

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE PNEUMOLOGICO:
dal “to care” ospedaliero, al rientro a domicilio.
Le sfide della pneumologia**

La proposta del Consiglio Superiore di sanità



Stefano Moriconi



#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it



Ministero della Salute
Consiglio Superiore di Sanità
Sessione LIII (2022-2025)
Presidente: Prof. Franco Locatelli

Sezione I

**Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca,
sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN**
Presidente: Prof. Paolo Vineis
Coordinatore e Direttore Segreteria tecnica: Dr. Stefano Moriconi

**“Sviluppo organizzativo e gestionale dell'area
critica e percorso diagnostico terapeutico
assistenziale (PDTA) nel SSN”**

Coordinatore: Prof. V. Marco Ranieri
Vice-coordinatori: Prof. Luca Richeldi

13 febbraio 2023

Proposta di un meta-modello organizzativo per la
gestione dell'Area Critica (AC)

con il fine di
**assicurare uniformi livelli essenziali di assistenza
in area critica,**

individuando un percorso di composizione dei
divari regionali,
la cui riduzione rappresenta, peraltro, l'obiettivo
principale del Piano Nazionale di Ripresa e
Resilienza (PNRR).

In particolare, le **principali finalità** di questa proposta sono:

- fornire gli elementi per valutare l'**appropriatezza** dell'investimento necessario ad implementare l'aumento dei posti letto di terapia intensiva e di terapia sub-intensiva;
- definire un meta-modello organizzativo da adottare progressivamente da parte delle Regioni e delle Province autonome che consenta la **sostenibilità** dell'aumento dei posti letto di terapia intensiva e di terapia sub-intensiva;
- fornire **linee di indirizzo** alle Regioni e alle Province autonome per identificare i requisiti infrastrutturali, tecnologici e professionali necessari per rispondere ai fabbisogni assistenziali in area critica.

Nel 2011 la “[European Society of Intensive Care Medicine](#)” ha definito la Terapia Intensiva: *“un'entità organizzativa e geografica distinta per l'attività clinica e l'assistenza, che opera in collaborazione con altri dipartimenti integrati in un ospedale. La terapia intensiva è preferibilmente un'unità o dipartimento indipendente che funziona come una unità chiusa sotto la piena responsabilità medica dello staff della terapia intensiva in stretto concerto con gli specialisti medici di riferimento. La terapia intensiva ha una posizione geografica definita che concentra le risorse umane e tecniche, come la forza lavoro, professionale abilità e competenze, attrezzatura tecnica e spazio necessario.”*

Questa definizione non prevede un'esplicita dicotomia tra letti ad alta intensità (terapia intensiva) e letti a media-bassa intensità (terapia semi-intensiva).

Intensive Care Med 2011; 37: 1575–87

Il documento del CSS propone il superamento della dicotomia tra “terapia intensiva” e “terapia semi-intensiva” prevista dal DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 per realizzare la loro convergenza in un’unica struttura organizzativa di **AREA CRITICA**, definita come *“sistema organizzato per erogare le cure necessarie a pazienti in condizioni di diversa criticità, attraverso assistenza medica ed infermieristica con capacità di modulare il monitoraggio e le molteplici modalità di supporto delle insufficienze d’organo”*.

Tale entità organizzativa comprende i posti letto identificati dai codici 049 (terapia intensiva) e 094 (terapia sub-intensiva).

Le diverse componenti dell'Area Critica potrebbero essere classificate per intensità di cura ed assistenziale con un'indicazione dei livelli di intensità, secondo una scala crescente da 1 (livello più basso) a 3 (livello più alto)

AREA CRITICA			
	LIVELLO 1 BASSA INTENSITÀ	LIVELLO 2 MEDIA INTENSITÀ	LIVELLO 3 ALTA INTENSITÀ
	Paziente non in pericolo di vita che richiede stabilizzazione e supporto della disfunzione d'organo non grave	Paziente in pericolo di vita che richiede supporto di base all'insufficienza d'organo	Paziente in pericolo di vita che richiede supporto avanzato all'insufficienza multi-organo
Livello massimo di monitoraggio	Monitoraggio continuo e non invasivo della saturazione di ossigeno, della frequenza cardiaca e respiratoria e della diuresi	In aggiunta al livello 1: monitoraggio continuo ed invasivo della pressione arteriosa e della pressione venosa centrale	In aggiunta al livello 2: monitoraggio continuo avanzato invasivo di tutte le funzioni vitali
Livello massimo di assistenza	Supporto non invasivo della funzione respiratoria	Supporto non invasivo ed invasivo della funzione respiratoria, renale, cardio-vascolare; terapia nutrizione parenterale ed enterale	Supporto avanzato, non invasivo e invasivo di tutte le funzioni d'organo; capacità di esecuzione di tracheostomia. Disponibilità alla consulenza H24 per i livelli 1 e 2.
	Rapporto infermiere-paziente 1:6	Rapporto infermiere-paziente 1:3	Rapporto infermiere-paziente 1:2
Capacità di adeguamento	Capacità di passaggio al livello 2	Capacità di passaggio al livello 3	Riferimento per trattamenti avanzati. Capacità di potenziamento per gestione maxi-emergenze

