

Proposte di modifica alla bozza di DM 70

Terapie Intensive e Semintensive/Subintensive	1
Anestesia	8
Rete emergenza-urgenza	10
Rete Sepsi e shock settico	11
Rete di Terapia del dolore	13
Rete dei Punti Nascita (Integrazioni per competenza Area Critica e Medicina Perioperatoria) .	20

Terapie Intensive e Semintensive/Subintensive

Scopo del presente paragrafo è definire e classificare i livelli di assistenza nell'Area Critica semplificando e indicando gli ambiti di competenza, le dotazioni organiche ed i privilegi del personale in staff, i requisiti strutturali e la dotazione di apparecchiature. La definizione di Terapia Intensiva/Rianimazione nel DM 70 vede come Specialisti di riferimento, anche nella assunzione di compiti di Direzione e Coordinamento, i Dirigenti Medici con Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (dal 2008 anche Terapia del Dolore). Per le Semintensive/Subintensive il DM70 non ha previsto definizioni specifiche, ragione per cui **sarebbe importante che il nuovo DM 70 (bis) intervenga a definire modelli organizzativi basati su Percorsi di Buona Pratica Clinica riconosciuti**, ciò anche alla luce del potenziamento previsto dai recenti Provvedimenti Legislativi (DL 34/2020 convertito in Legge in data 17.07.2020) e della Tecnologia che, quota parte, ne prevede la trasformazione in Terapia Intensiva da Semi-Intensiva critica).

Gli ultimi due anni di emergenza pandemica hanno evidenziato la necessità di definire soprattutto nell'Area Semintensiva/Subintensiva modelli organizzativi, competenze, tecnologie e specialità coinvolte.

L'Area Critica comprende:

- l'Area delle degenze critiche rappresentate dalla Terapia Intensiva Polivalente (talvolta definita Rianimazione Generale) sia adulti che pediatrica;
- la Terapia Intensiva Post Operatoria Generale;
- la Terapia Intensiva Postoperatoria Specialistica (Terapia Intensiva neurochirurgica/Neuroranimazione; Terapia Intensiva Cardio-Toraco-Vascolare; Terapia Intensiva Pediatrica);

- Aree di degenza intensiva che, come sotto riportato, secondo Buona Pratica Clinica assistono pazienti critici che necessitano di un livello avanzato di cura (Livello 3 e 4);
- Unità definite di Terapia Semintensiva/Subintensiva, distinguibili in Semintensive/Subintensive di area Critica o Generali (Livello 3) e Specialistiche (Livello 2). In queste ultime si assistono pazienti con disfunzione prevalente mono-organo e comprendono la Semintensiva Respiratoria, quella Cardiologica/Coronarica e quella Neurologica (Stroke Unit);
- Aree ad Alta Intensità di Cura Medica (Livello 1), talvolta inquadrare come Semintensive/Subintensive di Area medica, dove la disfunzione del singolo organo è moderata o interessa due o più organi, ma è lieve e non necessita di assistenza intensiva.

Le aree sopra-elencate consentono di fornire vari livelli di assistenza e cura pazienti in condizioni con differenti gradi di criticità e sono gestite e governate da Specialisti diversi con competenze, limiti, dotazioni strutturali, attrezzature e dotazioni organiche tra loro molto diverse.

Nella Tabella sottostante viene proposta una classificazione dei livelli di intensità di cura adeguati per pazienti di differente criticità con relativa denominazione, dotazione di personale medico, infermieristico e di attrezzature e possibilità di step-up verso la Terapia Intensiva.

La decisione circa il livello di intensità di cura ottimale per il singolo paziente deve prevedere innanzitutto una valutazione dell'appropriatezza e proporzionalità del progetto terapeutico, garantendo una relazione di cura centrata sulla persona e rispettosa dell'autodeterminazione, della dignità e dell'identità della persona malata. Idealmente esiste un continuum clinico, terapeutico e decisionale tra i vari livelli di intensità di cura e ciò richiede un approccio multidisciplinare al malato e una condivisione del progetto terapeutico tra i vari specialisti coinvolti nella cura.

Oltre all'appropriatezza e proporzionalità, i trattamenti devono essere tempestivi. Con questa logica, un paziente ad elevato rischio di deterioramento, potrebbe avere indicazione al ricovero in Terapia Semintensiva Critica anche senza la necessità immediata di un supporto d'organo. Tuttavia, non sempre il deterioramento clinico può essere anticipato. Per questa ragione le Terapie Semintensive/Subintensive Critiche sono idealmente da collocare in continuità anche logistica con le Terapie Intensive. Inoltre, tali unità (Livello 3) devono essere strutturate per permettere un rapido upgrade a Terapia Intensiva (Livello 4) in caso di necessità (es. evento pandemico).

Questo consente la migliore qualità di cura per i pazienti in condizioni critiche e una maggior efficienza nella gestione del personale medico e infermieristico già formato per questa tipologia di pazienti.

Per semplicità la Subintensiva nel prosieguo del documento sarà definita Semintensiva.

Livello assistenziale	Tipologia paziente	Reparto	Dotazione Infermieristica h24
Livello 1	Pazienti che richiedono un monitoraggio continuo. Questi pazienti sono a rischio di sviluppare uno o più insufficienze d'organo acute ma non necessitano di supporto d'organo immediatamente o non si prevede un deterioramento tale da necessitarne nelle successive 12 ore. Sono inclusi anchei pazienti che si stanno riprendendo da uno o più insufficienze acute di organi vitali ma le cui condizioni sono troppo instabili o quando il carico di lavoro infermieristico è troppo elevato/complesso per essere gestito in un reparto regolare.	Alta Intensità di Cura	1 Infermiere ogni 6-8 pz 1 medico di area medica o di area chirurgica In rapporto alla Tipologia di Degenza (No Guardia Interdivisionale)
Livello 2	Pazienti che necessitano di monitoraggio continuo e supporto di tipo farmacologico o meccanico (ad es. supporto emodinamico, assistenza respiratoria non invasiva, terapiasostitutiva renale) di un solo organo/apparato con insufficienza in fase acuta che mette il paziente in pericolo di vita	Terapia Semintensiva	1 Infermiere ogni 3-4 pz 1 medico specialista nella disfunzione d'organo/apparato (respiratorio/pneumologico, cardiologico, neurologico, metabolico) h24 1 fisioterapista FTE ogni 6-8 letti 7 giorni su 7
Livello 3	Pazienti che necessitano di monitoraggio continuo e supporto di tipo farmacologico o meccanico (ad es. supporto emodinamico, assistenza respiratoria non invasiva, terapiasostitutiva renale) di più organi con insufficienza in fase acuta che mette il paziente in pericolo di vita con carico assistenziale definito di Low Treatment*	Terapia Semintensiva Critica	1 Infermiere ogni 3-4 pz 1 Medico specialista in Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva h24 1 fisioterapista FTE ogni 6-8 letti 7 giorni su 7 (Semintensive/Subintensive Critiche con Ventilatore Meccanico e Monitoraggio Emodinamico Avanzato))

<p>Livello 4</p>	<p>Pazienti con Disfunzione da moderata a severa due o più organi, Pazienti in ventilazione meccanica invasiva, Pazienti con insufficienza d'organo acuta multipla (due o più) o con una insufficienza d'organo singola acuta e pericoloso per la vita.</p> <p>Questi pazienti ricevono supporto d'organo tramite infusione di farmaci o tramite supporto d'organo meccanico (emodinamico, respiratorio o terapia sostitutiva renale). Carico assistenziale definito di High Treatment*</p>	<p>Terapia Intensiva Polivalente/ Generale, Postoperatoria, Specialistica</p>	<p>1 Infermiere ogni 2 pz + 1 fuori turno ogni 8 posti letto h24 1 medico coordinatore + 1 medico ogni 4 posti letto di giorno. guardia attiva h 24: 1 medico. 2 oltre 10 posti letto 1 fisioterapista 8 ore al giorno ogni 6-8 letti 7 giorni su 7 1 data manager per Audit ogni 8-16 posti letto 1 farmacista ogni 16 posti letto</p>
-------------------------	--	---	---

Livello 1 - Reparto di Degenza ad Alta Intensità di cure:

Da istituire preferibilmente in continuità del reparto di degenza, è previsto per pazienti che richiedono un monitoraggio continuo. Questi pazienti sono a rischio di sviluppare uno o più insufficienze d'organo acute ma non necessitano di supporto d'organo immediato o non è prevedibile un deterioramento delle funzioni vitali tale da necessitarne nelle successive 12 ore.

