazione.** Ulteriori trattamenti e accertamenti ritenuti utili potranno essere disposti dal medico del reparto che deciderà, in seguito, la dimissione o il ricovero del paziente.

L'intero processo e il relativo passaggio di consegne, dovrà essere esplicitamente documentato sia ai fini gestionali che di responsabilità professionale (diario clinico, verbale di Pronto Soccorso).

7.1 **Condizioni cliniche per le quali risulta appropriata l'attivazione dell'O.B.I. per gli adulti**

A livello indicativo si elencano i quadri clinici che possono essere trattati in O.B.I. Si precisa che l'elenco riportato **non è esaustivo**, possono pertanto essere ammessi in O.B.I. i pazienti che presentano altre condizioni non comprese nella lista, ma che a giudizio del medico di Pronto Soccorso o del medico responsabile dell'unità operativa caratterizzata da attività di emergenza-urgenza necessitano di un'osservazione breve.

Cod	PATOLOGIE AMMESSE	Cod	PATOLOGIE AMMESSE
1	Cefalea con esiti neurologici negativi	14	Sindromi dolorose osteoarticolari e nevralgiche(lombalgia,...)
2	Vertigini	15	Dolore al fianco
3	Sincopi (lipotimia,...) con valutazione iniziale negativa	16	Coliche renali
4	TIA	17	Reazioni allergiche
5	Crisi convulsive/ Crisi comiziali	18	Crisi asmatiche
6	Dolore addominale (epigastralgia,...)	19	Dispnea
7	Coliche epatiche	20	Traumi minori (cranico, toracico, addominale,...)
8	Disidratazione/diarrea	21	Scompenso iperglicemico/crisi ipoglicemica/Scompenso diabetico
9	Nausea e vomito	22	Turbe metaboliche lievi
10	Gastroenterite acuta	23	Intossicazioni minori (da farmaci, alimentari,...)/ Avvelenamento
11	Dolore toracico (con basso rischio di infarto miocardio)	24	Etilismo acuto
12	Crisi ipertensive	25	Overdose da oppiacei o disturbi comportamentali da allucinogeni
13	Aritmie cardiache (fibrillazioni atriali parossistiche, tachicardia parossistica sopraventricolare, cardioversione elettrica in fibrillazione atriale...)	26	Altre condizioni a discrezione del medico di Pronto Soccorso

7.2 **Condizioni cliniche per le quali risulta appropriata l'attivazione dell'O.B.I. Pediatrica**

Nella tabella seguente viene riportato un elenco dei quadri diagnostici che possono essere trattati in O.B.I. pediatrica.

Cod	PATOLOGIE PEDIATRICHE AMMESSE
1	Lipotimie e spasmi a dubbia dinamica, per il tempo di ripresa
2	Gastroenterite con disidratazione di grado medio
3	Reazioni allergiche generalizzate
4	Quadri dispnoidi di lieve entità
5	Trauma cranico minore
6	Convulsioni febbrili/ crisi comiziali
7	Sintomatologia dolorosa
8	Esposizione a sostanze tossiche
9	Altre condizioni a discrezione del pediatra

7.3 **Pazienti NON AMMESSI in O.B.I.**

NON devono essere AMMESSI in O.B.I.:

PAZIENTI NON AMMESSI	
•	i pazienti con destinazione di ricovero già individuata in attesa di posto letto
•	i pazienti destinati alla dimissione dopo la valutazione del Pronto Soccorso
•	i pazienti gestibili in Pronto Soccorso e dimissibili entro 90-180 minuti
•	i pazienti con condizioni cliniche gravi (parametri vitali compromessi,...)
•	i pazienti che presentano i requisiti per un ricovero urgente
•	i pazienti da contenzionare
•	i pazienti con volontà autolesive o di suicidio
•	i pazienti con sanguinamento in atto
•	i pazienti con pluripatologie
•	i pazienti psichiatrici acuti

L'O.B.I. non deve avere la funzione di "appoggio" ai ricoveri programmati o di attività eseguibili in regime ambulatoriale o di DH. Non deve essere, inoltre, utilizzata nel caso di mancanza di posti letto in altre unità operative, nell'attesa del ricovero del paziente.

7.4 **Pazienti NON AMMESSI in O.B.I. PEDIATRICA**

Oltre ai criteri generali di non ammissione elencati nel paragrafo precedente, NON devono essere AMMESSI in O.B.I. Pediatrica i pazienti che presentano le seguenti condizioni cliniche.

Cod.	PATOLOGIE PEDIATRICHE NON AMMESSE
1	Insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione e/o drenaggio toracico
2	Shock
3	Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo
4	Cardiopatie o aritmie instabili (escluso TPSV)
5	Coma (escluso etilico)
6	Intossicazioni gravi
7	Sepsi e/o shock settico
8	Febbre in neutropenia
9	Trattamento di tipo onco-ematologico o sottoposti a TMO
10	Epiglottite
11	Meningite
12	Disturbi elettrolitici severi o cronici

8. CHIUSURA DELL'O.B.I.

Il tempo di permanenza in osservazione breve intensiva, nel caso di O.B.I. presso il Pronto Soccorso o presso le unità specialistiche (h24 - pediatria e ginecologia), deve essere conteggiato dall'ingresso del paziente in O.B.I. fino alla dimissione del paziente.

Nel caso in cui l'O.B.I. sia fatta direttamente in altre unità operative il tempo di inizio dell'O.B.I. coincide con il momento di passaggio del paziente dal Pronto Soccorso all'unità operativa.

L'O.B.I. può terminare con la dimissione del paziente, con il ricovero in un reparto ospedaliero e con il trasferimento in un altro istituto. Dall'unità di O.B.I. non devono essere effettuati trasferimenti ad unità operative se non per ricovero del paziente su apposita scheda.

