



Data	Protocollo N°	Class:	Fasc.	Allegati N° 1
17/01/2023	0030023	C.101.01.1		1 per tot.pag. 16

Oggetto: Deliberazione n. 1710 del 30 dicembre 2022 ad oggetto “Disposizioni per un utilizzo flessibile dell’ospedale basato su livelli di intensità di cura”.

Ai
Direttori Generali
Aziende Ulss
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria
Integrata di Verona
IOV – IRCCS

Con riferimento all’oggetto, si trasmette la deliberazione n. 1710 del 30 dicembre 2022 con la quale si forniscono le opportune disposizioni per consentire alle Aziende Sanitarie di adeguare l’organizzazione degli ospedali garantendo la maggiore appropriatezza possibile nell’offerta delle prestazioni di ricovero, attraverso un uso flessibile delle risorse.

Si invia, pertanto, in allegato, per gli adempimenti di competenza, copia della deliberazione n. 1710/2022.

L’occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Direttore
Dr. Claudio Pilerci
Firmato digitalmente

Direzione Programmazione Sanitaria
Responsabile procedimento: Dr. Claudio Pilerci
Referente istruttoria: dott.ssa Rosaria Cacco
Telefono: 041/2793758, segreteria 041/2791501
E-mail: programmazione sanitaria@regione.veneto.it

copia cartacea composta di 1 pagina, di documento amministrativo informatico firmato digitalmente da CLAUDIO PILERCI, il cui originale viene conservato nel sistema di gestione informatica dei documenti della Regione del Veneto - art.22.23.23 ter D.Lgs 7/3/2005 n. 82

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Tel. 041 2791501-1502-3513-3756

PEC area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail programmazione sanitaria@regione.veneto.it



Proposta n. 2333 / 2022

PUNTO 56 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 30/12/2022

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1710 / DGR del 30/12/2022

OGGETTO:

Disposizioni per un utilizzo flessibile dell'ospedale basato su livelli di intensità di cura.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Assente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
Segretario verbalizzante	Roberto Marcato	Presente
	Lorenzo Traina	Presente

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Disposizioni per un utilizzo flessibile dell'ospedale basato su livelli di intensità di cura.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Si forniscono le opportune disposizioni per consentire alle Aziende Sanitarie di adeguare l'organizzazione degli ospedali garantendo la maggiore appropriatezza possibile nell'offerta delle prestazioni di ricovero, attraverso un uso flessibile delle risorse.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77, all'art. 2, ha previsto la realizzazione di un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19, prevedendo un sistema flessibile in grado di adattarsi rapidamente all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, nell'emergenza come al di fuori di essa.

Lo stesso Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto del Ministero della Salute n.77 del 23 maggio 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", prevede interventi sull'intera offerta sanitaria anche creando una rete professionale integrata tra ospedale e territorio con l'obiettivo di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle attività territoriali con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Al fine quindi di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio sanitari emergenti del territorio è opportuna una rimodulazione agile e flessibile dell'offerta, anche ospedaliera, sulla base delle valutazioni dei bisogni di salute della popolazione, delle priorità d'azione, della sostenibilità delle scelte e dell'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria, che è stato uno degli elementi vincenti per fronteggiare l'epidemia da COVID-19.

Il DM 77/2022 rappresenta il punto di partenza della Riforma dell'Assistenza Territoriale definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico. Tale riorganizzazione è intesa a fornire risposte di prossimità ai cittadini, ad abbattere le liste di attesa e ad alleggerire il sovraffollamento degli ospedali. Per attuarsi, però, è imprescindibile l'integrazione con l'attività ospedaliera, e prevede la collaborazione dei professionisti sanitari che operano in tale ambito i quali si affacciano sul territorio non solo grazie alla telemedicina, ma anche ad attività ambulatoriale/consulenziale, oltrepassando le mura circoscritte della struttura ospedaliera.

Con il DM 77/2022, si sviluppa l'integrazione ospedale-territorio anche attraverso l'utilizzo di mezzi informatici.

Per rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni organizzativi sopra descritti e per garantire una risposta sanitaria più omogenea ed efficace di contrasto alle liste di attesa anche nell'ambito del ricovero ospedaliero, sulla base delle analisi e valutazioni effettuate dalla Direzione Programmazione Sanitaria, si ritiene necessario fornire alle aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR) le opportune indicazioni per



l'identificazione a livello aziendale di un modello organizzativo flessibile, per livelli di intensità di cura, al fine di consentire, nel rispetto della programmazione vigente, un utilizzo delle risorse più appropriato possibile per adeguare l'offerta delle prestazioni di ricovero ospedaliero alla domanda, nel rispetto dei criteri di appropriatezza.