Sono inclusi anche i pazienti che si stanno riprendendo da uno o più insufficienze acute di organi vitali ma le cui condizioni sono troppo instabili o il carico di lavoro infermieristico è troppo elevato/complesso per essere gestito in un reparto ordinario.

La dotazione medica fa riferimento al reparto di appartenenza, mentre è da prevedere un infermiere dedicato ogni 6 – 8 pazienti.

Livello 2 – Terapia Semintensiva:

Da istituire preferibilmente in continuità del reparto di degenza ordinaria in riferimento all'insufficienza d'organo, è prevista per pazienti che necessitano di monitoraggio continuo e supporto di tipo farmacologico o meccanico **di un solo organo/apparato in fase acuta** che mette il paziente in pericolo di vita (ventilazione meccanica non invasiva, monitoraggio e supporto emodinamico, monitoraggio e supporto neurologico).

Il coordinamento medico è destinato allo 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, ecc) con eventuale supporto multidisciplinare. È necessaria una copertura specialistica h24 7/7 giorni. La dotazione infermieristica deve prevedere un'unità ogni 3 – 4 pazienti ed un fisioterapista ogni 6 – 8 posti letto 7/7 giorni.

Livello 3 – Terapia Semintensiva Critica

Da istituire preferibilmente in continuità di Terapie Intensive Polivalenti o Specialistiche, è prevista per pazienti con **insufficienza d'organo multipla (due o più)** o con una insufficienza d'organo singola acuta che compromette la sopravvivenza che possono essere gestite con un carico assistenziale definito di "Low Treatment (LT)".

Il coordinamento medico è responsabilità dello specialista in Anestesia e Rianimazione con eventuale supporto multidisciplinare. È necessaria la copertura specialistica h24 7/7 giorni. La dotazione infermieristica deve prevedere una unità ogni 3 – 4 posti letto ed un fisioterapista ogni 6 – 8 posti letto, 7/7 giorni.

La dotazione strumentale (ventilatore meccanico per ventilazione invasiva, monitoraggio avanzato delle funzioni vitali, ecc) deve essere completa di tutto ciò che possa permettere un rapido step-up al livello 4 qualora fosse richiesto (pandemia, PEIMAF, ecc).

Livello 4 – Terapia Intensiva

È prevista per pazienti in ventilazione meccanica invasiva, con insufficienza d'organo acuta multipla o con una insufficienza d'organo singola acuta tale da compromettere la sopravvivenza che deve essere gestita con un carico assistenziale definito "High Treatment (HT)".

Il coordinamento medico è responsabilità dello specialista in Anestesia e Rianimazione. La dotazione medica specialistica deve prevedere due medici (escluso il coordinatore) ogni 4 posti letto durante le ore di servizio (diurni feriali) e un medico specialista ogni 8 posti letto durante le guardie (notturni e festivi).

La dotazione infermieristica deve prevedere una unità ogni 2 posti letto più un infermiere ogni 8 posti letto con copertura h24 7/7 giorni e un fisioterapista 8 ore al giorno ogni 6 – 8 posti letto 7/7 giorni.

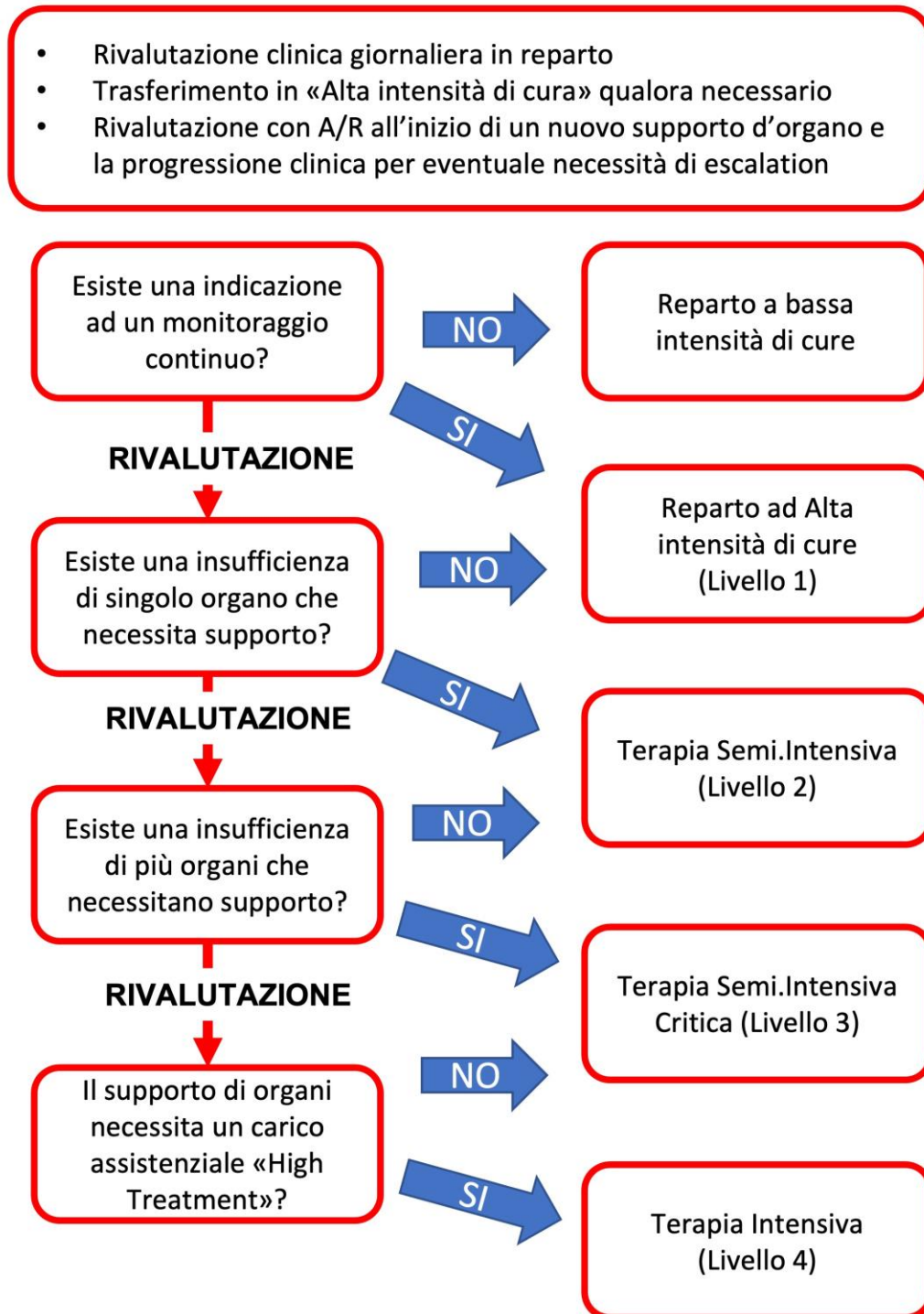
In accordo con le raccomandazioni internazionali¹, la Terapia Intensiva dovrebbe essere dotata di ambulatori di follow-up per seguire la ripresa funzionale, il livello di qualità di vita raggiunto e l'incidenza dei disturbi fisici, cognitivi e mentali dei pazienti dopo ricoveri protratti sia in Terapia Intensiva che in Semintensiva critica e per raccogliere dati di monitoraggio sull'efficacia ed efficienza sia dei trattamenti della fase acuta che dei percorsi post-dimissione dall'ospedale.