Nell'ambito di tale stratificazione per intensità di cura, le **competenze cliniche, i percorsi formativi** e **gli elementi principali del governo clinico** dovranno basarsi sui **criteri generali elencati**

COMPETENZE	<p>Le competenze mediche del livello 3 sono esclusive dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.</p> <p>Le competenze mediche dei livelli 1 e 2 saranno reperite tra diverse discipline mediche (Anestesia e Rianimazione, Pneumologia, Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, ecc.).</p> <p>Le competenze mediche relative ai pazienti chirurgici trattabili nell'immediato post-operato nell'ambito dei livelli 1 e 2 sono esclusive dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.</p>
FORMAZIONE	<p>Per i medici coinvolti nella gestione di livelli 1 e 2 non specialisti in Anestesia e Rianimazione o specialisti in Pneumologia o Medicina d'Urgenza, è raccomandato un percorso formativo (ad esempio attraverso periodi di frequenza presso strutture di livello 3) che sia adeguato alle tematiche della terapia intensiva inerenti alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità e documentabile come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Master di I o II Livello sui temi dell'Area Critica; b) Periodo di frequenza di strutture di 2 o 3 Livello per almeno sei mesi, attestato dal Responsabile della struttura o Direttore del Dipartimento; c) Aver prestato servizio presso una struttura di Livello 1 per un periodo di almeno due anni negli ultimi cinque anni, attestato dal Responsabile della struttura o Direttore del Dipartimento. <p>È auspicabile che tutte le Scuole di Specializzazione di area medica potenzialmente coinvolte nella gestione di pazienti nei livelli 1 e 2 adeguino eventualmente il proprio percorso formativo al fine di includere le competenze necessarie alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità nel percorso formativo della Scuola.</p> <p>Il personale infermieristico dell'Area Critica deve aver seguito un percorso formativo post-laurea specifico (Master di I livello in Area Critica) ovvero possedere l'attestazione di aver prestato servizio almeno un anno in Area Critica.</p>
ORGANIZZAZIONE	<p>Il governo clinico dell'Area Critica e la distribuzione delle risorse professionali e tecnologiche dovranno essere regolati sulla base di flussi informativi inerenti alla tipologia della richiesta assistenziale e della disponibilità delle risorse in termini di posti letto, personale medico e delle professioni sanitarie.</p> <p>Dovranno essere implementati sistemi di rilevazioni dei flussi informativi che siano omogenei e coerenti con tutti i livelli di intensità di cura dell'Area Critica al fine di assicurare la disponibilità delle informazioni necessarie utili all'uso appropriato delle risorse (gravità e complessità dei pazienti ammessi; giornate di degenza; disponibilità di posti letto; uso delle risorse umane e tecnologiche, ecc.).</p> <p>Introduzione di tutti gli strumenti organizzativi (round multidisciplinari) e tecnologici (teleassistenza) a favore della gestione multidisciplinare dei pazienti.</p> <p>Per facilitare i percorsi di entrata e uscita dell'Area Critica, specie per tutte le patologie croniche in fase di acuzie e per quelle che comportano esiti invalidanti, dovrebbero essere individuate Aree Funzionali per i livelli 1-2 (ad es. respiratoria, renale, cardiovascolare, neurologica etc.) con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) svolgere il ruolo di "cerniera" in fase acuta verso il livello 3 dell'Area Critica (<i>step-up</i>) e verso degenze ordinarie (<i>step-down</i>); (b) costituire un "volano strategico" per la dimissione sul territorio di pazienti cronicamente critici (ad esempio ventilatore dipendenti) attraverso la identificazione del caregiver, del setting domiciliare o di RSA, Aree di Cure Palliative/Hospice (pazienti con limitazioni di cure/fine vita) o di Area Riabilitativa in Area Critica. <p>Le terapie intensive "specialistiche" (cardiochirurgiche, neuro-intensive, dei trapianti) a gestione anestesiológica saranno inserite nei livelli di intensità 2 o 3.</p> <p>Le unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e le stroke unit a gestione cardiologica e neurologica saranno inserite nel livello di intensità 1.</p>

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

Per la **gestione** di tale AREA CRITICA, il CSS ha [proposto un meta-modello organizzativo la cui istituzione nelle aziende sanitarie ha come obiettivi:](#)

- (a) coinvolgere ed integrare diverse discipline mediche;
- (b) dislocarsi in termini di personale, attrezzature e servizi nell'ambito di tre livelli crescenti di intensità di cura (bassa, media, ed alta intensità) (Tabella 1);
- (c) avere un'elevata flessibilità in grado di adeguarsi all'evoluzione delle caratteristiche delle richieste assistenziali (dalla necessità di posti letto ad alta intensità per assistenza respiratoria durante una pandemia, alla necessità di posti letto a media-bassa intensità per smaltire liste di attesa chirurgiche).

