

Pesaro, 3 - 5 ottobre 2002

4 Congresso A.I.P.O. Sezione Interregionale Centro-Adriatica

Dr.ssa B. Caruso - Direttore Medico di Presidio  
Azienda Ospedaliera San Salvatore - Pesaro

*Intensità assistenziale decrescente in un Dipartimento di Emergenza : dal progetto strutturale alla proposta organizzativa.*

- Contesto normativo di riferimento  
*Terapie intensive e semi intensive dal punto di vista assistenziale.*
- Contesto in materia di Edilizia Sanitaria
- Esperienza dell'Ospedale San Salvatore di Pesaro : il DEA integrato : dalla struttura all'assistenza.
- Tendenze assistenziali della Regione Marche in ambito semintensivologico

## Contesto normativo di riferimento

Il primo documento legislativo nel quale viene indicata la “terapia sub intensiva” è la delibera **CIPE del 20 dicembre 1984**. I settori di terapia sub intensiva citati sono inseriti nelle divisioni di : cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale. Il tempo di assistenza giornaliero per paziente è fissato da **200 240 minuti**.

Successivamente il **Decreto 13 settembre 1988 “Determinazione degli standard del personale ospedaliero”** all’articolo 3 “unità operative di degenza” parla di moduli organizzativi di terapia sub intensiva, sia essa accorpata alla terapia intensiva, sia essa integrata in altre unità operative. Per un modulo tipo di 8 posti letto, anche se distribuiti su unità operative, sono previste 3 unità di personale medico e 12 unità di personale infermieristico. Nello stesso decreto poi è stata effettuata una suddivisione delle specialità in : specialità ad elevata assistenza, a media assistenza e di base. La bronco-pneumologia, compreso il servizio di fisiopatologia respiratoria, rientra nelle specialità di base a media diffusione da organizzare in moduli tipo di 20 posti letto all’interno dei quali sono previste 4 unità di personale medico e 12 unità di personale infermieristico per ogni successivo modulo di 20 posti letto.

Il concetto di terapia sub intensiva è stato recepito dal contratto **DPR 384 del 28 novembre 1990**, il quale, all’articolo 49 :”indennità della professione infermieristica”, al comma 5 testualmente recita : “al personale infermieristico di posizione funzionale corrispondente al V, VI e VII livello retributivo operante nelle terapie intensive, sub intensive, nelle sale operatorie e nei servizi di nefrologia e dialisi, compete un’indennità giornaliera, per le giornate di effettivo servizio prestate pari a 4.13 Euro.

**I successivi contratti del comparto anni 94-97 e 98/2001** riprendono il concetto di indennità per ogni giornata di effettivo servizio prestato, fra gli altri, nelle terapie sub intensive individuate ai sensi delle disposizioni regionali.

Da quanto esposto si evince che dal punto di vista assistenziale il tema specifico relativo alle terapie semi intensive non è stato puntualmente affrontato dalla nostra legislazione nazionale. La recente **modifica del titolo V della Costituzione** ha trasferito quasi tutte le competenze in materia sanitaria alle Regioni. Sulla base di questa modifica costituzionale è pertanto possibile assistere alla realizzazione di diverse modalità organizzativo - assistenziali e soprattutto ad una diversa classificazione per tipologia specialistica di branca delle realtà semi intensive.

## Contesto in materia di Edilizia Sanitaria

La normativa edilizia risente attualmente del movimento legislativo legato all'accreditamento istituzionale (DPR 14-01-97) con relativi adeguamenti regionali - Manuali di autorizzazione e accreditamento – e quindi risponde alla logica dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi.

. Il Manuale di Autorizzazione e di Accreditamento Regionale (R.Marche) parla di Rianimazione e Terapia Intensiva come requisiti minimi strutturali, impiantistici tecnologici ed organizzativi. Mentre al capitolo dei requisiti generali per le strutture ospedaliere si identifica il fabbisogno di personale di assistenza infermieristica sulla base dei minuti di assistenza per paziente al giorno : **per le terapie intensive 600 minuti mentre per le terapie subintensive 360 minuti. Sono classificate come intensive : UTIC, UTIN, Terapia Intensiva post trapianto, Rianimazione. Sono classificate come semintensive le unità di risveglio, unità di riabilitazione per cranio-miclolesi.**

Le tipologie architettonico - costruttive degli ospedali italiani risentono oltre che del modello dei requisiti minimi, cui peraltro si devono adeguare in quanto legge cogente, dei modelli organizzativi dipartimentali che cominciano a rappresentare macro-elementi di suddivisione delle strutture ospedaliere.