Criteri Carico Assistenziale

- **Low Treatment (LT):** insufficienza di due o più organi che prevede una Ventilazione Non Invasiva con $FiO_2 < 0,6$ e/o $PEEP < 10$ cmH₂O; infusione di farmaci cardioattivi (Noradrenalina $< 0,1$ mcg/Kg/min)
- **High Treatment (HT):** insufficienza di due o più organi che prevede una Ventilazione Invasiva o una Ventilazione Non Invasiva con $FiO_2 > 0,6$ e/o $PEEP > 10$ cmH₂O; mancata clearance dei lattati in 6 – 12 ore e/o infusione di due farmaci cardioattivi e/o noradrenalina $> 0,1$ mcg/Kg/min; Necessità di sedazione per ottenere RASS = 0 < -1.

¹ Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med 2021 Nov;47(11):1181-1247. PMID: 34599691

DIAGRAMMA DI FLUSSO PER INTENSITA' DI CURE



Requisiti Strutturali e dotazioni tecnologiche e di personale delle Terapia Semi-intensive Critiche e Terapia Intensiva (Dirigente Medico di Riferimento Specialista in Anestesia rianimazione e Terapia Intensiva)

In accordo con il modello organizzativo Hub & Spoke sono di seguito elencate le caratteristiche delle Terapia Semi-Intensive Critiche e Terapia Intensiva inserite negli ospedali Hub e Spoke.

CARATTERISTICHE MINIME DELLE TERAPIE SEMI-INTENSIVE CRITICHE ED INTENSIVE IN OSPEDALI SPOKE (ex DEA I livello)

- Modulo minimo 8 posti letto
- Devono disporre di
 - Tutte le modalità di assistenza cardiocircolatoria non invasiva e la possibilità di gestire pazienti in contropulsazione aortica
 - Tutte le modalità di assistenza respiratoria, fino alla ventilazione meccanica invasiva controllata ed assistita
 - Assistenza depurativa extrarenale continua
 - Broncoscopia
 - Ecografia
 - Monitoraggio continuo della gittata cardiaca
 - Protocolli formalizzati e condivisi di “centralizzazione”, cioè di trasferimento di pazienti che necessitino trasferimento verso centri Hub
 - Protocolli formalizzati e condivisi per il “back transfer”, cioè di trasferimento di pazienti da centri Hub verso centri Spoke
 - Ambulatori di follow up per il monitoraggio e la valutazione del “post-ricovero”

CARATTERISTICHE MINIME DELLE TERAPIE SEMI-INTENSIVE CRITICHE ED INTENSIVE IN OSPEDALI HUB (ex Dea II livello)

- Modulo minimo 12 posti letto
- Devono disporre di
 - Cardiochirurgia
 - Neurochirurgia
 - Radiologia/Neuroradiologia Interventistica
 - Trauma Center
 - Centro Ustioni
 - Unità Spinale
- Devono essere in grado di effettuare
 - ECMO per assistenza respiratoria e/o cardiocircolatoria
 - Monitoraggio e trattamento avanzato dello Shock
 - Procedura di prelievo d’organo da morte encefalica e da DCD (Donatore a cuore fermo)
 - Diagnosi-monitoraggio-trattamento dell’ipertensione endocranica e dell’ischemia dei grandi vasi arteriosi cerebrali
- Devono dotarsi di
 - protocolli formalizzati e condivisi per la “centralizzazione” ed il “back transfer” da e verso centri Spoke
 - Ambulatori di follow up per il monitoraggio e la valutazione del “post-ricovero”

PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO MINIMO RICHIESTO DALLE TERAPIE INTENSIVE E SEMINTENSIVE/SUBINTENSIVE CRITICHE

Per un modulo minimo di 8 posti letto:

- Unità di personale medico di almeno 12 unità compreso il responsabile del reparto
- Unità di personale infermieristico di almeno 24 unità + 1 Coordinatore Infermieristico

Per ogni modulo aggiuntivo di 4 posti letto:

- Unità di personale medico di almeno 3 dirigenti medici
- Unità di personale infermieristico di almeno 6 infermieri professionali

CODICE	DISCIPLINA	CLUSTER PER INTENSITA' ASSISTENZIALE	POSTI LETTO	DIRIGENTI MEDICI						INFERMIERI PROFESSIONALI							
				PARAMETRO MIN	PARAMETRO MAX	DIRETTORE UOC	DIRIGENTI FULL TIME MIN	DIRIGENTI FULL TIME MAX	DIRIGENTI MEDICI TOT MIN	DIRIGENTI MEDICI TOT MAX	PARAMETRO MIN	PARAMETRO MAX	COORDINATORE INFERMIERISTICO	INFERMIERI MIN	INFERMIERI MAX	INFERMIERI TOT MIN	INFERMIERI TOT MAX
49	TERAPIA SEMI-INTENSIVA CRITICA	LIVELLO 3	8	1	1,2	1	8	9,6	9	10,6	3	3,5	1	24	28	25	29
49	TERAPIA SEMI-INTENSIVA CRITICA	LIVELLO 3	12	1	1,2	1	12	14,4	13	15,4	3	3,5	1	36	42	37	43
49	TERAPIA SEMI-INTENSIVA CRITICA	LIVELLO 3	16	1	1	1	16	16	17	17	3	3,5	1	48	56	49	57
49	TERAPIA INTENSIVA	LIVELLO 4	8	1,38	1,5	1	11,04	12	12,04	13	3	3,5	1	24	28	25	29
49	TERAPIA INTENSIVA	LIVELLO 4	12	1,25	1,35	1	15	16,2	16	17,2	3	3,5	1	36	42	37	43
49	TERAPIA INTENSIVA	LIVELLO 4	16	1,125	1,19	1	18	19,04	19	20,04	3	3,5	1	48	56	49	57

Anestesia

Ad oggi l'area dei "Servizi" clinici è costituita da: Anatomia Patologica; Microbiologia e Virologia; Patologia Clinica e Biochimica Clinica; Radiodiagnostica; Radioterapia; Medicina Nucleare; Audiologia e Foniatria; Medicina Fisica e Riabilitativa; Farmacologia e Tossicologia Clinica; Genetica Medica; Igiene e Medicina Preventiva; Medicina del Lavoro; Medicina Legale; Statistica Sanitaria e Biometria e Anestesia; Rianimazione; Terapia Intensiva e del Dolore.

Dall'elenco appare chiaro, oltre che anacronistico e senza un rationale clinico assistenziale, che alcune specialità, come l'Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore (ma anche la Fisiatria o la Radiologia Interventistica), vengano annoverate tra i "Servizi Ospedalieri", non tanto per la mancanza di peculiarità cliniche quanto perché non si allineano perfettamente con le restanti aree definite "mediche" o "chirurgiche".

Per le aree di sua pertinenza, infatti, la figura dell'Anestesista Rianimatore è trasversale; da un lato è parte integrante dell'Equipe chirurgica nelle sue mansioni di Medico Anestesista, o nella accezione Europea di Medico del percorso perioperatorio, è il referente clinico della patologia medica critica in Terapia Intensiva e nel sistema dell'emergenza. Inoltre, espleta attività come specialista del dolore effettuando in questo contesto prestazioni mediche e trattamenti chirurgici invasivi.

Per tali ragioni sarebbe opportuno definire una nuova area "medico-chirurgica" dove poter allocare specialità ad expertise trasversali come l'Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore, la Radiologia Interventistica, la Fisiatria e altre.

Altra considerazione è necessaria per i Servizi di Anestesia negli Ospedali di base dove non è presente una Terapia Intensiva. Ad oggi tali realtà, non prevedendo posti letto intensivi, non vengono riconosciute come

strutture complesse. Tuttavia, tali unità operative garantiscono oltre alla attività anestesologica perioperatoria anche quella correlata al sistema dell'emergenza intraospedaliera medica-chirurgica.

Ad oggi sono considerate complesse quelle strutture organizzative che esercitano funzioni di committenza aziendale o di amministrazione per settori di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare.

La complessità organizzativa di una struttura è definita dalla numerosità e dalla eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dai costi di produzione.