Inoltre, come già avvenuto in altri eventi epidemici o pandemici (influenza H1N1, SARS ecc.), i pazienti possono necessitare di ricovero in unità operative in grado di fornire un adeguato supporto per una o più funzioni d'organo. Nel caso del COVID-19 il decorso della malattia ha dimostrato un'elevata percentuale di ricoveri in terapia intensiva con una mortalità vicina al 50%.

Si rende, pertanto, necessario introdurre nel SSR misure atte ad affrontare le emergenze epidemiche o pandemiche, ormai con ricorrenza prevedibile intorno ai 5-10 anni. È parte essenziale della programmazione la capacità di rispondere ai picchi di richiesta "emergenziale" con implementazione di trattamenti ad alta intensità di cura.

Disposizioni Generali

Alla luce dei principi sopra indicati, le Aziende del SSR, come sancito dal PSSR 2019-2023, devono redigere i propri Atti Aziendali, prevedendo che l'erogazione delle prestazioni nel territorio di riferimento siano articolate per livelli di intensità crescente, in costante e continua relazione tra loro, come di seguito specificato:

- le cure a media e bassa complessità devono essere garantite ai cittadini secondo il criterio di prossimità;
- quelle ad alta complessità e quelle per le quali il Piano Nazionale Esiti - PNE richiede un numero minimo di prestazioni per volumi/esiti secondo il criterio di centralizzazione.

Nella definizione degli Atti aziendali le aziende devono anche tenere conto di:

- tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni;
- mobilità extra-regione;
- obiettivi del Piano Nazionale Esiti;
- accordi con altre Aziende limitrofe.

In particolare quest'ultimo aspetto deve essere considerato qualora, per il rispetto dei tempi di attesa previsti per l'erogazione di prestazioni sanitarie, siano presenti, nel territorio di una Azienda ULSS confinante, strutture che erogano le stesse prestazioni nel rispetto dei tempi previsti (c.d. criterio di prossimità).

Devono essere raccordate le attività territoriali con le attività ospedaliere eventualmente necessarie (anche tramite supporti per telerefertazione/teleconsulto, necessità di approfondimenti diagnostici, assistenza ospedaliera) e nel concetto di continuità assistenziale, le varie specialità mediche devono avere la possibilità di seguire i pazienti dalla fase acuta in ospedale alla fase di cura e monitoraggio nel territorio. Quindi, per rendere attiva la collaborazione tra specialisti ospedalieri e medici territoriali di riferimento sono essenziali sistemi di collegamento informatici e digitali adeguati. Infatti, la dimissione dai reparti ospedalieri di pazienti cronici non comporta quasi mai la guarigione ma il passaggio a un altro tipo di cura; quindi la interconnessione tra i diversi soggetti deve essere semplice e pratica. A tal fine deve essere individuata negli ospedali una struttura di riferimento per ogni Casa della Comunità/struttura territoriale prevista dalla programmazione territoriale e devono essere previsti protocolli comuni tra le Unità Operative ospedaliere e le strutture territoriali in modo da facilitare la gestione dei pazienti e i percorsi di cura.

Dipartimenti ospedalieri funzionali

Le Aziende del SSR possono istituire dipartimenti ospedalieri funzionali intra aziendali tra Unità Operative appartenenti a presidi ospedalieri diversi afferenti alla medesima Azienda. Il numero totale dei Dipartimenti attivabili non può essere superiore a quello già previsto per ciascuna Azienda.

Inoltre nel caso in cui il raggiungimento di peculiari progetti sia obiettivo comune a più Aziende del SSR, le stesse, tramite specifici accordi, possono costituire dipartimenti interaziendali, previa approvazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

I dipartimenti sopra riportati devono essere di norma composti da non più di 10 Unità Operative Complesse le quali se già appartenenti ad un dipartimento ospedaliero strutturale possono far parte solo di un dipartimento funzionale trasversale.

Le nomine dei Direttori di Dipartimento vengono espletate secondo le modalità previste dalla dgr 1306/2017. I Direttori di Dipartimento restano in carica fino all'emanazione, da parte della Giunta



Regionale, delle nuove linee guida per la predisposizione degli atti aziendali e comunque non oltre il 31 dicembre 2025.

