



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 23/11/2007

ANZI' 23/11/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA
CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSTI
COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELO	Marco	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIBRI	Luigi	"
COPPOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
MALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: COPPOTELLI - DE ANGELIS

DELIBERAZIONE N. 946

Oggetto:

Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva nel Lazio dal 1°
gennaio 2008. Adempimento rif. 1.3.3 del piano di rientro. DGR
66/07 o DGR 149/07.



946 23 NOV. 2007 *lu*

OGGETTO: Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva nel Lazio dal 1° gennaio 2008. Adempimento rif.1.3.3 del piano di rientro DGR 66/07 e DGR 149/07.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità e del Presidente; *della Regione Lazio;* *lu*

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTE la DGR 12 febbraio 2007, n. 66 " Approvazione del - Piano di rientro - per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge 311/04" e la DGR 6 marzo 2007 n.149 "Presca d'atto dell'accordo Stato regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge n.311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del piano di rientro";

CONSIDERATO che la riduzione di posti letto per acuti in atto nelle strutture di ricovero della Regione Lazio, implica una rimodulazione dell'offerta assistenziale, anche nell'area pediatrica, per evitare disagi alla popolazione,

VALUTATO che l'Osservazione Breve Intensiva è una modalità assistenziale che, attraverso l'osservazione protratta in regime non di ricovero ed il trattamento dei quadri a complessità moderata, garantisce:

- il miglioramento della qualità e della appropriatezza della cure erogate ai pazienti
- la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro dei PS
- la maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale
- il più razionale utilizzo della risorse con effetti positivi sulla efficienza e efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure;

VALUTATO che il documento prodotto dall'Agenzia Laziosanità-ASP "Introduzione dell'osservazione breve intensiva nel Lazio", parte integrante del presente atto, definisce in maniera puntuale:

- Le funzioni dell'OBI
- I criteri di ammissione in OBI
- I criteri di non ammissione in OBI
- I requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi dell'OBI
- La valorizzazione economica delle attività
- L'obbligo informativo
- La formazione del personale

RITENUTO che il monitoraggio delle attività svolte debba essere attribuito all'Agenzia Laziosanità-ASP e che debba essere effettuato mediante l'ausilio di un set di indicatori applicati sui dati dei sistemi informativi;

RITENUTO che l'introduzione dell'OBI nel Lazio debba avvenire secondo il cronoprogramma indicato di seguito:
entro il 15 dicembre 2007, le Aziende Ospedaliere con servizio di emergenza e le Aziende Sanitarie Locali con presidi, a gestione diretta o privati accreditati, con servizio di emergenza,



946 23 NOV. 2007 *leg*

dovranno produrre un piano di implementazione e contestualizzazione dell'OBI da inviare alla Direzione regionale Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro

entro il 1 febbraio 2008 la Direzione regionale Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro con il supporto dell'Agenzia Laziosanità-ASP visti i piani prodotti dalle Aziende proporrà un piano operativo di introduzione dell'OBI nel Lazio da sottoporre all'approvazione della giunta Regionale

il 1° marzo 2008 il nuovo modello assistenziale con le relative implicazioni sul debito informativo e le remunerazioni sarà introdotto nella rete dell'emergenza del Lazio;

VALUTATO che per i pazienti in Osservazione Breve Intensiva che richiedono di norma assistenza non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 36 ore, è prevista una tariffa onnicomprensiva pari a Euro 275, calcolata sulla base del valore medio dei ricoveri 0-1 giorno ridotta del 15%;

RITENUTO che nei piani prodotti dalle Aziende ed in quello operativo proposto dalla Direzione regionale Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro dovranno essere considerate le specificità dell'OBI per la popolazione pediatrica.

VISTA la nota del Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze che approva la proposta di DGR con prescrizioni che sono state rispettate;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite, all'unanimità

DELIBERA

- di approvare l'introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva nel Lazio, dal 1° marzo 2008, secondo le modalità contenute nel documento prodotto dall'Agenzia Laziosanità-ASP, allegato e parte integrante del presente atto;
- di definire la tariffa onnicomprensiva per l'OBI nella misura di € 275 per caso trattato con le limitazioni previste al punto 2.6 dell'allegato tecnico parte integrante della presente delibera;
- di dare mandato alle Aziende Ospedaliere con servizio di emergenza e alle Aziende Sanitarie Locali con presidi, a gestione diretta o privati accreditati, con servizio di emergenza, di produrre un piano di implementazione e contestualizzazione dell'OBI da inviare alla Direzione regionale Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul lavoro entro il 15 dicembre 2007;
- di impegnare la Direzione regionale Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul lavoro con il supporto dell'Agenzia Laziosanità-ASP a predisporre un piano operativo di introduzione dell'OBI nel Lazio, armonizzando i piani aziendali, da sottoporre alla Giunta Regionale entro il 1° febbraio 2008;
- di attribuire all'Agenzia Laziosanità-ASP il monitoraggio delle attività svolte mediante l'ausilio di un set di indicatori applicati sui dati dei sistemi informativi

Il presente atto sarà pubblicato sul BURL.