L'individuazione delle strutture aziendali, così come definite, avviene sulla base del quadro complessivo risultante dalla convergenza delle seguenti variabili:

- il posizionamento strategico o il grado di priorità d'azione, che riveste l'ambito di applicazione prevalente delle competenze e delle risorse cui si intende dare strutturazione;
- la riconducibilità del sistema tecnico (competenze e conoscenze) a discipline definite;
- la rilevanza, l'intensità, la frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'azienda;
- il grado di intersettorialità, di interdisciplinarietà ed interprofessionalità, che è necessario governare per assicurare migliori livelli di efficacia, di efficienza e di rendimento degli interventi;
- la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse da allocare, monitorare, organizzare e gestire;
- il livello di autonomia e responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione.

Quindi, in generale, sono complesse le strutture organizzative che:

- esercitano funzioni di committenza aziendale o di amministrazione per settori di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare;
- assicurano funzioni di produzione di prestazioni o di servizi che fanno riferimento ad un sistema di conoscenze e competenze, normalmente riconducibili a discipline normativamente riconosciute e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;
- esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla direzione aziendale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Azienda;
- coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione trasversalmente a diverse strutture dell'Azienda.

Da quanto finora descritto appare chiaro come un Servizio di Anestesia, anche di un Ospedale di base, privo quindi di posti letto di Terapia Intensiva, abbia le caratteristiche di complessità e che quindi abbia la necessità che la stessa sia riconosciuta.

In aggiunta si deve considerare che lo stesso servizio si occupa di coprire h24 e 7 giorni su 7 l'emergenza intra-ospedaliera costituendo il "Medical Emergency Team" o il "Rapid Response Team" di supporto sia per le emergenze mediche sia per quelle chirurgiche, soprattutto in ospedali di base con pronto soccorso e con punti nascita.

La dotazione organica minima per i servizi di Anestesia, anche senza posti letto, pertanto dovrebbero essere stabilita in maniera chiara e precisa.

DOTAZIONE MINIMA ORGANICA SERVIZI DI ANESTESIA IN OSPEDALI DI BASE

Per ospedali di base con Pronto Soccorso con > 15.000 accessi/anno e/o con punti nascita

- Unità di personale medico di almeno 7 unità + il Responsabile di UO
- Unità di personale medico di 1 unità per complesso operatorio attivato h6 x 6 die

Rete emergenza-urgenza

Nell'ottica di una ridefinizione di modelli organizzativi e di percorsi clinico assistenziali, SIAARTI ritiene che il presente Decreto debba garantire una uniformità di modelli sull'intero Territorio nazionale, come ad esempio per il Sistema reti tempo dipendenti e la Rete Emergenza Urgenza.

In questo caso specifico, qualunque sia il modello proposto dal DM 70 affinché possano essere garantiti gli stessi standard su tutto il territorio nazionale, **SIAARTI ritiene che tutti i modelli organizzativi debbano essere vincolati e strutturati sulla base di quanto espresso nei documenti di Buona Pratica Clinica e Linee Guida redatte dalle Società Scientifiche accreditate dal Ministero e registrate alla piattaforma SNLG del Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC)**. Infatti, poiché basati su evidenze scientifiche, questi documenti potranno fornire indicazioni EtD su quali specialisti, quali competenze e skills siano necessarie e adeguate ad una corretta gestione dell'Emergenza Extraospedaliera/Territoriale.

A questo proposito e, nello specifico in merito alla gestione del paziente critico in elisoccorso, SIAARTI è promotrice di una linea guida multidisciplinare sul tema dichiarata eleggibile dall'Istituto superiore di Sanità secondo i criteri metodologici previsti dal CNEC mediante il Sistema Nazionale Linee Guida.

In conseguenza di quanto anticipato al commento dell'Allegato 1 paragrafo 9, il modello organizzativo territoriale, con particolare riferimento alla tipologia e dotazione tecnologica dei mezzi di soccorso avanzato, **SIAARTI ritiene che si necessita di ulteriori specifiche anche in rapporto alla dotazione di risorse umane che devono possedere in particolare sui mezzi di soccorso avanzato**, competenze specialistiche (Medico, Specialista in Anestesia e Rianimazione e/o Medicina d'urgenza) che in équipe (Infermiere, Specializzato o con curriculum in Emergenza-Urgenza) forniscano adeguata assistenza per un'attività di soccorso avanzato che per definizione si presenta come un'attività extraospedaliera di Area critica.

Il medico che opera sui mezzi di soccorso avanzato (intendendo pertanto con tale definizione mezzi che nel modello organizzativo sono inviati sul Territorio a gestire casi Complessi e Critici con Procedure e Approccio specialistico secondo Linee Guida e BPC) **dovrà essere un Dirigente Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione e/o un Medico Specialista in Emergenza Urgenza.**

Per quanto riguarda l'elisoccorso HEMS la figura medica venga identificata con un medico specialista in Anestesia e Rianimazione e/o con un Medico Specialista in Emergenza Urgenza con comprovata e continuativa pratica nella gestione avanzata delle vie aeree e del paziente critico. In tal senso sono in corso di emanazione Linee Guida redatte dalle Società Scientifiche accreditate dal Ministero, (SIAARTI è coinvolta) e registrate alla piattaforma SNLG del Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC).

Rete Sepsis e shock settico

In merito all'elenco delle reti tempo dipendenti, volto all'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, SIAARTI chiede che venga esplicitata la necessità di una rete multidisciplinare specifica per la sepsi e lo shock settico. Tale condizione è considerata da alcuni anni dall'OMS una Emergenza mondiale. Infatti, la mortalità dei pazienti in shock settico aumenta di circa 7-10% per ogni ora senza adeguato supporto d'organo o terapia antimicrobica adeguata. Questa richiesta è in linea con quanto previsto dalle Linee guida internazionali e dalla Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021². Inoltre, data la necessità di far fronte a questa patologia, SIAARTI si è fatta promotrice di un tavolo multidisciplinare volto all'adattamento italiano della linea guida SSC21, dichiarata eleggibile dall'ISS.

Il documento, in fase di stesura, è elaborato secondo gli standard metodologici del sistema SNLG proprio allo scopo di voler fornire un valido supporto EtD per la pratica clinica. Sempre in merito a questo paragrafo, in rapporto a linee guida internazionali e nazionali SIAARTI intende proporre anche una rete per l'emergenza intraospedaliera che consentirebbe la definizione di standard clinico-assistenziali in un settore strategico

Al fine di garantire l'ottimizzazione dell'outcome del paziente settico saranno necessari:

- Attivazione di un centro di coordinamento di area critica con documentate, strutturate e specifiche funzioni di promozione del progetto;
- La formazione del personale e l'implementazione delle conoscenze circa le nuove linee guida diagnostiche ed assistenziali;
- La creazione strutturata dei sepsi team nell'ambito delle strutture del SSR secondo un modello identificativo delle competenze presenti;
- Risorse umane, logistiche e strutturali che permettano un rapido riconoscimento dell'evento "early diagnosis of sepsis" e all'attivazione di percorsi standardizzati per la gestione dell'inizio del processo diagnostico-terapeutico;
- Risorse tecnologiche che permettano il supporto e l'ottimizzazione dei vari organi e delle varie funzioni dell'organismo dei pazienti settici.

