

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 febbraio 1999, n. 553.

Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio. Triennio 1998/2000. Pag. 43

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 febbraio 1999, n. 704.

Legge regionale n. 14/1991. Manifestazione fieristica Media Expo '99. Rettifica Pag. 53

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 marzo 1999, n. 1358.

Parziale modifica della deliberazione. Giunta regionale del 28 aprile 1998, n. 1489 Pag. 54

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 1998, n. 2172.

Amministrazione provinciale di Frosinone. Comune di Monte S. Giovanni Campano s.p. Boville Ernica-Panicella-Lucca dal km 3+450 al km 4+450. Determinazione indennità di esproprio Pag. 55

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 1998, n. 2217.

Provincia di Viterbo, Castiglione in Teverina. Costruzione di un marciapiede tra il km 39+400 e km 39+700 della s.p. Teverina, 1° lotto. Determinazione dell'indennità di esproprio Pag. 58

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 1998, n. 2311.

Consorzio acquedotti riuniti degli Aurunci, comune di Esperia. Lavori di costruzione e normalizzazione della distribuzione idrica S. Giorgio a Liri, comuni a valle di Monte D'Ora. Determinazione indennità di esproprio Pag. 60

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 gennaio 1999, n. 57.

Comune di Arce. Costruzione strada di collegamento località Marzi alla strada comunale S. Eleuterio Tramonti. Determinazione indennità di esproprio Pag. 61

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 gennaio 1999, n. 69.

Legge regionale 8 novembre 1977, n. 43. Comitato tecnico consultivo regionale per l'urbanistica, l'assetto del territorio, i lavori pubblici, l'agricoltura, la bonifica, le foreste, la caccia, la pesca e le infrastrutture. Riunio membri componenti della 2ª sezione Pag. 6

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 febbraio 1999, n. 291.

Decreto autorizzativo per variazione della titolarità del centro dialisi «Nephros» S.r.l. sito in Cassino, piazza S. Scolastica Pag. 65

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 febbraio 1999, n. 295.

Variazione responsabile sanitario del centro dialisi, in regime ambulatoriale, S. Elisabetta, sito in Fiuggi Pag. 66

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 febbraio 1999, n. 314.

Leggi regionali 27 giugno 1996, n. 24 e 20 ottobre 1997, n. 30. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali. Cooperativa sociale Solidarietà Sociale, con sede in Fomina (Latina) Pag. 67

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 febbraio 1999, n. 320.

Parziale modifica del decreto n. 37/1999 dell'11 gennaio 1999 avente per oggetto: «Nomina commissione d'esame di abilitazione ad accompagnatore turistico ai sensi della legge regionale 19 aprile 1985, n. 50» (Pubblicato nel *Bollettino Ufficiale* n. 10 del 10 aprile 1999, parte III).

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 febbraio 1999, n. 321.

Parziale modifica del decreto n. 36/1999 del 12 gennaio 1999 avente per oggetto: «Nomina commissione d'esame di abilitazione a guida turistica ai sensi della legge regionale 19 aprile 1985, n. 50» (Pubblicato nel *Bollettino Ufficiale* n. 10 del 10 aprile 1999, parte III).

ATTI DEGLI ENTI LOCALI

PROVINCIA DI FROSINONE.

Deliberazione della giunta provinciale 25 gennaio 1999, n. 16, concernente: Legge regionale 5 agosto 1998, n. 32, art. 4. Determinazione giorni della settimana per la raccolta dei funghi epigei spontanei anno 1999 Pag. 67

PROVINCIA DI ROMA.

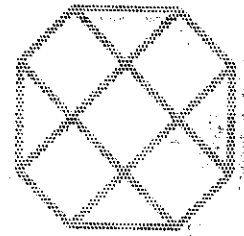
Determinazione del presidente 3 febbraio 1999: Piano degli interventi per il Giubileo del 2000, Codice D14.03. Opere di adeguamento e manutenzione straordinaria della s.p. Laurentina dal G.R.A. al km 19,500 Pag. 68

COMUNE DI BOLSENA (Viterbo).

Legge n. 431/1985 e n. 1497/1939, art. 7. Trasmissione nulla osta Pag. 71

COMUNE DI CAMPAGNANO DI ROMA (Roma).