Quanto disposto relativamente ai Dipartimenti ospedalieri funzionali si intende modificativo di quanto previsto dalla deliberazione n. 1306 del 16 agosto 2017. Si confermano le disposizioni della dgr n. 1306/2017 non oggetto del presente atto.

Posti letto di Terapia Semi-Intensiva (TSI)

Il DM n. 70 del 2 aprile 2015 “Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, ha disposto l’istituzione in ogni Presidio Ospedaliero sede di Dipartimento di Emergenza-Accettazione (DEA) di una struttura complessa (SC) di Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza (nelle schede di dotazione ospedaliera, ex dgr n. 614 del 14 maggio 2019 denominata “Accettazione e Pronto Soccorso”), e ha assegnato, agli stessi ospedali, posti letto di osservazione breve (OBI) e posti letto di terapia semi-intensiva (TSI), anche a carattere multidisciplinare.

L’attività di TSI, da assicurare regolarmente in ogni presidio sede di DEA in base a quanto disposto dal DM 70/2015, è indispensabile per rispondere adeguatamente alla domanda sanitaria di molti pazienti critici provenienti dal DEA o anche dalle altre strutture dell’ospedale, spesso anziani e con patologie diverse (traumatiche, cardiovascolari, respiratorie, renali, metaboliche, neurologiche, infettive e da cause tossiche) o dimessi dalle Terapie Intensive, che necessitano di un livello intermedio di intensità di cure, inferiore a quello delle Terapie Intensive, ma superiore a quello delle degenze ordinarie per acuti.

Lo stesso Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020 convertito in Legge in data 17 luglio preso atto della situazione di carenza di strutture adeguate per fronteggiare la pandemia da COVID-19, ha posto la necessità di riqualificare in tutto il paese 4.225 posti letto di area TSI, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, per un ammontare di circa 7 posti letto/100.000 abitanti, prevedendo che tali posti letto siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. Le Linee di indirizzo del Ministero della Salute (Circolare n. 11254 del 29 maggio 2020) per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19, al fine di fornire indicazioni operative in attuazione dell’art. 2 decreto-legge n. 34/2020 stabiliscono che per la Regione del Veneto i posti letto di TSI da riqualificare mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica siano 343.

Con la deliberazione n. 782 del 16 giugno 2020, allegato E, è stato approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, e sono stati puntualmente identificati i luoghi dove allocare i posti letto per ciascun presidio, sono stati eseguiti lavori e adeguamenti e sono state assegnate le attrezzature necessarie.

Con decreto del Direttore dell’Area Sanità e Sociale n. 95 del 15 settembre 2021 è stato costituito un gruppo di lavoro successivamente integrato da professionisti afferenti a varie specialità, per l’identificazione di un modello organizzativo di Terapia Semintensiva come modalità di risposta clinica e organizzativa ad una domanda sanitaria specifica: quella dei pazienti ad alto rischio evolutivo o clinicamente instabili, ma senza indicazioni a ricovero in terapia intensiva.

Il gruppo di lavoro ha elaborato un documento, valutato positivamente dalla Direzione Programmazione Sanitaria, contenente le necessarie indicazioni per le modalità organizzative per l’utilizzo di tali posti letto che necessariamente potranno essere diverse per le Unità Operative degli ospedali Spoke e per quelle degli ospedali Hub, così come riportato nell’**Allegato A**, parte integrante del presente atto.

Utilizzo dei posti letto indicati nelle schede di dotazione ospedaliera, ex dgr n. 614 del 14 maggio 2019

Le aziende del SSR, nel rispetto della dotazione complessiva dei posti letto assegnati per ciascuna area omogenea (medica, chirurgica, materno infantile, terapia intensiva, riabilitativa) dalla deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019 e s.m.i., possono operare delle rimodulazioni temporanee delle dotazioni dei posti letto delle singole Unità Operative, in aumento o riduzione, finalizzate esclusivamente al miglior utilizzo possibile delle risorse, allo scopo di garantire la riduzione delle liste di attesa nell’ambito delle attività di ricovero.

La rimodulazione dei posti letto avviene di norma tra le specialità della stessa area di appartenenza.