L'ORGANIZZAZIONE ED ELABORAZIONE DI SPECIFICI PDTA

Sono interventi attuabili in tutti i presidi ospedalieri, che sono stati proposti con modalità di esecuzione diverse o semplicemente riproposti all'attenzione dei clinici, perché non sufficientemente adottati nella pratica clinica e che, pertanto, necessitano un team dedicato reclutabile al minimo sospetto di paziente settico (Sepsi-Team). Essi comprendono:

- il riconoscimento tempestivo della sepsi (NEWS Score o Delta SOFA >2) e della eventuale presenza di insufficienza d'organo e l'attuazione di una rianimazione precoce con obiettivi definiti da raggiungere nelle prime 6 ore (Resuscitation Bundles);
- la diagnosi tempestiva del focus infettivo, mediante esecuzione di emocolture e colture di materiali prelevati da altri siti, prima dell'istituzione della terapia antibiotica, e la diagnostica per immagini o ultrasuoni. Questo consente il controllo (drenaggio, asportazione, rimozione) del focolaio infettivo,

² Critical Care Medicine: November 2021 - Volume 49 - Issue 11 - p e1063-e1143. doi: 10.1097/CCM.0000000000005337

ove appropriato, Si tratta di interventi ampiamente noti, ma vi sono numerose evidenze di non adesione nella pratica, soprattutto per quanto concerne la corretta esecuzione delle emocolture;

- inizio tempestivo dell'antibioticoterapia in concordanza con i protocolli di antimicrobial stewardship validati (entro la prima ora) e appropriata scelta delle molecole da utilizzare sulla base del tipo di paziente, dell'epidemiologia locale e della sede sospetta di infezione;
- contestuale attivazione del percorso diagnostico microbiologico;
- registrazione su database regionale dell'episodio "sepsi" e attivazione su richiesta del sistema informativo e di teleconsulto dedicato (area critica e infettivologica).

Per l'attuazione di questi interventi è prevista la costituzione di un percorso sepsi regionale basato su una rete ed un centro di coordinamento.

La creazione di un database e di un sistema informativo di teleconsulto di area critica e il potenziamento tecnologico del centro di coordinamento regionale di area critica permetteranno la messa a punto di una rete regionale per l'assistenza al paziente settico in disfunzione d'organo.

La valutazione dell'impatto degli interventi, infatti, avverrà mediante l'integrazione delle fonti informative correnti, come la cartella clinica di dimissione e i dati di laboratorio con l'istituzione di un database clinico costituito da tutti i pazienti a cui verrà prescritto e somministrato un antimicrobico in ambiente ospedaliero, dall'area di emergenza alla Terapia Intensiva.

Il database sarà compilabile on line da qualsiasi strumento elettronico (PC, smartphone e tablet), previa registrazione anche attraverso social network, sarà composto da semplici sezioni con scelte multiple facilmente compilabili che permetteranno di recuperare i dati clinici dei pazienti dal sistema informatizzato dell'ospedale. Il database di così grandi dimensioni permetterà in un primo momento di monitorare la categoria di antimicrobici, la ragione per cui viene somministrata (profilassi, empirica o mirata) il dosaggio in rapporto allo stato clinico e la modalità di somministrazione (per OS, intramuscolare, endovenosa in boli o endovenosa in infusione estesa/continua), le colture effettuate ed infine l'outcome del paziente. Dai dati raccolti si avrà contezza della pratica clinica attuale nelle diverse realtà regionali e permetterà di pianificare linee di intervento specifiche per ciascuna realtà per quel che riguarda:

- l'esistenza, la validità e l'adesione a percorsi diagnostici terapeutici assistenziali di pazienti infetti o a rischio di infezione;
- il buon uso degli antimicrobici (antimicrobial stewardship);
- l'incidenza e la prevalenza di microrganismi multiresistenti per ciascuna realtà regionale e per area
- le linee di intervento specifiche messe in atto da ciascuna realtà per il controllo delle infezioni da MDR.

I dati raccolti permetteranno la valutazione del miglioramento delle conoscenze sulla gestione della sepsi, prima e dopo eventuali programmi formativi, permettendo il continuo monitoraggio degli eventi e l'implementazione costante con audit specifici.

Sarà implementato con la possibilità di porre domande on line, a cui risponderà un panel di esperti sempre disponibile, da cui si costituirà una sezione di Frequently Asked Questions (FAQ) e la possibilità di contatto live (chat o videochiamata) con un esperto disponibile H24 per casi particolari.

L'implementazione di un percorso diagnostico-assistenziale per la gestione del paziente settico potrebbe condurre ai seguenti risultati:

- Riduzione della morbilità e mortalità sepsi-correlate. Ove tale percorso diagnostico assistenziale è stato implementato, la letteratura scientifica ha mostrato una significativa riduzione della morbilità e mortalità associate alla sepsi;
- Sviluppo di una cultura finalizzata alla prevenzione e al rapido riconoscimento del processo settico da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti a vario livello nell'assistenza sanitaria del paziente a rischio di sepsi;
- Riduzione dei costi associati ai tempi di degenza in Terapia Intensiva del paziente settico (riduzione dell'ICU length of stay) con conseguente riduzione del rischio di sviluppo di successivi processi infettivi nosocomiali e più precoce partecipazione alla terapia riabilitativa. Le misure di prevenzione, rapido riconoscimento del paziente a rischio ed il precoce trattamento possono prevenire o limitare lo sviluppo del danno d'organo e ridurre la durata delle cure intensive finalizzata al sostegno delle funzioni vitali compromesse;
- Riduzione dello sviluppo di resistenze ai farmaci antibatterici. L'implementazione di sistemi per il rapido riconoscimento di specie batteriche resistenti e lo sviluppo di un approccio di stewardship antibatterica potrebbero condurre alla più efficace selezione della terapia antibatterica, alla successiva de-escalation o interruzione della stessa ed alla complessiva riduzione dell'esposizione del singolo paziente ad un agente antimicrobico. Questo risultato condurrebbe a significativi vantaggi anche in termini di epidemiologia microbiologica (minore selezione di specie resistenti, riduzione della colonizzazione/infezione da parte di quest'ultimi).

Rete di Terapia del dolore

In questo paragrafo dopo un primo inquadramento normativo, seguiranno le proposte SIAARTI per la definizione di standard e percorsi organizzativi.

La Rete di Terapia del Dolore, solo citata nel "vecchio" DM 70, si configura oggi invece in base a quanto previsto dalla legge n. 38 del 15 marzo 2010 e all'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, che definisce "l'accreditamento delle reti di terapia del dolore" nonché sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato nel documento di riorganizzazione ospedaliera.

La Rete clinico-assistenziale per la Terapia del Dolore è un modello organizzativo che deve assicurare la presa in carico dei pazienti affetti da dolore acuto, persistente e cronico, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e complessità diverse nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

In riferimento alla Legge n. 38 del 15 marzo 2010 ed ai successivi documenti ministeriali (Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 punto 1.6.5), le Reti di Terapia del Dolore rispondono ai requisiti definiti in termini qualitativi, quantitativi, organizzativi e di personale **totalmente dedicato**, tali da garantire l'impostazione ed il completamento di percorsi clinici appropriati.

Le prestazioni di Terapia del Dolore vengono erogate a livello territoriale e a livello ospedaliero in regime ambulatoriale o di ricovero da parte di Specialisti in Terapia del Dolore, in base alla complessità. Tali prestazioni possono comprendere anche le cure di supporto (o *simultaneous care*) intraospedaliere.

I posti letto specificamente dedicati alla Terapia del Dolore vengono inseriti **in area chirurgica** e numericamente stabiliti secondo i piani di programmazione regionali, in rapporto ai bacini di utenza; è possibile utilizzare posti letto in area medica qualora lo specialista di Terapia del Dolore, responsabile di U.O. Semplice o Complessa, lo ritenga indicato per pazienti che non necessitino di procedure invasive.

Dal punto di vista organizzativo per i centri ospedalieri della rete, si prevede l'istituzione di Unità Operative Complesse (U.O.C.) di Terapia del Dolore nei Centri HUB, di Unità Operative Semplici (U.O.S.) o Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) nei Centri Spoke.

I professionisti operanti nella rete di Terapia del Dolore devono avere competenze cliniche adeguate al setting in cui operano e devono rispondere ai bisogni di cura dei pazienti affetti da dolore acuto, persistente e cronico.

Le prestazioni di Terapia del Dolore vengono identificate dal "codice di disciplina n. 96, da utilizzare per ricoveri in terapia del dolore" (secondo quanto previsto dal decreto del Ministro della Salute del 21 novembre 2018, di "aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 38 del 4 febbraio 2019) ed in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Nel DM n. 70 del 2015, in merito alle strutture di degenza e dei servizi che costituiscono la rete assistenziale ospedaliera di Terapia del Dolore si suddividono "*Strutture di degenza*" e "*Servizi senza posti letto*" il cui bacino d'utenza è compreso rispettivamente tra 2,5 e 4 milioni di abitanti per le strutture di degenza e tra 0,3-0,5 milioni di abitanti per le strutture senza posti letto.