Trasmissione elenco Pag. 72



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 16 FEB. 1999

16 FEB. 1999

ADDI' **16 FEB. 1999** NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

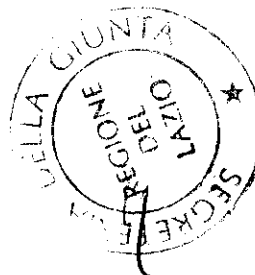
BADALONI	Pietro	Presidente	GUASCO	Romolo	Assessore
COSENTINO	Lionello	Vice Presidente	HERMANIN	Giovanni	"
AMATI	Matteo	Assessore	LUCISANO	Pietro	"
BONADONNA	Salvatore	"	MARRONI	Angelo	"
CIOFFARELLI	Francesco	"	MITA	Michele	"
FEDERICO	Maurizio	"	SIZZUTELLI	Vincenzo	"

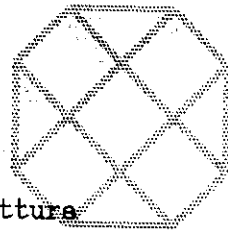
ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione
..... OMISSIS

ASSENTI: BONADONNA-CIOFFARELLI.

DELIBERAZIONE N° 553

OGGETTO: Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio - Triennio 1998/2000.





OGGETTO: Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio - Triennio 98/2000.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute;

VISTO l'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 che ha previsto l'adozione da parte delle Regioni di provvedimenti a stralcio dei piani sanitari regionali per la ristrutturazione della rete ospedaliera;

VISTA la legge regionale n. 55/93;

VISTO l'atto di intesa Stato e Regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo al Triennio 94/96 che individua quale priorità in tutto il territorio nazionale la realizzazione del sistema di emergenza sanitaria che comprende anche la risposta ospedaliera adeguata alle esigenze assistenziali da assicurare in emergenza;

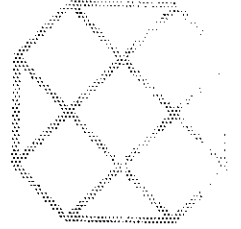
PRESO ATTO che la delibera di G.R. n. 4238 del 8 luglio 1997 ha approvato il piano di ristrutturazione della rete ospedaliera e, fra l'altro, ha individuato le strutture ospedaliere di riferimento per l'emergenza nei vari livelli di competenza, (DEA di 2° livello, DEA di 1° livello, e Pronti Soccorsi ospedalieri) integrate a rete in bacini di afferenza territoriale definiti;

CONSIDERATO che la sopracitata deliberazione ha individuato come priorità regionale per l'anno 1998 la predisposizione di un piano per le attività ospedaliere dell'area intensiva e sub-intensiva, nella considerazione che occorre potenziare e riorganizzare le stesse sia per la risposta in emergenza che per l'attività programmata;

RILEVATA la necessità

- 1) di assicurare a tutti i pazienti in condizione critiche una assistenza intensiva e/o sub-intensiva appropriata e adeguata;
- 2) di definire e diversificare l'area di assistenza intensiva per il trattamento di pazienti critici in condizioni di rischio immediato per la sopravvivenza dall'area di assistenza sub intensiva (destinata al trattamento di pazienti critici per il rischio di eventi acuti che ne possano compromettere la sopravvivenza o per patologie gravi che abbiano appena superato la fase più immediata di acuzie e necessitino di particolare impegno assistenziale);
- 3) di prevedere il fabbisogno dei livelli di assistenza intensiva e/o subintensiva, fra di loro integrate e strettamente collegate con le attività di ricovero ordinario;

CONSIDERATO che dall'analisi della situazione attuale l'offerta di assistenza intensiva risponde solo in parte alla domanda e inoltre appare spesso distorta nel tipo di pazienti trattati e nelle modalità di utilizzo delle risorse disponibili;



RITENUTO indispensabile delineare un piano di riorganizzazione che descriva

1. il bisogno di assistenza di area intensiva e subintensiva e le diverse tipologie di domanda che devono essere soddisfatte
2. la situazione attuale dell'offerta
3. i termini generali di un modello organizzativo per l'area intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere sede di DEA di 1° livello;
4. i termini generali di un modello organizzativo per l'area intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere sede di DEA di 2° livello;
5. i termini generali di un modello organizzativo per l'area subintensiva nelle strutture ospedaliere per acuti sprovviste di DEA;
6. gli obiettivi di adeguamento dell'offerta di assistenza intensiva e subintensiva articolata per livelli e distribuzione geografica;
7. i tempi di realizzazione dell'adeguamento dell'offerta e indicatori per la valutazione di questo processo;
8. i criteri di valutazione di efficacia dell'assistenza intensiva e subintensiva e indicatori per la valutazione di efficacia del piano;
9. le modalità di revisione del piano sulla base della valutazione di processo e della valutazione di efficacia.