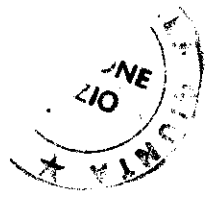


"allegato OBI 14
novembre-I.doc"

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI



27 NOV. 2007



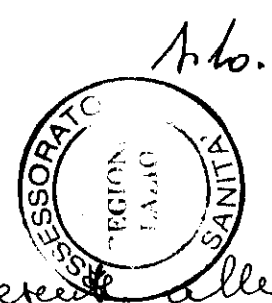
ALLEG. alla DELIB. N. 946 *lu*
DEL 23 NOV. 2007

LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva nel Lazio

Luglio 2007



*Il presente allegato
è composto da 13 pagg*



INDICE

1. Definizione del contesto	2
2. Introduzione dell' Osservazione Breve Intensiva (OBI) nelle strutture di emergenza ospedaliera della regione Lazio	4
2.1 Definizione	4
2.2 Funzioni dell'OBI	4
2.3 Criteri di ammissione in OBI	5
2.4 Criteri di non ammissione in OBI	6
2.5 Requisiti Strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'OBI	6
2.6 Valorizzazione economica delle attività	7
2.7 Obbligo informativo	8
2.8 Formazione del personale.....	8
3. Monitoraggio e sviluppo delle attività	10
4. Cronoprogramma di implementazione del modello	12



1. Definizione del contesto

Studi di letteratura ed esperienze internazionali riportano che l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), in un contesto caratterizzato dalla tendenza alla deospedalizzazione e alla riduzione del numero di posti letto per acuti, può offrire un setting assistenziale alternativo al ricovero tradizionale, garantendo all'utenza prestazioni qualitativamente ottimali con minore utilizzo di risorse. Gli stessi studi riportano che il 5-10% dei pazienti che accedono al P.S. necessita di osservazione; di questi mediamente il 70% viene dimesso ed il 30% ricoverato al termine dell'osservazione.

Sulla base dei dati relativi all'anno 2006, è possibile stimare che, nei soli reparti di B.O., circa 3.600 ricoveri ordinari (14% del totale) hanno durata di 0 giorni, 10.600 hanno durata 0-1gg (42% del totale) e circa 15.000 hanno durata 0 - 2 giorni (58% del totale). La possibilità di trattare una quota cospicua di questi ricoveri in un nuovo ambito assistenziale quale l'OBI avrebbe un impatto teorico di riduzione del tasso di ospedalizzazione di circa il 2 per mille.

Estendendo l'analisi, con le necessarie approssimazioni e cautele, all'intero universo dei pazienti ricoverati nel 2006 nella Regione Lazio, il numero di ricoveri acuti ordinari con degenza 0 e 1 giorno ammonta a circa 80.000/anno (con esclusione dei ricoveri effettuati in T.I., TIN, Unità coronaria, cardiocirurgia, neonatologia, nido). Tale quota di ricoveri corrisponde al 9,7% dei ricoveri ordinari e contribuisce per il 15 per mille al tasso di ospedalizzazione.

L'analisi comparativa delle dinamiche dell'attività 2005 e 2006 dei reparti di Breve Osservazione (B.O.) della Regione Lazio (circa 380 posti letto, oggi denominati anche "Area Degenza della Medicina d'Urgenza"), ha evidenziato un comportamento disomogeneo, a livello regionale, nello svolgimento della funzione di filtro pre-ricovero per pazienti con problemi clinici acuti. E' ipotizzabile che, in molti di questi casi, si traduca in ricoveri ospedalieri un'attività che in realtà è di osservazione di pazienti instabili, per i quali non è ancora definita la necessità di ricovero ma che non sono ancora dimissibili dal PS. Ciò potrebbe essere determinato dall'esigenza di spostare i pazienti dal PS



contemporaneamente, dall'assenza di modalità alternative al ricovero attraverso le quali garantire il protrarsi della loro osservazione.