Può essere prevista una temporanea rimodulazione delle dotazioni dei posti letto tra aree diverse, funzionalmente collegate (es. cardiologia, emodinamica, cardiocirurgia) esclusivamente se necessaria al miglioramento del percorso del paziente e all’abbattimento delle liste di attesa.

Tutte le modifiche organizzative attuate devono essere temporanee, e non devono comportare richieste in aumento di acquisizione di personale, richieste di lavori strutturali /attrezzature.

Devono comunque essere garantite tutte le funzioni/attività previste dalla dgr n.614/2019.



Le proposte di rimodulazione della dotazione dei posti letto temporanea, debitamente motivate e definite nella durata temporale, devono essere approvate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Alla luce di quanto finora esposto si propone di approvare le disposizioni per un utilizzo flessibile delle risorse in ambito ospedaliero, così come sopra riportato e relativo a:

- disposizioni generali;
- dipartimenti ospedalieri funzionali;
- posti letto di Terapia Semi-Intensive (TSI), compreso l'**Allegato A** parte integrante del presente atto;
- utilizzo dei posti letto indicati nelle schede di dotazione ospedaliera, ex dgr n. 614 del 14 maggio 2019.

Si incaricano i Direttori Generale delle Aziende del SSR, nell'attuazione di quanto disposto con il presente atto, di procedere, qualora previsto, all'informazione alle Organizzazioni Sindacali delle aree interessate.

Si precisa che il contenuto della presente deliberazione sarà portato a conoscenza della Quinta Commissione Consigliare.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77, art. 2;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022;

VISTO il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023;

VISTA la deliberazione n. 1306 del 16 agosto 2017;

VISTA la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019;

VISTA la deliberazione n. 782 del 16 giugno 2020;

VISTO il decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 95 del 15 settembre 2021.

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012.

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare le disposizioni del modello organizzativo per un utilizzo flessibile delle risorse in ambito ospedaliero, così come in premessa e relativo a:
 - Disposizioni Generali;
 - Dipartimenti ospedalieri funzionali;
 - Posti letto di Terapia Semi-Intensive (TSI), compreso l'**Allegato A** parte integrante del presente atto;
 - Utilizzo dei posti letto indicati nelle schede di dotazione ospedaliera, ex dgr n. 614 del 14 maggio 2019;
3. di dare atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta ulteriori spese a carico del bilancio regionale;
4. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto e alla sua trasmissione alla Quinta Commissione Consigliare;



5. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Dott. Lorenzo Traina -





Linee di indirizzo per la definizione di un modello organizzativo per la gestione dei pazienti dalle Aree critiche ospedaliere.

Premessa

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 “Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, ha disposto l’istituzione in ogni Presidio Ospedaliero sede di Dipartimento di emergenza-accettazione (DEA) di una struttura complessa (SC) di Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza, e ha assegnato, agli stessi ospedali, posti letto di osservazione breve (OBI) e posti letto di terapia semi-intensiva (TSI), anche a carattere multidisciplinare¹.

L’attività di TSI, da assicurare regolarmente in ogni presidio sede di DEA in base a quanto disposto dal DM 70, è indispensabile per rispondere adeguatamente alla domanda sanitaria di molti pazienti critici provenienti dal DEA o anche dalle altre strutture dell’ospedale, spesso anziani e con patologie diverse (traumatiche, cardiovascolari, respiratorie, renali, metaboliche, neurologiche, infettive e da cause tossiche), che necessitano di un livello intermedio di intensità di cure, inferiore a quello delle Terapie Intensive, ma superiore a quello delle degenze ordinarie per acuti². Unità di TSI sono eventualmente attivabili, per particolari esigenze cliniche e/o organizzative, anche in presidi non sede di DEA, come gli ospedali di base o di zona disagiata o a destinazione speciale (COVID Hospital).

Lo stesso Decreto Legge del 19 maggio 2020, n. 34, preso atto della situazione di carenza di strutture adeguate per fronteggiare la pandemia da COVID-19, ha posto la necessità di riqualificare in tutto il paese 4.225 posti letto di area TSI, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, per un ammontare di circa 7 posti letto/100.000 abitanti, prevedendo che tali posti letto siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure³. Per la Regione del Veneto i posti letto di TSI da riqualificare mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica sono 343⁴.