RITENUTO opportuno:

- dover prevedere per ciascuna azienda sanitaria territoriale una organizzazione del sistema dell'assistenza intensiva e sub-intensiva in modo da assicurare:

- l'assistenza intensiva e subintensiva in fase di acuzie a tutti i pazienti che non richiedano assistenza di alta specialità o altre specifiche forme di assistenza per le quali sono previste livelli di riferimento sovraziendali;

- il riferimento alle strutture appropriate per l'assistenza intensiva e subintensiva di livello sovraziendale;

- il trasferimento alle strutture regionali di lungodegenza intensiva per i pazienti che richiedano un'elevata intensità assistenziale anche dopo il superamento della fase di acuzie ed immediata postacuzie;

- che

in linea di massima, in ciascuna azienda territoriale, le attività intensive devono essere concentrate nelle strutture sede di DEA di I livello mentre le strutture subintensive devono essere distribuite anche nelle altre strutture di trattamento dei pazienti acuti;

- che

le attività di assistenza intensiva devono essere strettamente coordinate in ciascuna azienda con:

- le attività di emergenza-urgenza

- le attività di assistenza programmata a pazienti critici;

31 MAR. 1998

**ASSENT
COSENTINO
LUCISANO**



RITENUTO inoltre opportuno che nel predetto piano, sia stabilito:

di affidare l'assistenza intensiva di lungodegenza a strutture specifiche, identificate nel piano delle attività di riabilitazione.

- che
forme di assistenza intensiva e subintensiva devono essere fornite anche da alcune strutture non dedicate all'emergenza, date le particolari caratteristiche della loro attività.

RILEVATA la necessità di dover individuare il modello generale di riorganizzazione delle attività di assistenza intensiva e subintensiva e di stabilire i criteri generali di funzionalità delle aree ospedaliere di terapia intensiva e sub-intensiva, rinviando a successivi provvedimenti l'indicazione dei requisiti operativi, strutturali e tecnologici delle aree stesse;

CONSIDERATO inoltre la peculiarità rappresentata degli incidenti neurovascolari che richiede un'ipotesi organizzativa specifica con l'istituzione di apposite Unità di Trattamento Neuro-vascolare (UTN) delle quali si ritiene tuttavia opportuno descrivere il modello organizzativo e i criteri di gestione in ulteriori provvedimenti, tenendo conto anche del piano in preparazione sulle alte specialità, mentre le linee guida per il trattamento degli incidenti neurovascolari nella intera rete dei servizi di emergenza saranno oggetto di apposito protocollo;

VISTO il parere della competente Commissione Consiliare espresso nella seduta del 17/11/98 e recepiti gli emendamenti proposti;
DELIBERA

- di approvare il piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio/Triennio 1998/2000 contenuto nell'allegato 1 che fa parte integrante del presente provvedimento ;

I Direttori Generali della Aziende USL e Aziende Ospedaliere del Lazio dovranno inviare al competente Assessorato i piani di attuazione derivanti dal presente provvedimento entro 120 giorni dalla pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, con la facoltà di proporre, alla luce della esigenza di impedire un abbassamento delle qualità dell'assistenza erogata, motivate modificazioni dei termini quantitativi degli obiettivi indicati nel piano.

Il presente provvedimento non è sottoposto a controllo ai sensi della Legge n. 127 del 15/5/97

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U.R. del Lazio.

RB/ps
PIANO

IL PRESIDENTE: F.to PIETRO BADALONI

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE

Stampa Regione Lazio FEB. 1999



1

STRUTTURA PROPONENTE Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute

SETTORE 57 UFFICIO 1

Prot. n. 798 del 31 MARZO 1998 BURL

OGGETTO: Schema di deliberazione concernente: Piano delle aree intensive e sub-intensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio - Triennio 1998/2000.

Con impegno contabile Immediatamente eseguibile All'esame prevent. Coll. Revis. .

Atto di mera esecuzione Atto di controllo All'esame prevent. Comm. Cons.