Sulla base del contesto descritto, si individua l'OBI, già diffusa in varie regioni d'Italia, come modalità assistenziale che attraverso l'osservazione protratta in regime non di ricovero ed il trattamento dei quadri a complessità moderata, garantisca:

- il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti
- la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS
- la maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale
- il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sulla efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.



2. Introduzione dell' Osservazione Breve Intensiva (OBI) nelle strutture di emergenza ospedaliera della regione Lazio

2.1 Definizione

L'OBI è una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti, ad alto potenziale di reversibilità, che richiedono assistenza intensiva, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 36 ore, con l'obiettivo di pervenire ad un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico e di valutare le reali necessità di ricovero appropriato o di dimissione sicura. Il tempo di permanenza in OBI parte dalla presa in carico da parte del medico dell'OBI e non dall'inizio dell'accesso in PS (valutazione triage).

L'alta intensità dell'assistenza è riferita al notevole impegno del personale medico ed infermieristico, all'esecuzione di accertamenti diagnostici, al monitoraggio clinico ed alla pianificazione di strategie terapeutiche, al fine di discriminare, con necessario livello di sicurezza in base alla risposta clinica del paziente, se esso possa essere dimesso in condizioni di sintomatologia risolta e diagnosi certa oppure trasferito nel reparto di degenza più appropriato per il trattamento assistenziale più idoneo.

Si introduce pertanto l'OBI come modalità assistenziale diversa dal ricovero, da effettuarsi in un'area dedicata ai pazienti che necessitano di ulteriore osservazione clinica dopo il primo approccio in PS. Tale area può essere collocata, a seconda dei contesti aziendali, in prossimità dei reparti di B.O., o dell'area del PS stesso, anche in caso di PS Pediatrici o PS di Ostetricia e Ginecologia.

2.2 Funzioni dell'OBI

L'OBI adempie fundamentalmente alle seguenti funzioni:

- Osservazione longitudinale clinico-sintomatologica
- Valutazione dell'effetto degli interventi di stabilizzazione dei parametri vitali
- Approfondimento diagnostico-terapeutico
- Implementazione dell'appropriatezza dei ricoveri da PS
- Implementazione dell'appropriatezza delle dimissioni da PS.

2.3 Criteri di ammissione in OBI

L'attività di OBI contribuisce a migliorare la sicurezza e l'efficacia delle attività di Pronto Soccorso per il personale che vi opera, per i pazienti e per la struttura erogante garantendo un miglioramento della qualità delle cure in funzione del tempo dedicato all'osservazione e del trattamento dei quadri patologici a complessità moderata. Tali quadri rappresentano il campo di applicazione prevalente della OBI e sono costituiti da quelle situazioni che necessitano di un iter clinico, diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 6 ore o superiore alle 36 ore.

A scopo unicamente indicativo i più significativi quadri patologici che possono essere adeguatamente affrontati in OBI sono riferibili a sintomatologie quali *dolore toracico, dolore addominale, aritmia, angina, vertigine, dispepsia, crisi ipertensiva, cefalea, reazione allergica, lombalgia, traumi minori, intossicazioni, o inquadrabili in entità nosografiche quali sincope, scompenso cardiaco, crisi asmatica, ipoglicemia grave ed altre alterazioni metaboliche acute, squilibri idro-elettrolitici, gastroenterite acuta, colica renale, algie pelviche, emorragie vaginali, infezione vie urinarie, laringite acuta con dispnea, convulsioni febbrili.*

La lista di patologie su indicate non esclude pertanto che anche altri quadri patologici possano essere considerati da trattare in OBI.

E' fondamentale che in ogni struttura di emergenza del Lazio, sia essa DEA o Pronto Soccorso, anche sulla base di linee guida regionali che saranno sviluppate dall'Agenzia di Sanità Pubblica, vengano redatti opportuni percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per le patologie più frequentemente trattate in OBI, dopo la opportuna contestualizzazione nella singola realtà. Il processo di condivisione e di organizzazione dovrebbe essere di fatto verificato nel contesto della singola realtà Ospedaliera o Aziendale, ad evitare che il paziente, che è stato studiato in OBI in un primo momento, non trovi una coerente continuità assistenziale.



2.4 Criteri di non ammissione in OBI

Di seguito sono riportati i criteri che non consentono l'ammissione in OBI:

- Condizioni cliniche gravi
- Pazienti con più patologie o con presenza di requisiti per un ricovero urgente
- Finalità di appoggi per ricoveri programmati
- Finalità di sostituire attività/prestazioni erogabili in altri regimi (ambulatorio o DH)
- Finalità di isolamento per patologie infettive contagiose.