In ambito edilizio il **prodotto-progetto di ristrutturazione**, ampliamento o costruzione ex novo, rappresenta sempre di più il frutto di un processo di **commitment** da parte della Direzione della Struttura (Direzione Aziendale, Direzione Medica di Presidio, Direzione di Dipartimento, Direzione di Unità Operativa) cui spetta il compito di illustrare le modalità organizzative di gestione dei percorsi assistenziali ed il gruppo di Progetto che deve tradurre, una volta comprese le modalità di cui sopra in lay-out strutturali e funzionali adeguati e coerenti.

La maggior parte degli ospedali italiani presenta le terapie intensive specialistiche come UTIC e UTIR (dove presente) all'interno o contigue alle degenze ordinarie specialistiche di riferimento e cioè rispettivamente UTIC in Cardiologia e UTIR in Pneumologia. Mentre la Rianimazione trova una collocazione autonoma come Reparto a sé stante collegata, come percorsi, al comparto Operatorio, all'interno del quale ultimo si possono trovare Recovery-Room per osservazioni post-chirurgiche di breve periodo.

L'Ospedale San Salvatore è un ospedale di 390 p.l., effettua 23.000 ricoveri/anno, di cui 900 in Terapia Intensiva, consuma 3.500 giornate di degenza/anno, 9.200 interventi chirurgici/anno (dati 2001). Negli ultimi 4 anni ha subito un processo di ristrutturazione pesante comprendente blocchi operatori, polo endoscopico, centrale di sterilizzazione, intere degenze, dialisi ed attualmente ha appaltato la ristrutturazione del Dipartimento di Emergenza .

Quest'ultimo comprende :

- Medicina Urgenza 10 p.l.
- UTIR(semint.) 4 p.l.
- UTIC 6 p.l.
- Rianimazione 9 p.l.
- Terapia Intensiva  
Post Operatoria 4 p.l.

Complessivamente i posti letto di area critica all'interno del DEA sono 33 .

Strutturalmente UTIC UTIR e Rianimazione sono centralizzate insieme in un unico contenitore attrezzato, sono caratterizzate da open space e gestione a vista, senza separazione in box (eccezione fatta per le necessità di isolamento) e di privacy con monitoraggio centralizzato e attrezzature per la ventilazione meccanica assistita.

I 4 p.l. identificati come UTIR sono in realtà da intendersi come NIMU (Non Invasive Intermediate Unit) per pazienti polmonari.

Le categorie di pazienti più adatte ad essere trasferite dalla terapia intensiva o dal Reparto di degenza pneumologica a questi 4 letti sono :

- pazienti svezzati da ventilatori meccanici;
- pazienti che non richiedono ventilazione meccanica assistita ma le cui condizioni respiratorie, richiedono un accurato monitoraggio dei parametri respiratori a causa di deterioramenti o esacerbazioni di malattie polmonari croniche ostruttive;
- pazienti con disturbi neuromuscolari;
- pazienti con sospetta o accertata sindrome delle apnee da sonno;
- pazienti che richiedano una riduzione di intensità assistenziale dopo estubazione da tracheotomia.

In sintesi questi letti servirebbero principalmente per tre funzioni :

- come unità di decremento dell'intensità terapeutica e assistenziale, per pazienti che già sono stati in terapia intensiva;
- come unità di intensificazione dell'assistenza terapeutica, per pazienti che sono già stati in reparto normale;
- come unità di svezzamento a breve, medio e lungo termine;

I 10 letti di **Medicina d'Urgenza** insistono sul piano terra del DEA. Dal punto di vista strutturale la dotazione tecnologica e impiantistica è dello stesso tipo del piano soprastante tale per cui tutti i 10 posti letto sono in realtà autorizzabili come letti di terapia intensiva per fare fronte a qualsiasi emergenza sia cardiorespiratoria che traumatologica.

La dotazione assistenziale di tutti i 33 letti del DEA risponde al criterio della intensità decrescente di cura applicabile previa definizione dei sottogruppi di patologie che possono afferire ad un Dipartimento di Emergenza di II Livello.

Dai dati epidemiologici relativi alle patologie respiratorie del bacino di utenza pesarese, si è stimato che siano necessari un numero massimo di 4 posti letto di terapia semintensiva non invasiva.

Tale dotazione potrebbe essere collocata classicamente all'interno del reparto di Pneumologia.

L'ipotesi su cui si sta lavorando è invece di collocare tali letti all'interno dei letti del DEA per ragioni di carattere organizzativo riferite a razionalizzazione delle risorse di area critica e a ragioni di addestramento professionale integrato dell'equipe infermieristica.