R. BORNAGO L'ESTENSORE C. SATTO V° IL COORDINATORE DELL'UFFICIO L. COSENTINO IL PRESIDENTE / L'ASSESSORE

2

Data di ricezione _____ Protocollo _____ Data invio unità successiva _____

Anno finanz.	C. oR. P.	Capitolo	Impegno		Stanziamiento Bilancio	Impegni precedenti	Disponibilità	Presente impegno
			n.	data				
							31 MAR. 1998	
			- La Giunta, nella seduta del ha approvato l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare.					
			IL SEGRETARIO					

Note: _____

Codice impegno: _____

Codice localizzazione interventi: _____

_____ L'ESTENSORE _____ V° IL COORDINATORE DELL'UFFICIO _____ V° IL COORDINATORE DEL SETTORE _____ L'ASSESSORE AL BILANCIO

3

Data ricezione _____ Protocollo P00143 00

ISTRUTTORIA 16 FEB 1999 IL ESAME PARERE DI PFORME 16 FEB. 1999

La Giunta si conforma al parere della Comm. Consiliare **ASSENTI** **BONADONNA**

_____ IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE _____ V° IL COORDINATORE DELL'UFFICIO **CIOFFARELLI**

_____ IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA _____ IL PRESIDENTE

cu

Allegato 1

DGR : Piano delle aree intensive e subintensive nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio

Piano delle aree intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio

Premesse

Si definisce come area intensiva di ciascuna struttura ospedaliera l'area di degenza destinata al trattamento di pazienti critici, in condizioni di rischio immediato per la sopravvivenza, e dotata del supporto tecnologico interno, delle risorse umane e del supporto diagnostico e terapeutico esterno necessari, nell'arco delle 24 ore, a:

- vicariare le funzioni respiratoria e renale
- svolgere la sorveglianza strumentale continua dei parametri vitali:
 - a. temperatura
 - b. attività cardiaca
 - c. attività elettrica cerebrale
 - d. gas, volumi e pressioni della ventilazione polmonare
 - e. gas ematici
 - f. pressione arteriosa sistemica e pressioni vascolari endocavitarie
- controllare l'equilibrio metabolico ed idroelettrolitico
- controllare e sostenere la funzione cardiaca anche mediante l'inserzione di elettrodi stimolatori
- effettuare terapie infusionali controllate continue

Si definisce come area subintensiva di ciascuna struttura ospedaliera l'area di degenza destinata al trattamento di pazienti critici per il rischio di eventi acuti che ne possano compromettere la sopravvivenza o per patologie gravi che abbiano appena superato la fase più immediata di acuzie e necessitino di particolare impegno assistenziale. L'area subintensiva deve essere dotata del supporto tecnologico interno, delle risorse umane e del supporto diagnostico e terapeutico esterno necessari, nell'arco delle 24 ore, a:

- vicariare la funzione respiratoria per periodi limitati che siano necessari alla risoluzione della fase critica o ad un eventuale trasferimento assistito in area intensiva
- svolgere la sorveglianza strumentale continua dei parametri vitali:
 - a. temperatura
 - b. attività cardiaca
 - e. gas ematici
 - f. pressione arteriosa sistemica
- controllare l'equilibrio metabolico ed idroelettrolitico
- controllare e sostenere la funzione cardiaca
- effettuare terapie infusionali controllate continue

Esistono evidenze scientifiche sufficienti per ritenere che i trattamenti in area intensiva e subintensiva, intese secondo la definizione proposta, siano efficaci a migliorare la prognosi, di pazienti affetti da malattie acute come gli accidenti cerebrovascolari, l'infarto del miocardio, le intossicazioni acute da farmaci e alcuni disturbi del ritmo cardiaco. Esiste inoltre, in alcuni casi, la necessità etica di assicurare a pazienti critici forme di assistenza intensiva e subintensiva anche



necessità etica di assicurare a pazienti critici forme di assistenza intensiva e subintensiva anche quando non ne sia dimostrata scientificamente l'efficacia.

La possibilità di un'assistenza intensiva e/o subintensiva deve essere assicurata a tutti i pazienti critici per i quali ne sia stata dimostrata l'efficacia, una disponibilità supplementare deve inoltre essere garantita in base a criteri etici secondo le modalità e con i limiti definiti da questo piano e all'interno delle risorse allocate a questo livello assistenziale.

È evidente dalla definizione proposta che i livelli di assistenza intensiva e subintensiva devono essere considerati fortemente integrati tra di loro e strettamente collegati con le attività di ricovero ordinario.