Sulla base della attuale necessità di riorganizzazione nazionale delle reti di Terapia del Dolore e considerando i bisogni assistenziali dei cittadini affetti da patologie dolorose acute e croniche di diversa eziologia e durata, considerando inoltre le differenti esigenze territoriali su base locale, si ridefiniscono i criteri di attribuzione dei Centri HUB e Spoke di Terapia del Dolore in base al bacino di utenza nella seguente modalità, fermo restando deroghe aggiuntive di competenza regionale:

Strutture	Bacino di utenza min	Bacino di utenza max
CENTRI HUB	1,5 mln abitanti	3 mln abitanti
CENTRI SPOKE	0,3 mln abitanti	0,5 mln abitanti

In riferimento alla Legge n. 38 del 15 marzo 2010 viene definita la "terapia del dolore" come "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate **terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative**, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare **idonei percorsi diagnostico-terapeutici** per la soppressione e il controllo del dolore" (art. 2, comma 1, lettera b).

La Disciplina di Terapia del Dolore non è dunque basata su prestazioni singole od occasionali ma sull'offerta ed il completamento di **percorsi clinici**.

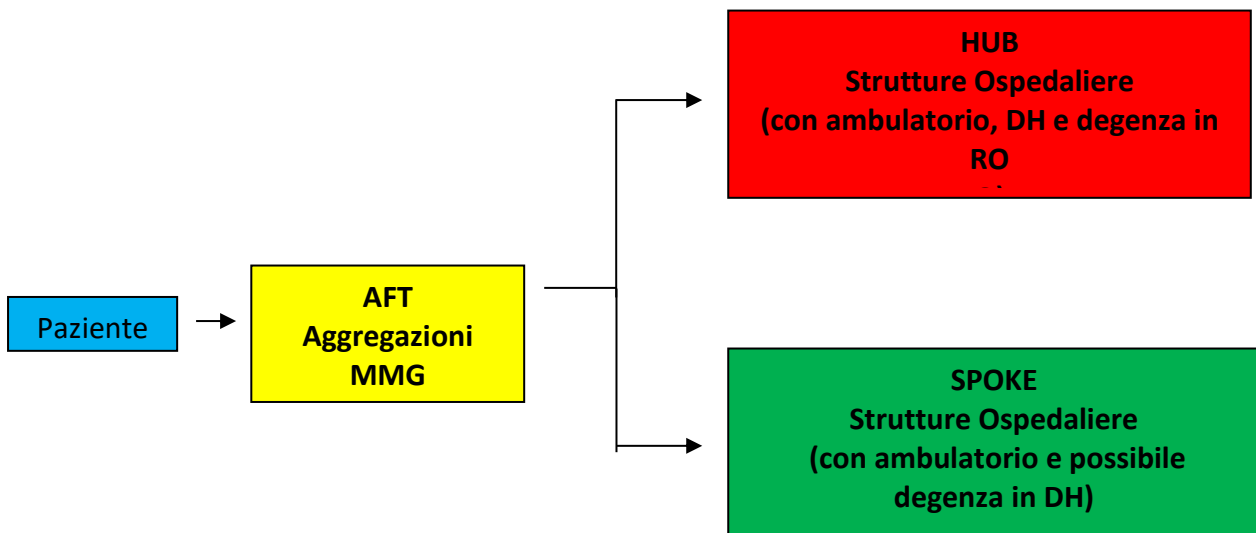
Tale Disciplina è parte della Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore. Pertanto, i Centri Hub e Spoke di Terapia del Dolore sono affidati a Specialisti in Anestesia, Rianimazione,

Terapia Intensiva e del Dolore a cui spetta la direzione; l'organico può essere integrato da altre figure professionali adeguatamente formate.

La Rete Locale di Terapia del Dolore si articola su 2 setting assistenziali, ambulatoriale e ospedaliero. Quest'ultimo si articola a sua volta su due livelli di complessità:

- Centro Spoke;
- Centro HUB.

Il percorso clinico del paziente viene rappresentato nel sottostante grafico.



L'evoluzione della Terapia del Dolore, avvenuta negli anni, ha trasformato un'attività preferenzialmente medica in una disciplina con prevalente attività interventistica, per cui da assimilare ad una chirurgia di media complessità assistenziale.

La finalità della Disciplina di Terapia del Dolore è quella di ridurre, attraverso un intervento il più precoce possibile, l'interferenza del dolore **acuto, persistente e cronico** sulle attività quotidiane favorendo il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Il percorso clinico richiede fasi di diagnostica specialistica, trattamento specialistico e riabilitativo al fine di garantire una gestione appropriata del paziente affetto da dolore.

Costituiscono standard delle strutture ospedaliere della rete di Terapia del Dolore:

- la presenza in particolare nei centri Hub e Spoke di Specialisti (in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore) **completamente dedicati** alla terapia del dolore al fine di poter garantire il livello di competenza adeguato alle prestazioni mininvasive e alla gestione dei pazienti affetti da dolore acuto, persistente e cronico;
- la presenza, accanto a Specialisti della Disciplina (in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore), di altre figure professionali e Specialisti di altre discipline, come previsto nell'Intesa Stato-Regioni del 2012, con adeguata formazione in Terapia del Dolore, nonché di personale infermieristico esperto per la presa in carico dei pazienti affetti da dolore acuto, persistente e cronico;

- consulenza, assistenza e presa in carico dei casi più complessi da parte dei Centri HUB ai Centri Spoke e ai Medici di Medicina Generale (MMG) su richiesta, anche mediante utilizzo di mezzi tecnologici quali telemedicina/teleconsulto o altro;
- un adeguato tempo di cura, mediante il riconoscimento della complessità della “visita” di terapia del dolore che deve offrire le possibilità, in termini di tempo e di strumenti, di completare la valutazione del paziente sia in merito alla nocicezione che in merito al dolore e alla sofferenza;
- la possibilità di mantenere il follow-up dei pazienti anche attraverso servizi di telemedicina/teleconsulto;
- l’integrazione con i nodi della rete di Terapia del Dolore, con le reti di Cure Palliative, con le unità di riabilitazione e di SERD al fine di completare il percorso terapeutico dei pazienti affetti da dolore cronico e dei pazienti dipendenti da farmaci.

ACCREDITAMENTO DEI CENTRI HUB E SPOKE

Sulla base del documento di Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 in cui vengono definiti i criteri organizzativi-strutturali della rete di Terapia del Dolore, si riportano nelle seguenti tabelle i criteri di accreditamento per i Centri Spoke e i Centri HUB.

Centro SPOKE

Requisiti di accreditamento	Requisiti strutturali rispondenti alle normative regionali per l’accreditamento delle Strutture eroganti procedure specialistiche diagnostico-terapeutiche nei seguenti ambiti: 1. ambulatoriale; 2. in Day-hospital/Day-surgery. Requisiti Tecnologici generali per le attività di cui ai punti precedenti e strumentazioni per la diagnostica e terapia specialistica proprie della Disciplina di Terapia del Dolore.
Attività minima	Vengono garantite almeno 18 ore settimanali per attività ambulatoriale di pazienti esterni (non in regime di ricovero) in aggiunta alle ore necessarie per le attività consulenziali interne.
Personale	Nel Centro Ambulatoriale deve operare almeno uno Specialista in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore completamente dedicato all’attività di Terapia del Dolore, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un Infermiere esperto e di altri Specialisti in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore per lo svolgimento dell’attività invasiva.
Prestazioni	Eroga tutte le prestazioni di Terapia del Dolore previste in regime ambulatoriale e/o in regime di Day Surgery. Garantisce le diverse attività procedurali specialistiche: <ul style="list-style-type: none"> • Di tipo diagnostico: valutazione clinica e strumentale, test di blocco anestetico. • Di tipo terapeutico: gestione di terapie farmacologiche; terapie infiltrative; blocchi antalgici radio- ed eco-guidati; tecniche di