2.5 Requisiti Strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'OBI

Per gli standard strutturali, tecnologici e di personale si fa riferimento a quelli già stabiliti nella Regione Lazio per il Pronto Soccorso e l'Osservazione Temporanea (DGR n° 424/2006), che devono risultare proporzionali al volume di attività e dipendenti dal livello assistenziale della struttura.

In particolare, per attivare il servizio OBI è necessario che vi siano spazi dedicati in contiguità con il Pronto Soccorso o la Breve Osservazione attrezzati con 1 letto tecnico ogni 4.000-7.000 accessi in PS o frazioni.

Per l'OBI pediatrica si prevede almeno 1 posto letto ogni U.O. di Pediatria o Pronto Soccorso Pediatrico, o 1 posto letto ogni 5.000 accessi in PS, modulabile in base alle necessità assistenziali.

Una quota parte dei posti di assistenza per l'OBI, mediamente il 50%, deve essere dotata di monitoraggio ECGrafico, pressorio e per almeno il 30% pulsossimetrico. Ogni P.L. deve avere a disposizione O₂ e vuoto.

Per le attività dell'OBI devono essere, quindi, disponibili:

- 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.

Per quanto riguarda la dotazione di personale essa è in condivisione con quella della Breve Osservazione (e/o del PS), nel rispetto degli aspetti organizzativi aziendali. La dotazione di personale dedicato dovrà essere comunque in ogni caso selezionata dall'organico già operante.

2.6 Valorizzazione economica delle attività

La valorizzazione economica delle attività svolte in PS si articola diversamente a seconda delle modalità di erogazione dell'assistenza:

- Per i pazienti assistiti in Osservazione temporanea (modalità di gestione dei pazienti nei locali di pronto soccorso di norma con durata inferiore a 6 ore), la remunerazione rientra nell'ambito della valorizzazione degli accessi di PS (attualmente in funzione del codice triage)
- Per i pazienti assistiti in Osservazione breve intensiva (OBI), (modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti giunti in PS ma che richiedono assistenza intensiva, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 36 ore), si prevede una tariffa omnicomprensiva pari a 275 Euro, calcolata sulla base del valore medio dei ricoveri 0-1gg, ridotto del 15%.
- Per i pazienti assistiti che vengano ricoverati dopo la visita di PS o dopo il periodo di OBI, la remunerazione di tutte le prestazioni è compresa in quella prevista per l'episodio di ricovero secondo la tariffa DRG
- Per i pazienti assistiti che vengano trasferiti dopo il periodo di OBI, l'episodio di OBI è remunerato per l'ospedale che lo ha eseguito con la tariffa unica omnicomprensiva per l'OBI, mentre il rimborso del ricovero eventualmente effettuato nella struttura ospedaliera destinazione del trasferimento rientra nell'ambito della relativa tariffa del DRG.



In considerazione della finalità dell'introduzione dell'OBI, quale strumento finalizzato al sostegno dei processi di deospedalizzazione, di riduzione dei posti letto e di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, **la remunerazione annuale dell'attività di OBI determina un corrispondente abbattimento per ciascun istituto erogatore del budget dei ricoveri per acuti**, così come definito nelle delibere annuali di ripartizione del fondo sanitario regionale.

Tanto nelle more, dopo il primo anno di introduzione, della riclassificazione del livello assistenziale di erogazione di tali prestazioni e la conseguente definizione per le stesse di uno specifico budget di riferimento.

2.7 Obbligo informativo

In altre regioni italiane l'OBI viene compresa nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale e viene registrata nel relativo flusso. Per le peculiarità del Lazio, questo nuovo ambito assistenziale sarà registrato, invece, tramite il flusso SIES (Sistema Informativo Emergenza Sanitaria) introducendo nuovi campi specifici per l'OBI, quali:

- sospetto diagnostico per cui si attiva l'OBI;
- data/ora di ingresso in OBI;
- le 5 prestazioni, diagnostiche e/o terapeutiche, più importanti effettuate in OBI.

Ciascuna struttura che svolge attività di accettazione in emergenza-urgenza (e dotata di OBI), dovrà riportare le informazioni relative alle attività diagnostico-terapeutiche svolte durante il ricovero in OBI e dovrà trasmettere all'Agenzia di Sanità Pubblica i dati, secondo quanto previsto dal flusso informativo dell'Emergenza (SIES).