Il passaggio da una condizione di degenza ad un'altra si svolge in base alle necessità assistenziali del paziente, indipendentemente dalle ragioni del ricovero e dalla patologia prevalente. In situazioni di particolare complessità è possibile prevedere l'esistenza di aree intensive di specialità ma in generale queste aree devono essere considerate strutture funzionali polivalenti che gestiscono fasi limitate di ciascun ricovero. Al contrario è necessario prevedere anche nelle strutture di minore complessità l'articolazione dell'area di degenza subintensiva in funzione di fasi diverse del processo di cura.

Dal punto di vista dell'articolazione dell'offerta è dunque possibile distinguere per ciascuna area assistenziale le seguenti tipologie di reparto

1. Area intensiva

- Rianimazione, Terapia intensiva polivalente
- Terapie intensive di specialità
 - a. Cardiologia (UTIC)
 - b. Cardiochirurgia
 - c. Neurochirurgia
 - d. Spinale
- Terapia intensiva neonatale

2. Area subintensiva

- Breve osservazione
- Area subintensiva polivalente con "team" di trattamento degli accidenti neurovascolari
- Area subintensiva di specialità (eventualmente nei DEA2)
 - a. Unità di Trattamento Neurovascolare (UTN)
 - b. Ustioni
 - c. Spinale
 - d. Cardiologica
- Area di sorveglianza postoperatoria (area di risveglio)

In una simile impostazione l'unica forma possibile dell'area intensiva e dell'area subintensiva è quella della degenza, attività ospedaliere diverse, di tipo ambulatoriale o di day hospital non possono fare riferimento o essere inserite in questa area assistenziale.

Con decisione autonoma delle aziende sanitarie alcune aree intensive e subintensive specializzate possono assumere la forma di reparti autonomi, in linea di massima solo presso i DEA II, qualora la numerosità dei casi specialistici la loro complessità consenta la creazione e lo sviluppo di

lu



adeguate competenze professionali.

Principi generali

Definite l'area intensiva e quella subintensiva è possibile delineare un piano di riorganizzazione che descriva:

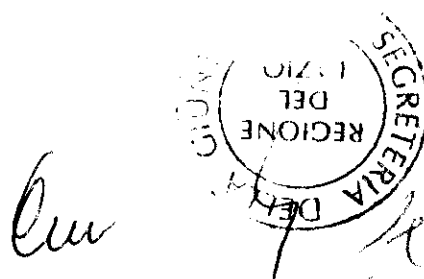
1. Il bisogno di assistenza di area intensiva e subintensiva e le diverse tipologie di domanda che devono essere soddisfatte
2. La situazione attuale dell'offerta
3. Il modello organizzativo per l'area intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere
4. Gli obiettivi di adeguamento dell'offerta di assistenza intensiva e subintensiva articolata per livelli e distribuzione geografica
5. Criteri e indicatori di processo per la valutazione del grado di realizzazione del piano
6. Modalità di revisione del piano sulla base della valutazione di processo e della valutazione di efficacia.

1. Il bisogno

Il bisogno di assistenza intensiva, espresso in numero per anno di giornate di degenza in reparti intensivi, è riepilogato nella tabella I.I e quello di assistenza subintensiva nella tabella I.II.

Tabella I.1 Dimissioni per DRG nel 1996 (esclusi DH) e stima del bisogno di assistenza intensiva in giornate di degenza (GG Deg T.I.) e Posti Letto (PL T.I.)

DRG	Descrizione	n° casi	DM Tot	DM attesa T.I.	GG.Deg. T.I.	P.L. T.I.
001	Craniotomia eta' > 17 eccetto per traumatismo	1512	24.5	3	4536	13.7
002	Craniotomia eta' > 17 Per traumatismo	301	19.1	3	903	2.74
003	Craniotomia eta' < 18	308	23.3	3	924	2.8
004	Interventi sul midollo spinale	370	17.2	3	1110	3.36
005	Interventi sui vasi extracranici	846	17.3	2	1692	5.13
009	Malattie e traumi midollo spinale	1078	9.5	3	3234	9.8
014	Mal. cerebrovascolari specifiche escluso TIA	9125	12.8	0.5	4562.5	13.8
015	TIA e occlusioni precerebrali	6312	9.5	0.05	315.6	0.96
016	Mal. cerebrovascolari aspecifiche con cc.	2553	14.1	0.25	638.25	1.93
017	Mal. cerebrovascolari aspecifiche senza cc.	3991	11.4	0.05	199.55	0.6