Vanno inoltre considerate, così come previsto dalla DGR n. 552 del 05 maggio 2020, le Unità di TSI di area chirurgica come le Recovery Room (RR) e le Post Anaesthesia Care Unit (PACU) in grado di accogliere pazienti sottoposti ad interventi chirurgici con elevato rischio anestesilogico che richiedono un periodo di osservazione in un’area che consenta un idoneo livello assistenziale e di monitoraggio, con l’obiettivo di ridurre le complicanze evitando ricoveri inappropriati nei reparti di terapia intensiva.

1. Unità di Terapia Semi-intensiva (TSI)

La TSI rappresenta lo strumento previsto dalla programmazione nazionale attraverso il quale si intende completare l’offerta organizzativa per tutti quei pazienti che presentano disfunzione di uno o più organi, che necessitano di una intensità di interventi ad alta tecnologia e nursing minori rispetto alla terapia intensiva (TI) ma la cui criticità non ne consente un’adeguata gestione in una degenza ordinaria. Ciò che deve apparire chiaro è che la classificazione tra livelli di cura non rappresenta uno schema rigido, ma che la distinzione dei pazienti, in base alle loro esigenze,

¹ DM n° 70 del 2 aprile 2015. Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera

² Le unità di Terapia Sub intensiva nella rete ospedaliera italiana Edizione 2 “Corona”. Policy Statement SIMEU Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU in data 21/05/2020

³ Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052) – GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21

⁴ DGR n. 782 del 16 giugno 2020 - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19. Allegato E





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

permette un'adeguata distribuzione delle cure ai pazienti, l'utilizzo della modalità assistenziale più appropriata e una riduzione del tasso di mortalità con un minor assorbimento di risorse⁵.

Infatti può accadere che alcuni pazienti vengano ammessi in TSI come "step down" da una Terapia Intensiva (TI), oppure che vengano trasferiti (step up) ad una TI, quando per un peggioramento del quadro clinico abbiano necessità di un ricovero a maggior intensità di cura. In questo modo esiste una corrispondenza diretta tra gravità della patologia e assistenza.

Attivare un modello di TSI necessita di un alto livello organizzativo, oltre che di spazi ben identificati e di una dotazione di personale dedicato per le attività assistenziali. Il modello di TSI da adottare dipende dalle caratteristiche della struttura sanitaria, dai volumi di cura e dalle patologie da trattare.

Laddove la numerosità dei casi eleggibili lo consenta, può essere adottato un modello di TSI mono specialistico medico (Semintensiva Respiratoria, Cardiologica-Coronarica, Neurologica-Stroke Unit, etc.) o chirurgico (terapia intensiva postoperatoria TIPO, PACU, Recovery room).

Devono poi essere previsti modelli di TSI polivalenti/polispecialistici. Questi ultimi devono essere collocati organizzativamente e funzionalmente nell'ambito delle Unità Operative di Area Medica, con posti letto dedicati da un minimo di 4 o sui multipli, in relazione al numero complessivo di posti letto dell'Unità Operativa medesima. Queste unità possono essere strutturalmente all'interno di una unità operativa già preesistente oppure separate ma funzionalmente collegate. Nel caso di posti letto suddivisi in 2 stanze, le stesse devono essere preferibilmente attigue e/o comunicanti tra loro; con possibilità di isolamento *per coorte* (pazienti Covid, MDRO, etc.).

Indipendentemente dalla tipologia di modello adottato è necessario prevedere protocolli per la gestione dei pazienti che definiscano percorsi, responsabilità e utilizzo delle risorse.

2. Modello organizzativo

2.1 TSI Mono Specialistiche

La TSI Mono Specialistica rappresenta l'area assistenziale, all'interno della quale si assume la presa in carico di pazienti affetti, di norma, da insufficienza di un solo organo. Un esempio sono le TSI pneumologiche, le cardiologiche-Coronariche e le Stroke Unit. Tale tipologia di TSI trova la sua collocazione presso gli ospedali HUB o comunque dove siano presenti le Unità Operative di pneumologia, cardiologia e neurologia e la loro gestione è di competenza dello specialista di riferimento per l'insufficienza d'organo (lo pneumologo per l'Unità di Terapia Intensiva Respiratoria, il cardiologo per l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica, il neurologo per la Stroke Unit, etc.) con eventuale supporto multidisciplinare. Altre tipologie di TSI devono essere identificate in base al volume di attività della branca specialistica. Accolgono per competenza specialistica pazienti critici, provenienti in prevalenza dal Pronto Soccorso, dalle TI o da altre Unità Operative di degenza ordinaria (sulla base di fabbisogni e accordi locali).