2.8 Formazione del personale

Al fine di assicurare standard operativi omogenei, assume particolare rilevanza il mantenimento delle capacità cliniche del personale dell'emergenza-urgenza, attraverso interventi formativi specifici e la formazione continua.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Il personale attribuito alle unità di OBI dovrà essere formato all'utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici-organizzativi elaborati internamente e alla verifica continua del proprio operato professionale attraverso lo studio dei casi trattati (audit clinico).

A tal fine, il percorso formativo sarà curato da Laziosanità-ASP, nell'ambito del programma di formazione correlato al Piano di rientro, e sulla base della metodologia recentemente implementata per la formazione del personale dell'Emergenza, basata sui principi dell'apprendimento per esperienza e di revisione tra pari.

3. Monitoraggio e sviluppo delle attività

Sulla base delle informazioni raccolte da ciascuna Azienda, e comunicate all'ASP, il monitoraggio delle attività svolte avverrà mediante l'ausilio di un set di indicatori applicati su i dati dei sistemi informativi (SIO -SIES - SIPLET), quali:

- % dei pazienti inseriti in OBI rispetto al totale degli accessi al PS generale (standard 5-10%)
- % dimessi a domicilio dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati (standard > 70%)
- tempi medi di durata dell'osservazione (di norma > 6 ore e < 36 ore) per tutte le tipologie di pazienti: dimessi a domicilio, ricoverati, trasferiti
- % casi con durata di osservazione in OBI superiore alle 36 ore
- n° di ritorni in PS, con lo stesso problema clinico, entro 10 giorni, dei pazienti dimessi dalla OBI
- rapporto tra PL OBI attivati e PL acuti ordinari contestualmente disattivabili
- rapporto tra la somma di osservazioni in OBI e ricoveri in B.O. con degenza 0-1 giorni nel periodo di osservazione corrente (numeratore) e numero di ricoveri in B.O. con degenza 0-1 giorni nel 2006 (denominatore).

Sarà competenza di Laziosanità - ASP:

- effettuare il monitoraggio delle attività di OBI, attraverso l'analisi dei sistemi informativi SIES, SIO e SIPLET
- diffondere periodicamente i dati di attività di OBI effettuata nel Lazio
- rivedere periodicamente il sistema di remunerazione dell'attività dell'OBI
- favorire l'attivazione delle OBI, fornendo alle Aziende il necessario supporto tecnico, metodologico e formativo
- identificare, anche attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, un elenco di quadri clinici destinati ad essere trattati in OBI
- elaborare linee guida per la definizione di percorsi clinico-assistenziali, promuovendo anche la produzione di protocolli diagnostico-terapeutici comuni



1111



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

- provvedere all'adeguamento del tracciato del SIES
- definire le nuove specifiche dell'applicativo GIPSE e quantificarne i relativi costi che saranno comunicati all'Assessorato alla Sanità per il relativo stanziamento.

1031
ANNO



4. Cronoprogramma di implementazione del modello

- Le Aziende Ospedaliere con servizio di emergenza e le Aziende Sanitarie Locali con Presidi, a gestione diretta o privati, con servizio di emergenza, dovranno produrre un piano di implementazione e contestualizzazione del modello OBI. Tale piano dovrà essere elaborato nell'ottica della razionalizzazione delle risorse prevista dal piano di rientro, tenendo conto delle dotazioni tecnologica-strumentale e di personale già esistenti. Il documento dovrà essere trasmesso alla Direzione Regionale Programmazione sanitaria e politiche della prevenzione e sicurezza sul lavoro, entro il 15 dicembre 2007.

- La Direzione Regionale Programmazione sanitaria e politiche della prevenzione e sicurezza sul lavoro, con il supporto di Laziosanità provvederà alla valutazione ed alla armonizzazione dei piani delle Aziende, e predisporrà, entro il 1 febbraio 2008 il dispositivo analitico di attivazione dell'OBI. Tale dispositivo, visti i piani delle Aziende, dovrà prevedere:
 - o il numero e l'allocazione dei posti OBI per ciascun erogatore
 - o la definizione della contestuale disattivazione di un numero equivalente di PL ordinari per acuti
 - o la definizione di dettaglio del flusso informativo, attraverso la variazione del sistema GIPSE-SIES
 - o il calendario per gli interventi di formazione del personale.

- L'Assessorato alla Sanità sottoporrà alla Giunta Regionale l'Atto Deliberativo di disciplina dell'OBI.

- Il nuovo modello, con le relative implicazioni sul debito informativo e la remunerazione, sarà introdotto con decorrenza 1 marzo 2008.