023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	111	10.9	3	333	1.01
027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	12	22.8	5	60	0.18
028	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' > con cc	406	9.3	1	406	1.23
029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' > 17 senza cc	5375	5.1	0.5	2687.5	8.14
030	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, eta' < 18	2287	2.9	0.5	1143.5	3.47
075	Interventi maggiori sul torace	1092	20.5	2	2184	6.62
078	Embolia polmonare	402	16.2	3	1206	3.65
083	Traumi maggiori del torace, con cc	40	8.1	4	160	0.48
084	Traumi maggiori del torace, senzacc	175	6.6	2	350	1.06
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1206	10.0	2	2412	7.31
103	Trapianto cardiaco	19	45.6	5	95	0.29
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	118	25.5	2	236	0.72
105	Interventi sulle valvole cardiache senza Cateterismo cardiaco	720	26.5	2	1440	4.36
106	Bypass con cateterismo cardiaco	237	23.7	2	474	1.44
107	Bypass senza Cateterismo cardiaco	1497	19.9	2	2994	9.07
108	Altri int.cardiotoracici	374	19.8	2	748	2.27
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	473	22.6	4	1892	5.73
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc	675	21.2	2	1350	4.09
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	1746	10.5	1	1746	5.29
115	Impianto pacemaker cardiaco permanen.con infarto miocardico acuto.insuff.card.o shock	84	19.2	3	252	0.76



Lu

H

116	Altri interv. impianto pacemaker card. perman. o defibrillatore autom. o generatore impulsi	84	11.1	2	168	0.51
118	Sostituzione pacemaker cardiaco	649	8.0	1	649	1.97
121	Malattie cardiovascolari con Ima e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	1316	14.1	5	6580	19.9
122	Malattie cardiovascolari con ima senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi	4789	12.0	3	14367	43.5
123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	1126	5.2	5	5630	17.1
124	Malattie cardiovascolari eccetto ima, con cateterismo cardiaco E diagnosi complicata	791	12.1	5	3955	12
125	Malattie cardiovascolari eccetto ima, con cateterismo cardiaco E diagnosi non complicata	2537	9.0	3	7611	23.1
126	Endocardite acuta e subacuta	124	23.7	5	620	1.88
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con cc	3092	9.2	3	9276	28.1
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	8476	6.0	1	8476	25.7
140	Angina pectoris	6268	8.6	1	6268	19
146	Resezione rettale con cc	252	32.9	4	1008	3.05
147	Resezione rettale senza cc	585	24.8	2	1170	3.55
148	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con cc	1576	26.5	4	6304	19.1
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza Cc	2252	23.5	2	4504	13.6
174	Emorragia gastrointestinale con cc	1446	11.5	2	2892	8.76
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc	366	30.0	4	1464	4.44
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza Cc	506	23.9	2	1012	3.07
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	4695	25.2	2	9390	28.5



cu

ke

210	Interventi su anche e femori eccetto articolazioni maggiori eta' > 17 con cc	445	30.4	4	1780	5.39
211	Interventi su anche e femori eccetto articolazioni maggiori eta' > 17 senza Cc	3240	22.2	2	6480	19.6
302	Trapianto renale	143	23.8	4	572	1.73
303	Interventi sul rene e uretere e interventi maggiori su vescica per neoplasia	1003	25.4	2	2006	6.08
353	Eviscerazione pelvica.isterectomia radicale e vulvectomia radicale	595	18.7	2	1190	3.61
385	Neonati morti o trasferiti	786	3.6	3.6	2829.6	8.57
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	391	23.7	10	3910	11.8
387	Prematurita' con affezioni maggiori	153	24.5	10	1530	4.64
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	6759	7.0	2	13518	41
416	Setticemia. eta' > 17	279	17.2	5	1395	4.23
417	Setticemia. eta' < 18	94	11.1	5	470	1.42
449	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci. eta' > 17 con cc	326	6.4	2	652	1.98
457	Ustioni estese senza intervento chirurgico	21	3	3	63	0.19
458	Ustioni non estese con trapianto di pelle	153	22	4	612	1.85
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	41	35.3	4	164	0.5
472	Ustioni estese con intervento chirurgico	4	13.3	7	28	0.08
475	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	560	18.0	10	5600	17
480	Trapianto di fegato	88	29.1	4	352	1.07
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali. laringei o faringei	465	55.2	10	4650	14.1
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	18	23.6	5	90	0.27
485	Reimpianto di arti.interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	133	31.5	4	532	1.61



cu

sc

486	Altri interventi chirurgici Per traumatismi multipli rilevanti	143	22.2	4	572	1.73
487	Altri Traumatismi multipli rilevanti	510	9.8	4	2040	6.18
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	42	24.4	4	168	0.51
*	Altri DRG	773429	8.6	0.005	3867.145	11.7
*	Totale	874196	8.6	0.03	186698.645	566