Per realizzare le necessità sopraesposte è stata proposta una **struttura organizzativa orizzontale**, che coinvolga tutte le componenti dell'area critica, le integri e le coordini, lasciando comunque intatte le identità e le afferenze disciplinari.

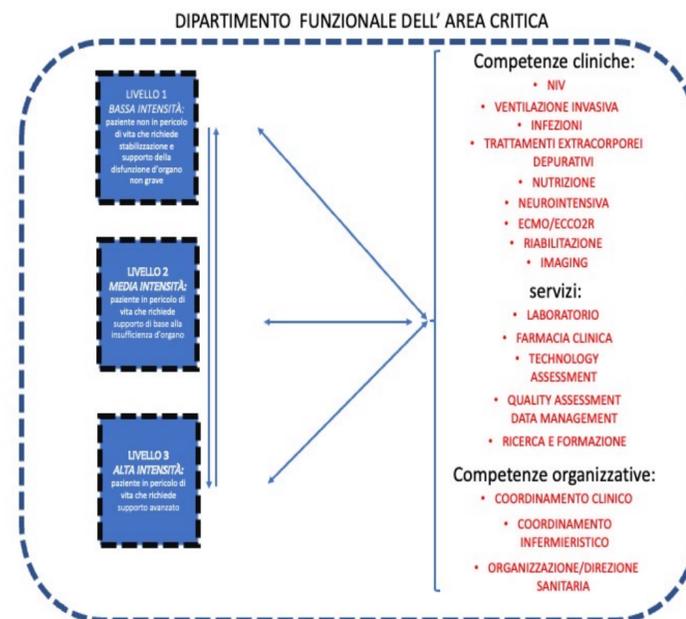
Tale articolazione del modello organizzativo può realizzarsi attraverso **l'istituzione di uno strumento autonomo di coordinamento dell'area critica**, deputato a:

- a) assumere la responsabilità di rendere disponibili le infrastrutture (spazi fisici, impianti di base e posti letto) e le tecnologie sanitarie per fornire adeguata assistenza ai pazienti nella fase critica del percorso salute-malattia-salute;
- b) facilitare le sinergie clinico-organizzative senza ridimensionare la identità delle discipline coinvolte, garantendo comunque l'integrazione e il coordinamento di tutte le figure professionali necessarie ad apportare le competenze indispensabili per la gestione di tali pazienti, facilitando così l'integrazione con le strutture e le competenze che sovrintendono alla gestione dei medesimi pazienti nei livelli più bassi di intensità assistenziale;
- c) assumere la responsabilità di analizzare il fabbisogno di formazione per l'aggiornamento professionale di tutti i profili coinvolti.

Affinché il **Coordinamento Clinico-Organizzativo dell'Area Critica** possa concretamente svolgere le finalità sopradescritte, è essenziale che vengano definiti, con cadenza annuale, a livello aziendale e regionale, gli indicatori di risultato in relazione agli esiti di salute, alle performance ed ai costi attesi.

Ciò renderà possibile l'indispensabile valutazione di efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse tecnologiche (*Health Technology Assessment*) e professionali investite, secondo il consolidato principio che "nulla si migliora se non si misura".

Gli indicatori di qualità e sicurezza dovranno essere annualmente definiti, condivisi e monitorati anche **coinvolgendo i professionisti nella loro definizione, così come nel miglioramento e nella crescita appropriata della risposta sanitaria nell'Area Critica.**



L'implementazione operativa del Coordinamento Clinico-Organizzativo Aziendale dell'Area Critica dipenderà dalle caratteristiche proprie dei diversi SSR ed aziendali. Il possibile spettro di soluzioni andrà da un "gerarchico" del Dipartimento Strutturale all'estremo "tra pari" del Coordinamento Aziendale.

Intermedio tra questi estremi è la soluzione del **Dipartimento Funzionale** (Figura) che consentirebbe di ottimizzare le sinergie clinico-organizzative, l'identificazione dei percorsi e delle responsabilità senza tuttavia ridimensionare l'identità e l'autonomia delle discipline coinvolte (l'identità e l'autonomia di tutte le discipline viene garantita attraverso l'afferenza ai dipartimenti "strutturali" di riferimento per disciplina e percorso clinico).