2.2 TSI Plurispecialistiche

Le unità di TSI Plurispecialistiche mediche o chirurgiche trovano la loro collocazione logistica presso le Unità Operative di area medica o chirurgica, accolgono pazienti critici con problematiche diverse, provenienti in prevalenza dal Pronto Soccorso, dalle TI o da altre Unità Operative di degenza ordinaria (sulla base di fabbisogni e accordi locali). La gestione di questi pazienti è di competenza dello specialista dell'area medica o chirurgica di riferimento con l'eventuale supporto dello specialista in Anestesia e Rianimazione.

⁵Hylen Ranhoff A., Trabucchi M., et al. Sub intensive care unit for the elderly: a new model of care for critically ill frail elderly medical patients Affiliations expand. DOI: 10.1007/BF02934737



712eae17





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

3. Attivazione delle Unità di TSI

In ragione del modello organizzativo aziendale adottato, devono essere attivati dei moduli minimi di quattro posti letto e per un massimo di posti letto previsti dalla DGR n. 782 del 16 giugno 2020 ALLEGATO E.

L'Atto Aziendale deve dare evidenza dell'organizzazione attuata.

3.1 Spazi

L'unità di TSI deve avere spazi dedicati e attrezzati per il ricevimento e l'attesa dei pazienti e deve essere dotata di servizi igienici e di spazi riservati al personale. Tali spazi devono essere in continuità ad un reparto di degenza ordinaria di cui sono parte integrante.

4. Eleggibilità dei malati

4.1 Criteri di ammissione TSI

Fatta salvo le TSI mono specialistiche che trattano le patologie di loro competenza specifica, quelle plurispecialistiche si occupano prevalentemente di:

Tabella 1. Stati morbosi

Stato morboso	Caratteristiche
Insufficienza respiratoria acuta o cronica riacutizzata	<ul style="list-style-type: none"> - trattabile con ventilazione o tecniche non-invasive (CPAP, NIV, HFNC); - pazienti tracheostomizzati stabili con/senza necessità di ventilazione con necessità di broncoaspirazioni non frequenti; - patologie polmonari end-stage (oncologiche, fibrosi polmonari, enfisema grave) non suscettibili di ulteriori trattamenti invasivi.
Sepsi/shock settico	<ul style="list-style-type: none"> - con necessità di sostegno del circolo (basse dosi di amine vasoattive).
Insufficienza cardiaca grave e/o edema polmonare	<ul style="list-style-type: none"> - trattabili con basse dosi di amine (dopamina, dobutamina, noradrenalina); - trattabili con tecniche ventilatorie non-invasive (CPAP, NIV, HFNC); - scompenso cardiaco in pazienti considerati end-stage.
Instabilità emodinamica da ipovolemia acuta	<ul style="list-style-type: none"> - controllabile mediante sostegno volemico
Patologia cerebrale acuta con autonomia respiratoria	
Urgenze metaboliche	<ul style="list-style-type: none"> - sindrome iperglicemica iperosmolare; - chetoacidosi diabetica; - gravi turbe idroelettrolitiche; - encefalopatia epatica.
Insufficienza renale acuta o acuta/cronica	<ul style="list-style-type: none"> - necessità di trattamento dialitico continuo o intermittente.

Ulteriori indicazioni:



712eae17





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

- pazienti instabili pluripatologici per i quali non è stata giudicata proporzionata l'indicazione al ricovero e cure in TI;
- pazienti post-intensivi non ancora assistibili in degenza ordinaria (*step-down* dalla rianimazione);
- pazienti traumatizzati o sottoposti ad intervento chirurgico in emergenza/urgenza che necessitano di monitoraggio continuo ma senza instabilità delle funzioni vitali.

4.2 Parametri e sistemi di valutazione della gravità clinico-assistenziale

I parametri di valutazione della gravità clinico-assistenziale devono tenere in considerazione i seguenti criteri:

1. Criteri di valutazione delle alterazioni funzioni vitali

Al fine di identificare tempestivamente i pazienti le cui condizioni fisiologiche potrebbero rapidamente precipitare; è necessario adottare degli strumenti di controllo delle funzioni vitali, come ad esempio i sistemi Early Warning Score (EWS). Tali strumenti utilizzano le alterazioni dei parametri vitali per identificare rapidamente i pazienti che peggiorano clinicamente e aumentare di conseguenza le cure.