Le elaborazioni sono basate su dati S.I.O. - OER e si riferiscono alle dimissioni 1996, la degenza media attesa in T.I. è stata definita per ogni DRG tenendo conto della degenza media totale (DM Tot) e di prassi cliniche consolidate, in molti casi validate da linee guida nazionali e internazionali. Nel calcolo dei posti letto è stata considerata un'occupazione media del 90%

Tabella I.II Dimissioni per DRG nel 1996 (esclusi DH) e stima del bisogno di assistenza subintensiva in giornate di degenza (GG Deg subint) e Posti Letto (PL subint)

DRG	Descrizione	n° casi	DM Tot	DM attesa subint	GG.Deg. subint	P.L. subint
*	Breve osservazione	75000	1	1	75000	227.3
001	Craniotomia eta' > 17 eccetto per traumatismo	1512	24.5	7	10584	32.07
002	Craniotomia eta' > 17 Per traumatismo	301	19.1	7	2107	6.385
003	Craniotomia eta' < 18	308	23.3	7	2156	6.533
004	Interventi sul midollo spinale	370	17.2	7	2590	7.848
005	Interventi sui vasi extracranici	846	17.3	4	3384	10.25
009	Malattie e traumatismi midollo spinale	1078	9.5	3	3234	9.8
014	Mal. cerebrovascolari specifiche escluso TIA	9125	12.8	12	109500	331.8
015	TIA e occlusioni precerebrali	6312	9.5	5	31560	95.64
016	Mal. cerebrovascolari aspecifiche con cc.	2553	14.1	12	30636	92.84
017	Mal. cerebrovascolari aspecifiche senza cc.	3991	11.4	7	27937	84.66
023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	111	10.9	3	333	1.009



Qu

A

027	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	12	22.8	5	60	0.182
075	Interventi maggiori sul torace	1092	20.5	7	7644	23.16
078	Embolia polmonare	402	16.2	3	1206	3.655
083	Traumi maggiori del torace, con cc	40	8.1	4	160	0.485
084	Traumi maggiori del torace, senzacc	175	6.6	2	350	1.061
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1206	10.0	2	2412	7.309
103	Trapianto cardiaco	19	45.6	10	190	0.576
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	118	25.5	2	236	0.715
105	Interventi sulle valvole cardiache senza Cateterismo cardiaco	720	26.5	4	2880	8.727
106	Bypass con cateterismo cardiaco	237	23.7	4	948	2.873
107	Bypass senza Cateterismo cardiaco	1497	19.9	4	5988	18.15
108	Altri int.cardioracici	374	19.8	4	1496	4.533
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	473	22.6	4	1892	5.733
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc	675	21.2	2	1350	4.091
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	1746	10.5	4	6984	21.16
115	Impianto pacemaker cardiaco permanen.con infarto miocardico acuto.insuff.card.o shock	84	19.2	5	420	1.273
116	Altri interv.impianto pacemaker card.perman.o defibrillatore autom.o generatore impulsi	84	11.1	2	168	0.509
118	Sostituzione pacemaker cardiaco	649	8.0	3	1947	5.9
121	Malattie cardiovascolari con Ima e complicanze cardiovascolari dimessi vivi	1316	14.1	5	6580	19.94
122	Malattie cardiovascolari con ima senza complicanze cardiovascolari dimessi vivi	4789	12.0	3	14367	43.54