È auspicabile che ogni Regione e Provincia Autonoma istituisca un **COORDINAMENTO CLINICO REGIONALE** delle **AREA CRITICA** con il mandato di creare e gestire un flusso informativo dalle aziende al centro di coordinamento regionale.

L'analisi di questo flusso organizzativo sarà lo strumento attraverso cui ottimizzare ed armonizzare la gestione clinica e definire le linee di indirizzo attraverso cui rendere omogenee la dotazione tecnologica (*Health Technology Assessment*), i modelli di assistenza (*quality assessment*), e la ricerca e formazione (*quality improvement*). Tale coordinamento potrà inoltre gestire la allocazione delle risorse dell'area critica in situazioni particolari, quali le gravi epidemie, le pandemie o in caso di maxi-emergenze.

La creazione del **Coordinamento Clinico-Organizzativo Aziendale dell'Area Critica** apre la possibilità a nuovi scenari in cui possono coesistere in un'unica area di degenza, pazienti intensivi (di livello 3) e semi-intensivi (di livello 1 e 2) anche affidati agli stessi infermieri, favorendo così' la continuità delle cure e riducendo la dispersione delle informazioni non essendo più necessario il trasferimento del paziente al termine del periodo di cure intensive.

Il **documento del CSS** vuole offrire ai decisori politici, nazionali e regionali, un'ipotesi degli strumenti organizzativi al fine di rendere attuabile quanto stabilito dal Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 considerando che, nella proposta formulata, l'**obiettivo** è quello di rendere sostenibile l'aumento di posti letto di terapia intensiva alla luce delle criticità individuate nel contesto sanitario Italiano:

1. Difficoltà di tutto il settore dell'urgenza/emergenza;
2. Smaltire le liste di attesa chirurgiche;
3. Rendere omogenea, su tutto l'ambito nazionale, la qualità dell'offerta di assistenza ai pazienti critici, tenendo in debita considerazione le diversità organizzative regionali;
4. Implementare un sistema in grado di fornire adeguata assistenza in caso di eventuali emergenze pandemiche incidendo il meno possibile sulla performance generale del sistema sanitario;
5. Contenimento della spesa sanitaria.

Sintesi delle proposte di policy:

1) **Superamento della dicotomia tra terapia intensive e terapia semi-intensiva con la creazione di un'unica struttura organizzativa definita "Area Critica" (AC)** include tutte le diverse entità cliniche coinvolte nella gestione dei malati critici classificati per intensità di cura ed assistenziale, con un'indicazione dei livelli di intensità secondo una scala crescente da 1 (più basso) a 3 (più alto);

2) **Il Coordinamento Clinico-Organizzativo Aziendale dell'Area Critica (CCO-AC)** rappresenta lo strumento di governo clinico-organizzativo orizzontale, che coinvolge tutte le componenti cliniche dell'AC, le integra e le coordina lasciando intatte le identità e le afferenze disciplinari;

3) Competenze mediche:

- **Livelli 1 e 2** potranno essere reperite tra diverse discipline mediche (Anestesia e Rianimazione, Pneumologia, Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, ecc.) fatta eccezione per i pazienti chirurgici trattabili nell'immediato post-operatorio (Livello 1-2) essendo, in tal caso, esclusiva dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

- **Livello 3** è esclusivamente dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione,

4) Competenze infermieristiche: la gestione infermieristica dell'AC potrebbe avvenire attraverso la creazione di un'unica area di degenza (pazienti intensivi: Livello 3 - semi-intensivi: Livello 1 e 2) anche affidati agli stessi infermieri, favorendo così la continuità delle cure e riducendo la dispersione delle informazioni, non essendo più necessario il trasferimento del paziente al termine del periodo di cure

intensive

#ForumRisk18



www.forumriskmanagement.it

5) Percorsi formativi:

Per il **personale medico** coinvolto nella gestione di Livelli 1 e 2 non in possesso di diploma di specializzazione in Anestesia e Rianimazione o di quelle specializzazioni che prevedono un percorso formativo certificato dalla Scuola di Specializzazione in Area Critica (Pneumologia, Medicina d'Urgenza) è raccomandato un percorso formativo (anche attraverso periodi di frequenza presso strutture di Livello 3) che sia:

- a. adeguato alle tematiche della terapia Intensiva inerenti alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità;
- b. documentabile (vedi tabella).

Il **personale infermieristico dell'AC** deve aver seguito un percorso formativo post-laurea (Master di I° livello in area critica) ovvero possedere l'attestazione di aver prestato servizio per almeno un anno in Area Critica (vedi tabella 2), dato che l'attività in AC richiede lo sviluppo di competenze assistenziali avanzate, non attualmente acquisibili in modo soddisfacente nel corso di laurea triennale.

Sviluppo organizzativo e gestionale dell'area
critica e percorso diagnostico terapeutico
assistenziale (PDTA) nel SSN

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3316_allegato.pdf

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)