In particolare sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve in Pronto Soccorso sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve intensiva in reparto l'inizio del ricovero coincide con l'ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nel reparto di ricovero.

La dimissione dall'area di O.B.I. può realizzarsi esclusivamente da parte del Pronto Soccorso, o da parte di unità operative caratterizzate da attività di accettazione in emergenza-urgenza.

Nei Pronto Soccorso che attueranno, in via transitoria, l'osservazione breve in altre unità operative, sarà il medico specialista del reparto a decidere in merito alla dimissione o al ricovero del paziente.

9. LA DOCUMENTAZIONE CLINICA

L'attività di O.B.I. deve essere rilevata con una **documentazione clinica specifica unica per tutti gli ospedali (Scheda OBI)**, che contenga il diario clinico del paziente, tutte le prestazioni di specialistica, le indagini di laboratorio, di diagnostica strumentale e per immagini effettuate, secondo il nomenclatore tariffario provinciale della specialistica ambulatoriale (Delibera della G.P. n. 2568 del 15.06.1998, nella versione vigente), i referti eseguiti, le terapie somministrate, la diagnosi e l'esito dell'osservazione (vedasi fac simile allegato Scheda OBI Ospedale di Merano).

Tale documentazione va ad integrare la scheda di Pronto Soccorso aperta al momento dell'accesso del paziente e, nel caso di ricovero del paziente, diventa parte integrante della sua cartella clinica.

La scheda di Pronto Soccorso rimarrà aperta durante tutto il periodo di osservazione breve e **dovrà essere chiusa dal medico di Pronto Soccorso alla dimissione del paziente da O.B.I.**

Nei Pronto Soccorso che attiveranno, in via temporanea, l'osservazione breve in reparto, sarà il medico dell'unità operativa a registrare tutte le informazioni specifiche per l'OBI e a chiudere la scheda di Pronto soccorso / OBI.

10 REMUNERAZIONE DELL'O.B.I.

Se l'osservazione breve **non è seguita da ricovero**, l'attività viene valorizzata attraverso la tariffa forfetaria di **euro 250,00, a copertura della spesa alberghiera, a cui si aggiungono le singole prestazioni erogate, rilevate e valorizzate secondo il nomenclatore tariffario**

provinciale della specialistica ambulatoriale (approvato con delibera della G.P. 2568/1998 nella versione vigente).

Per quanto riguarda la tariffa prevista per l'attività di O.B.I., se l'osservazione breve è seguita da ricovero, tutte le prestazioni erogate, analogamente a quanto avviene per l'attività di Pronto Soccorso, rientrano nell'ambito della tariffa del DRG.

11 TICKET DELL'O.B.I.

Per la degenza in O.B.I. non è prevista alcuna partecipazione alla spesa da parte del paziente, dal momento che tale attività presenta il carattere di non differibilità.

Il paziente è tenuto però al pagamento del ticket di Pronto Soccorso secondo le disposizioni emanate dalla Giunta Provinciale con deliberazione n. 1862 del 27 maggio 2002 ed entrate in vigore il 1° luglio 2002.

12 MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'O.B.I.

L'attivazione del flusso informativo del Pronto Soccorso integrato con le informazioni dell'attività di O.B.I. permetterà a ciascun Comprensorio Sanitario di valutare l'attività di accettazione di emergenza-urgenza e, in particolare, l'attività di osservazione breve.

Lo strumento dell'O.B.I. deve essere oggetto di un'attenta e continua verifica che ne attesti il corretto utilizzo attraverso il calcolo dei seguenti indicatori di appropriatezza.

Cod.	INDICATORI
1	Numero totale di accessi in Pronto Soccorso
2	Numero e % di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.
3	Numero e % di ricoveri dopo O.B.I.
4	Numero e % di dimissioni dopo O.B.I.
5	Numero e % di decessi in O.B.I.
6	Numero e % di trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.
7	Numero e % di autodimissioni da O.B.I.
8	Tempo medio di durata dell'O.B.I.
9	Numero e % di casi > 24 ore di osservazione
10	Numero e % di casi > 36 ore di osservazione
11	Tipologia di patologie osservate in O.B.I.
12	Numero e tipologia di prestazioni erogate in O.B.I.
13	N. medio di prestazioni erogate in O.B.I. per paziente
14	N. di pazienti ritornati in PS dopo O.B.I. entro 48 ore
15	N. di rientri in O.B.I. entro 48 ore

12.1 Standard di appropriatezza

In base alla letteratura, si possono definire degli standard di appropriatezza dell'attivazione dell'O.B.I. a partire da alcuni indicatori di qualità di assistenza:

Cod.	INDICATORI	
1	% di accessi di Pronto Soccorso per i quali viene attivata l'O.B.I.	<10%
2	% di dimissioni dopo O.B.I.	>70%
3	% di ricovero dopo O.B.I.	<30%

Standard più adeguati potranno essere definiti a partire dall'analisi dei dati sull'attività effettiva dell'O.B.I. dopo la sua attivazione.

13 ENTRATA IN VIGORE

Le suddette Linee guida trovano **applicazione a partire dal 1° gennaio 2016** .

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93
über die fachliche, verwaltungsgemäße
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93
sulla responsabilità tecnica,
amministrativa e contabile

Der Amtsdirektor

Il Direttore d'ufficio

Der Abteilungsdirektor

26/11/2015 10:30:52
SCHROTT LAURA

Il Direttore di ripartizione

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a
impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine
Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen
ermittelt

accertato
in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben

26/11/2015 11:21:20
NATALE STEFANO

Il direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Einnahmen

Il direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift
entspricht dem Original

Per copia
conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a