Infatti a fronte di dotazioni infermieristiche di terapie intensive e semintensive collocate separatamente dentro i reparti specialistici di riferimento, la integrazione strutturale e funzionale delle stesse su aree dipartimentali più ampie, consente di ottimizzare il numero di infermieri non tanto sulla dotazione di base quanto sul personale integrativo.

Ovviamente i criteri di attribuzione a priori della dotazione organica di base devono essere **flessibili e non legati al rispetto di un acritico standard assistenziale** suddiviso per terapie intensive e **semintensive**.

La centralizzazione di letti di terapia intensiva in un DEA integrato potrebbe sollevare perplessità medico-legali in riferimento alla responsabilità del malato.

E' chiaro che in un modello dipartimentale integrato non essendoci singoli contenitori per specialità, ma bensì aree ad intensità di cura crescente, è necessario pensare alla responsabilità del medico **non** come titolare di una **responsabilità clinica complessiva** su singole unità operative quanto su **singoli casi di competenza (Case-manager)** fermo restando la **responsabilità organizzativa complessiva del Direttore di Dipartimento nonché dei Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice**.

Tale modello non è adatto a tutte le realtà ma si ritiene possa rispondere alle esigenze di un ospedale di media-alta complessità, come è l'Azienda Ospedaliera Pescarese.

Diverso è il caso di un ospedale pneumologico specializzato o policlinico universitario, all'interno dei quali è giustificata una struttura di terapia intensiva, fino ad arrivare a posti letto di terapia intensiva trapiantologia (Rianimazione Pneumologica).

▪ **Tendenze assistenziali della Regione Marche in ambito semintensiologico**

Per quanto riguarda le dotazioni organiche del personale infermieristico a livello della Regione Marche esiste un gruppo di lavoro regionale che, dopo ampia discussione, ha licenziato un documento, ancora oggi in bozza. Per quanto attiene l'assistenza in ambito intensivo individua un modello organizzativo preferenziale, derivante da una concezione strutturale adeguata agli ospedali dipartimentali con funzioni specialistiche di rete provinciale comprendenti anche le Aziende Ospedaliere (Umberto I Torrette di Ancona e San Salvatore di Pesaro). Il modello previsto prevede la collocazione di posti letto di semintensiva all'interno delle aree critiche dipartimentali (DEA) secondo il principio dell'intensità di cura decrescente.

Quindi si vengono ad identificare dotazione numeriche complessive di posti letto critici indistinti definiti semintensivi a seconda del sottogruppo di patologia che viene ad occupare ogni posto letto, fermo restando dotazioni predefinite di posti letto di Rianimazione e UTIC.

**“Terapie semintensiva legate a patologie di organo- assistenza uguale o inferiore alle terapie intensive, sulla base della complessità)**

Pertanto lo standard assistenziale in minuti previsto per le terapie semintensive del Manuale di Autorizzazione (360 minuti/paziente/die), dovrà essere corretto a seconda dei casi fino ad un massimo di 600 minuti (standard della terapia intensiva) in modo da avere rapporti infermiere paziente che vanno da 1:6 a 1 : 4 a 1 : 2 nei casi di terapia intensiva.

Per rendere coerente al modello previsto la assegnazione delle risorse infermieristiche, è chiaro che ci si deve basare su un numero di base derivante dall'applicazione dei 600 minuti per paziente al die, per la determinazione dell'organico di base, rendendo flessibile ed ottimizzato il numero e di conseguenza l'utilizzo dell'organico integrativo.

Per l'applicazione di ciò, si rende indispensabile effettuare un continuo aggiustamento, almeno in prima fase di applicazione, della copertura assistenziale infermieristica; la figura più indicata per la gestione di questo modello di integrazione e di flessibilità infermieristica è la Capo Sala di Dipartimento.

La definizione delle varie diagnosi di afferenza ai letti indistinti del DEA è compito medico in quanto da essa dipende il grado di severità ed il carico di assistenza e terapeutico e spetta invece prioritariamente al Direttore di Dipartimento di concerto con i Direttori di Struttura Complessa e Semplice.

Tale definizione deve comprendere la standardizzazione di criteri specifici di triage e protocolli di accesso soprattutto per le terapie semintensive, meno studiate rispetto alle classiche terapie intensive.

Il presupposto culturale guida di questa operazione è che l'assistenza intensiva è per definizione riservata a pazienti critici, ma all'interno di questa criticità esistono condizioni diverse di severità che più specificatamente richiedono attività di monitoraggio continuo piuttosto che un intervento intensivo continuo.

Tale impostazione deriva dall'analisi complessiva del contesto marchigiano rappresentato dal punto di vista sanitario da un deficit economico e da una riforma di centralizzazione in Azienda Unica Regionale che impone di trovare soluzioni di gestione integrata e flessibile del personale infermieristico .