	<p>neuromodulazione delle vie nervose periferiche; neurostimolazione transcranica (tDCS).</p> <p>Garantisce una tempestiva attività di Consulenza Ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione).</p> <p>Garantisce continuità di cura anche con metodologie tecnologiche quali la telemedicina/teleconsulto. Effettua attività di ricerca clinica.</p>
Documentazione procedure	<p>e Il Processo Assistenziale deve essere documentato.</p> <p>La Documentazione del Processo Assistenziale (PA) deve comprendere: Registro Prestazioni, Cartella clinica ambulatoriale, Relazione al medico curante comprensiva del Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale antalgico (PDTA).</p> <p>Nella Cartella clinica ambulatoriale vengono registrati: Inquadramento diagnostico, Valutazione del dolore con scale validate, Piano terapeutico, Consenso/i, Valutazione dell'efficacia del trattamento, Follow-up.</p> <p>Vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal Servizio.</p> <p>Vengono definite formalmente le procedure di interfaccia: con i MMG; con Centri HUB di riferimento della Rete locale di terapia del dolore; con la Rete locale territoriale di Cure Palliative di riferimento; con la Rete locale di Cure Palliative Pediatriche (di cui alla DGR VIII/11085/2010) per le specifiche problematiche relative al dolore cronico; con le Reti di Patologia; con le Strutture che erogano attività specialistiche per patologie dolorose di specifica competenza.</p> <p>Viene attivata la raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale.</p> <p>Viene garantito l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della "Qualità percepita" da parte del paziente.</p>

Centro HUB

Requisiti di accreditamento	<p>Requisiti strutturali rispondenti alle normative regionali per l'accreditamento delle Strutture eroganti procedure specialistiche diagnostico-terapeutiche nei seguenti ambiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ambulatoriale; 2. in Day-hospital/Day-surgery; 3. in Degenza Ordinaria. <p>Requisiti Tecnologici generali per le attività di cui ai punti precedenti e strumentazioni per la diagnostica e terapia specialistica proprie della Disciplina di Terapia del Dolore.</p>
Attività minima	<p>Apertura minima del Centro: h 12 nei giorni feriali, integrata con sistema di reperibilità h 24.</p>

	<p>Deve garantire con idonea strumentazione le attività previste nelle fasi diagnostiche e terapeutiche.</p> <p>Attività ambulatoriale per esterni almeno cinque giorni la settimana (minimo 30 ore) con erogazione di tutte le prestazioni di Terapia del Dolore previste in regime ambulatoriale e negli altri regimi precedentemente citati.</p>
Personale	<p>Deve essere disponibile una equipe multiprofessionale di personale completamente dedicato adeguato all'attività erogata, comprendente almeno 2 Specialisti in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore (di cui uno deve essere il Responsabile), Infermieri e Psicologi in numero e debito orario adeguati alle complessità dei quadri clinici e dei bisogni assistenziali (PDTA).</p>
Prestazioni	<p>Eroga tutte le prestazioni di Terapia del Dolore previste in regime ambulatoriale, in regime di Day Surgery e di Ricovero Ordinario.</p> <p>Garantisce le diverse attività procedurali specialistiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Di tipo diagnostico: valutazione clinica e strumentale, indagini volte a valutare la funzionalità del sistema nervoso periferico e centrale, indagini periduroscopiche, test di blocco anestetico e di neurostimolazione, valutazione dello stato funzionale e dello stato psico-emozionale. • Di tipo terapeutico: gestione di terapie farmacologiche ad elevato dosaggio; blocchi antalgici radio- ed eco-guidati, interventi sul rachide (intradiscali, vertebroplastiche e cifoplastiche); lisi di aderenze peridurali; tecniche di neuromodulazione delle vie nervose periferiche; neurostimolazione periferica, gangliare, spinale e transcranica (tDCS); neuromodulazione farmacologica spinale; neurolesione delle vie sensitive e del sistema nervoso autonomo. <p>Garantisce una tempestiva attività di Consulenza Ospedaliera con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico antalgico da inviare al MMG alla dimissione); garantisce inoltre collaborazione con i Centri di Medicina delle Dipendenze per i pazienti che presentano rischio o sintomi di dipendenza da sostanze.</p> <p>Effettua e coordina attività di ricerca clinica.</p> <p>Garantisce il Coordinamento della Rete Locale di Terapia del Dolore e partecipa al Coordinamento regionale come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020.</p> <p>Garantisce continuità di cura anche con metodologie tecnologiche quali la telemedicina/teleconsulto.</p>
Documentazione e procedure	<p>Il Processo Assistenziale deve essere documentato.</p> <p>La Documentazione del Processo Assistenziale (PA) deve comprendere: Registro Prestazioni, Cartella clinica ambulatoriale, Relazione al medico curante comprensiva del Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale antalgico (PDTA).</p>

	<p>Nella Cartella clinica ambulatoriale vengono registrati: Inquadramento diagnostico, Valutazione del dolore con scale validate, Piano terapeutico, Consenso/i, Valutazione dell'efficacia del trattamento, Follow-up.</p> <p>Vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal Servizio.</p> <p>Vengono definite formalmente le procedure di interfaccia: con il MMG; con i Centri Spoke di riferimento della Rete locale di terapia del dolore; con la Rete locale territoriale di Cure Palliative di riferimento; con la Rete locale delle Cure Palliative Pediatriche (di cui alla DGR VIII/11085/2010) per le specifiche problematiche relative al dolore cronico; con le Reti di Patologia; con le Strutture che erogano attività specialistiche per patologie dolorose di specifica competenza.</p> <p>Viene attivata la raccolta standardizzata dei dati per il set di indicatori da monitorare per gli audit interni e per rispondere al debito informativo nazionale.</p> <p>Viene garantito l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della "Qualità percepita" da parte del paziente.</p>
--	---

FABBISOGNI DI PERSONALE

Considerando quanto fin qui scritto si suggeriscono, ai fini della definizione dell'organico dei Centri HUB (U.O.C.) e Spoke (U.O.S. o U.O.S.D.) sulla base del carico di lavoro e all'attività svolta, i seguenti **fabbisogni minimi di personale** per ciascun nodo della rete di Terapia del Dolore:

Strutture Ospedaliere di Terapia del Dolore	Specialisti in Anestesia, Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore	Infermieri per visite e prestazioni ambulatoriali	Infermieri di reparto e di S.O.	Personale amministrativo	OSS per visite e prestazioni ambulatoriali	OSS di reparto e di S.O.
Centro HUB	Almeno 4 (1 resp. + 3)	Almeno 3	In base al n. di posti letto e alle sedute operatorie	Almeno 2	Almeno 1	In base al n. di posti letto e alle sedute operatorie
Centro Spoke	Almeno 2 (1 resp. + 1)	Almeno 2	In base al n. di posti letto (di DH) e di sedute operatorie	Almeno 1	Almeno 1	In base al n. di posti letto (di DH) e di sedute operatorie

Si intende che in merito al numero totale di Specialisti operanti nei Centri HUB e Spoke, il numero di Specialisti di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore deve essere superiore al valore medio al fine di garantire l'espletamento dell'attività chirurgica. **Le numeriche sopra riportate sono di minima e fanno riferimento a strutture dove non è prevista la degenza h24.**

DEFINIZIONE DEI CARICHI DI LAVORO

ATTIVITA' AMBULATORIALE

CENTRO HUB:

- 1° visita (45-60 minuti)
- Visite di controllo (30 minuti)
- Controllo neuro-impianti (30 minuti)
- Consulenze per pazienti degenti in altre UO (30 min)
- Telemedicina e Teleconsulto (20-30 minuti)
- Somministrazione di Test (psicologo + infermiere 60 min media)
- Prestazioni riabilitative * (fisioterapista 20 min)

*Le prestazioni riabilitative possono essere espletate in regime ambulatoriale presso il Centro HUB o in regime di ricovero ordinario o diurno presso reparti di riabilitazione.