Sin dal loro ideazione nel 1997, gli EWS sono stati utilizzati in diversi contesti, tra cui i reparti di degenza ordinaria, le unità di terapia intensiva e il pronto soccorso⁶. Sono state sviluppate diverse interazioni di EWS con diversi livelli di sensibilità e specificità per l'uso in diverse popolazioni. I punti di forza di questi strumenti sono molteplici, inclusa la loro semplicità e la loro capacità di standardizzare la comunicazione e di ridurre i rinvii inappropriati o ritardati all'unità di terapia intensiva⁷. Tra gli strumenti validati la scala Mews (Modified Early Warning Score) è in grado di determinare la gravità e la criticità della persona assistita stratificando i pazienti in base a degli score: BASSO/STABILE (score 0-2); MEDIO/INSTABILE (score 3-4); ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

2. Criteri di valutazione delle funzioni d'organo

Per definire la disfunzione d'organo la letteratura consiglia di utilizzare lo score Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), ovvero un sistema a punteggio per determinare l'entità della funzione d'organo di un paziente⁸. Il punteggio finale si basa sulla valutazione di sei diverse categorie cliniche:

- sistema respiratorio
- cardiovascolare
- neurologico
- coagulazione
- funzione renale ed epatica.

Questo score permette una semplice e precoce identificazione dei pazienti a maggior rischio di evoluzione negativa, e deve spingere il clinico a valutare la presenza di insufficienza d'organo, per avviare o potenziare la terapia, e per prendere in considerazione il trasferimento in Terapia Intensiva⁹.

⁶ S. Nagarajah; M. K. Krzyzanowska and T. Murphy. Early Warning Scores and Their Application in the Inpatient Oncology Settings.

⁷ Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Recognising and responding to clinical deterioration: use of observation charts to identify clinical deterioration. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2009

⁸ Vincent, J.L., Moreno, R., Takala, J. et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. Intensive Care Med 22, 707–710 (1996). <https://doi.org/10.1007/BF01709751>

⁹ Angus, Derek C.; Christopher W. et al., "A Framework for the Development and Interpretation of Different Sepsis Definitions and Clinical Criteria", Critical Care Medicine, 10 ottobre 2016.



712eae17





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

3. Criteri di valutazione del grado di autonomia del paziente

Tra le scale di misurazione utilizzate per la valutazione del grado di autonomia funzionale del paziente, quella relativa all'indice di Barthel rappresenta attualmente uno degli strumenti più ampiamente utilizzato, mostrandosi il migliore in termini di sensibilità, semplicità, comunicabilità e facilità di calcolo del punteggio¹⁰.

E' composto da 10 item che prevedono le comuni attività quotidiane (ADL Activities of Daily Living). Ad ogni item è attribuito un punteggio (massimo 100), la somma indica il grado di autonomia del paziente nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

4.3 Criteri di dimissione/trasferimento

- pazienti stabilizzati (dal punto di vista cardiocircolatorio, respiratorio, renale, neurologico e/o metabolico) che non richiedano più un supporto attivo d'organo e/o monitoraggio;
- pazienti con peggioramento clinico che necessitano di un aumento del livello di intensità delle cure (*step-up* verso la rianimazione).

5. Gestione dei processi di cura

Si sottolinea che per tutto quello connesso alla gestione del processo di cura, dal ricovero alla dimissione, compresa la documentazione clinica e le attività amministrative, permangono le vigenti regole del ricovero ordinario.

Il medico che ha la responsabilità clinica del paziente, in base alle necessità, deve organizzare il ricovero/trasferimento presso l'unità di afferenza, in modo da garantire il processo di cura più adeguato allo stato del paziente.

5.1 Codifica di ricovero in TSI

Per i letti di TSI anche se inclusi nei reparti di medicina generale, utilizzare il codice 94, mantenendo la traccia del reparto di afferenza attraverso il codice del reparto di afferenza. (es. 94-26 cioè disciplina di TSI che nasce dalla trasformazione di posti letto medicina generale). Anche nel flusso SDO, andranno compresi i reparti di TSI.

6. Requisiti organizzativi:

- Dotazione di personale

Deve essere garantita la presenza di un medico prontamente disponibile h24, 7 giorni su 7. Per garantire la continuità assistenziale deve essere prevista una guardia notturna e festiva, a cui possono partecipare medici appartenenti a Unità Operative attigue e discipline affini nel settore dell'assistenza critica (altra medicina interna, pneumologia etc.).

Deve essere previsto un infermiere ogni quattro posti letto.

Il personale infermieristico in carico alla UOC in cui sono ubicati i posti letto di TSI sarà supportato nelle attività assistenziali dal personale di supporto dell'Unità Operativa a cui afferisce la TSI.

- Competenze professionali

Le competenze mediche necessarie per la gestione dei pazienti ricoverati in TSI sono quelle caratteristiche degli specialisti nella disciplina di riferimento (TSI specialistiche), specialisti in medicina interna con formazione specifica nell'ambito del paziente critico acuto, medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione o specialisti che abbiano competenze nell'ambito delle patologie critiche.

¹⁰ Galeoto G, Lauta A, Palumbo A, et al. The Barthel Index: Italian translation, adaptation and validation. Int J Neurol Neurother. 2015;2:1-7



712eae17





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Le competenze infermieristiche indispensabili per l'assistenza e cura dei pazienti ricoverati in TSI sono quelle peculiari per la gestione dei pazienti ad alta intensità di cura, acquisite nei percorsi di formazione di base e nell'ambito dell'esperienza lavorativa dedicata ai pazienti in condizioni critiche².

6.1 Requisiti minimi strutturali e di dotazione tecnologica¹¹

Nella tabella 2 sono esplicitati i requisiti minimi impiantistici che devono essere previsti nell'attivazione dei posti letto.

Tabella 2. Requisiti minimi impiantistici

Descrizione	Ulteriori specifiche
Temperatura interna	20-26 °C
Ricambi aria	4 volte/ora
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	Min. 2 prese a 4 atm, con un flusso costante di 60 l/min per presa
Aria medica con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, con flusso costante di 60 l/min per ciascuna presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese quando tutte le prese sono in funzione bisogna garantire una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min) costanti per ciascuna presa
Prese elettriche	10 per posto letto
Prese TD (dati)	4 per posto letto
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianto monitoraggio/controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Impianti speciali antincendio: rilevazione ed EVAC	
Impianto di chiamata infermieri	
Impianto elettrico del gruppo 1 ai sensi della CEI 64-8	

6.2 Dotazione per ogni posto-letto

Nella tabella 3 sono descritte le dotazioni minime di componenti e dispositivi che ogni posto letto - Unità paziente di TSI deve essere provvisto.

¹¹ DGR n. 782 del 16 giugno 2020-ALLEGATO E



712eae17





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Tabella 3. Dotazioni per posto letto

Descrizione	Ulteriori specifiche
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno e almeno 3 aste per flebo
Materasso	A fluttuazione dinamica già compreso con il letto
Ventilatore per rianimazione (1 ogni 2 posti letto circa)	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasive e non-invasiva/reclutamento. Dotato di avanzati sistemi di svezamento toraco-polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico misurazione parametri vitali). In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva. Saturimetro, temperatura, EtCO2.
Pompe siringa per infusione di farmaci	Almeno 5 per paziente
Pompe per nutrizione enterale	1 per paziente
Pompe nutrizione parenterale	2 per paziente
Auxiliary manual breathing unit (ambu)	2 per paziente
Scialitica	1 per paziente/unità di degenza
Tavolino servitore	1 per unità di degenza
Postazioni-letto con prese per emodialisi	Almeno 2
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Centrale di monitoraggio	
Colonna o device per HFNC	
Presidi antidecubito (materasso, cuscini)	
Defibrillatore	
Broncoscopi flessibili (meglio se monouso)	
Sistema di mobilizzazione dei pazienti (sollevatori, paranchi, etc; a muro o carrellati)	

Tutte le dotazioni (carrello urgenze, dispositivi medici ecc.) non espressamente elencate sono fornite dalla UOC a cui la TSI afferisce.

7. Indicatori per il monitoraggio delle attività

Pazienti trasferiti <i>verso</i> una TI	N° pazienti trasferiti dalla TSI alla TI/n° pazienti ammessi in TSI
Pazienti trasferiti <i>da</i> una TI	N° pazienti trasferiti dalla TI alla TSI/n° pazienti ammessi in TI
Riduzione del punteggio SOFA durante il ricovero in TSI	N° pazienti con diminuzione del punteggio del SOFA score/n° pazienti ricoverati in TSI



712eae17