CENTRO SPOKE:

1° visita (45-60 minuti)
Visite di controllo (30 minuti)
Controllo neuro-impianti (30 minuti)
Consulenze per pazienti degenti in altre UO (30 min)
Telemedicina e Teleconsulto (20-30 minuti)

ATTIVITA' MEDICO CHIRURGICA

Per quanto riguarda l'attività di ricovero ordinario o di Day Surgery si devono considerare i vari carichi di lavoro relativi alla degenza e all'attività operatoria del personale medico specialista.

I carichi di lavoro saranno stabiliti in base al numero dei ricoveri e delle sedute operatorie nonché in base alla tipologia delle prestazioni effettuate. Si fa presente che alcuni interventi di Terapia del Dolore richiedono un solo operatore, mentre altri richiedono due operatori (interventi di neuromodulazione farmacologica spinale, periduroscopia, neurolesioni) o un anestesista che garantisca l'analgo-sedazione o l'anestesia generale se indicato.

Rete dei Punti Nascita (Integrazioni per competenza Area Critica e Medicina Perioperatoria)

DM 70 [Allegato 1 - p. 8.2.4] - (in grassetto le integrazioni suggerite):

"Le Regioni programmano il percorso nascita come un unicum in cui operano strettamente connesse strutture ospedaliere e strutture territoriali. La rete dei Punti nascita (PN) è organizzata in due livelli ospedalieri di I e II livello; obiettivo prioritario della programmazione regionale è potenziare i centri con oltre 1.000 parti anno.

La localizzazione dei Punti nascita tiene conto della demografia e della geografia locale, della rete di offerta di adeguate strutture ospedaliere, del livello del singolo ospedale (di base, di I livello, di II livello), della presa in carico territoriale in gravidanze e nel puerperio mediante servizi consultoriali e domiciliari.

La rete dei punti nascita, basata sulle previsioni dell'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e s.m.i., presenta caratteristiche proprie delle reti tempo- dipendenti dovendo garantire la possibilità di un accesso tempestivo e in sicurezza alla donna al momento del parto.

La rete è declinata in due livelli assistenziali secondo il modello HUB e SPOKE.

I PN di I livello sono definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto, in età gestazionale > 34 settimane + 0 giorni”.

A nostro avviso nonostante la più accurata valutazione del rischio, non potendosi garantire l'assenza totale di complicanze ostetriche anche in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato, il punto nascita a prescindere dalle dimensioni e livello deve essere in grado di attuare interventi assistenziali adeguati inclusa la disponibilità di emocomponenti.

Questa richiesta di integrazione nasce dal fatto che l'emorragia post partum, che è la prima causa di morte materna in Italia, è prevedibile solo in un terzo dei casi ed ha una distribuzione ubiquitaria. Di conseguenza il punto nascita a prescindere dalle dimensioni e livello deve essere in grado di attuare interventi assistenziali adeguati inclusa la disponibilità di emocomponenti.

I PN di II livello sono definiti come unità operative di Ostetricia che assistono gravidanze e parti indipendentemente dal livello di rischio per madre e feto, con volumi di attività superiori a 1.000 parti/anno, con unità operative neonatologiche di II livello - Centri TIN (bacino di utenza di almeno 5.000 nati/anno e almeno 50 neonati/anno con peso alla nascita <1500gr; > 1000 nati/anno nella struttura - Inborri), attivabili esclusivamente in ospedali sede di DEA II livello.

Di seguito vengono riportati i setting assistenziali ospedalieri (in grassetto l'integrazione suggerita):

- Unità Operativa di Ostetricia di I livello;
- Unità Operativa di Ostetricia di II livello;
- Unità Operative Pediatriche/Neonatologiche di I livello;
- Unità Operative Pediatriche/Neonatologiche di II livello;
- **Unità operative di anestesia e rianimazione e guardia attiva di anestesia H24**

Per le caratteristiche e gli standard di tali Unità Operative si rinvia all'Accordo Stato-Regioni del 16-12-2010 e s.m.i.

Punti Nascita substandard

DM 70 [Allegato 1- p. 8.2.4.1] - (in grassetto le integrazioni suggerite):

“Sono considerati substandard i Punti Nascita con bassi volumi di attività, ossia con <500 parti/anno. Può essere richiesto parere di deroga al CPNn ove sussista il disagio orografico inteso come «tempo di percorrenza dal Comune di residenza della donna al PN di riferimento superiore a 60 min» e definito

mediante l'utilizzo di specifica metodologia di rilevamento dei tempi di percorrenza, omogenea su tutto il territorio nazionale. L'algoritmo di rilevamento dei tempi di percorrenza sarà definito da Agenas entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Decreto.

Le condizioni previste dal presente decreto sono applicate esclusivamente a PN attivi alla data di pubblicazione del presente decreto. Pertanto, le presenti condizioni non sono applicabili per i PN le cui azioni di disattivazione sono già state concluse dalle regioni e province autonome in seguito al recepimento dei pareri consultivi espressi dal CPNn secondo quanto previsto dal DM 11-11 - 2015.

Per i PN di I livello substandard già attivi alla data di entrata in vigore del presente decreto, ossia con bassi volumi di attività (<500 parti/anno), le Regioni e Province Autonome, sulla base di quanto disciplinato dal DM 11-11-2015 e dal protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orografiche difficili (art. 1D.M. 11/11/2015) e s.m.i., dovranno, anche ai fini della valutazione degli adempimenti LEA **tra cui l'offerta di parto indolore**, richiedere al Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) parere di deroga qualora sussista il disagio orografico, e vengano verificate le seguenti condizioni:

- presenza delle seguenti figure professionali H24: ginecologo, ostetrica/o, pediatra e anestesista,
- secondo gli standard organizzativi
- previsti dall'Accordo e s.m.i.;
- presenza delle seguenti specialità in guardia attiva H24: a) terapia intensiva (cod. 49), b) servizio di cardiologia (cod. 08), c) chirurgia generale (cod. 26), servizi di diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio;
- **disponibilità 0 negativo in sede e definizione tempistica di approvvigionamento;**
- rispetto degli standard organizzativi e di sicurezza allegati all'accordo Stato- Regioni del 16 dicembre 2010 e s.m.i..

Il Comitato nazionale percorso **nascita valuta** indicatori di struttura, attività ed esiti e li rivaluta ogni 2 anni.

Ai fini di una più adeguata valutazione degli indicatori di struttura, attività ed esiti deve essere inserita nel Comitato Nazionale Percorso Nascita la figura dell'anestesista rianimatore.

Il personale dei Piccoli Punti nascita di base afferisce alla struttura complessa/semplice dipartimentale posta nel Punto Nascita di I o di II livello più vicino che organizza la rotazione del proprio personale presso i vari PN assicurando che i singoli operatori maturino un adeguato volume di attività clinica personale che, unitamente all'accurata formazione interprofessionale, garantisca il mantenimento e lo sviluppo delle Competenze".

PN di I livello overstandard (> 500 parti/anno) in ospedale sede di pronto soccorso

DM 70 [Allegato 1- p. 8.2.4.2] - (in grassetto le integrazioni suggerite):

Le Regioni e Province Autonome possono confermare la presenza di PN di I livello già attivi alla data di entrata in vigore del presente decreto, con volumi di attività > 500 parti/anno, in ospedali sede di pronto soccorso, se verificata la sussistenza delle seguenti condizioni:

- presenza delle seguenti figure professionali H24: ginecologo, ostetrica/o, pediatra e **anestesista**, secondo gli standard organizzativi previsti dall'Accordo e s.m.i.;

- presenza delle seguenti specialità in guardia attiva H24: a) Terapia intensiva (cod. 49), b) Servizio di cardiologia (cod. 08), c) Chirurgia generale (cod. 26), servizi di diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio;

rispetto degli standard organizzativi e di sicurezza allegati all'accordo Stato- Regioni del 16 dicembre 2010 e s.m.i.

Roma 04.05.2022

Il Presidente SIAARTI
(Prof. Antonino Giarratano)