lu

sk

123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto. morti	1126	5.2	5	5630	17.06
124	Malattie cardiovascolari eccetto ima. con cateterismo cardiaco E diagnosi complicata	791	12.1	5	3955	11.98
125	Malattie cardiovascolari eccetto ima. con cateterismo cardiaco E diagnosi non complicata	2537	9.0	3	7611	23.06
126	Endocardite acuta e subacuta	124	23.7	5	620	1.879
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca. con cc	3092	9.2	3	9276	28.11
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca. senza cc	8476	6.0	3	25428	77.05
140	Angina pectoris	6268	8.6	3	18804	56.98
143	Dolore toracico	4410	3.8	0.5	2205	6.682
302	Trapianto renale	143	23.8	7	1001	3.033
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	391	23.7	10	3910	11.85
387	Prematurita' con affezioni maggiori	153	24.5	10	1530	4.636
388	Prematurità senza affezioni maggiori	1807	15.9	10	18070	54.76
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	6759	7.0	3	20277	61.45
416	Setticemia. eta' > 17	279	17.2	5	1395	4.227
417	Setticemia. eta' < 18	94	11.1	5	470	1.424
457	Ustioni estese senza intervento chirurgico	21	3	3	63	0.191
458	Ustioni non estese con trapianto di pelle	153	22	10	1530	4.636
472	Ustioni estese con intervento chirurgico	4	13.3	6	24	0.073
475	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	560	18.0	8	4480	13.58
480	Trapianto di fegato	88	29.1	10	880	2.667
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali. laringei o faringei	465	55.2	10	4650	14.09
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	18	23.6	10	180	0.545



485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti	133	31.5	10	1330	4.02
486	Altri interventi chirurgici Per traumasmi multipli rilevanti	143	22.2	10	1430	4.333
487	Altri Traumasmi multipli rilevanti	510	9.8	5	2550	7.727
491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	42	24.4	10	420	1.273
*	Altri DRG	744958	8.6	0.005	3724.79	11.29
*	Totale	874383	8.6	0.03	422742.79	1281

Le elaborazioni sono basate su dati S.I.O. - OER e si riferiscono alle dimissioni 1996, la degenza media attesa in subintensiva è stata definita per ogni DRG tenendo conto della degenza media totale (DM Tot), della degenza intensiva e di prassi cliniche consolidate, in molti casi validate da linee guida nazionali e internazionali.

Nel calcolo dei posti letto è stata considerata un'occupazione media del 90%

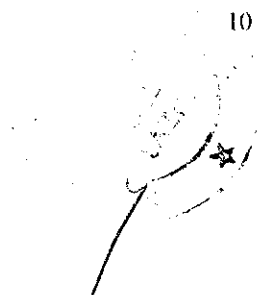
Nel caso dei trattamenti intensivi e subintensivi l'analisi delle dimissioni ospedaliere può essere considerata utile a fornire un quadro del bisogno assistenziale presupponendo una traduzione pressochè totale del bisogno in domanda espressa. Questo assunto si basa sulla minore discrezionalità del ricovero ospedaliero e sulla sua presunta totale accessibilità nelle condizioni di maggiore severità e urgenza.

La distribuzione geografica della domanda di assistenza intensiva e subintensiva per le principali patologie in grado di beneficiare di questa forma di trattamento non presenta variazioni particolarmente rilevanti tra le diverse aree territoriali della Regione, fatta eccezione per alcune procedure chirurgiche impegnative, in particolare le procedure di rivascolarizzazione coronarica, in cui la domanda sembra almeno in parte condizionata dall'offerta concentrandosi nel comune di Roma.

2. La situazione attuale dell'offerta

L'articolazione attuale dell'offerta risponde solo in parte alla domanda di assistenza intensiva mentre risulta scarsamente rappresentata l'offerta di assistenza subintensiva che anche quando è presente non si configura come struttura funzionalmente autonoma. L'offerta intensiva inoltre appare spesso distorta nel tipo di pazienti trattati e nelle modalità di utilizzo delle risorse disponibili, molti pazienti trascorrono in terapia intensiva l'intero periodo di degenza ospedaliera, molti sono dimessi dalla terapia intensiva quando inizialmente ricoverati in altri reparti e molti che dovrebbero essere sottoposti ad assistenza intensiva dall'esordio della malattia sono ricoverati nelle terapie intensive solo al sopravvenire di complicanze. In particolare per i primi 3 mesi del 1996:

- oltre la metà (56.2%) degli accessi ai reparti di terapia intensiva non proviene dall'esterno ma da altri reparti dello stesso istituto. La capacità ricettiva nei confronti delle emergenze è quindi



cu

H

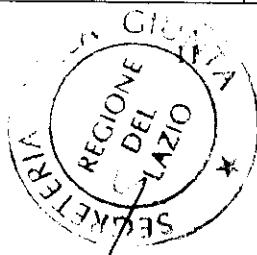
- sensibilmente inferiore al numero di posti letto
- il 20% dei pazienti che sono ammessi in terapia intensiva sono dimessi direttamente al domicilio e rimangono quindi degenti in reparto di terapia intensiva anche dopo avere superato la fase di acuzie. In molti di questi casi la degenza in terapia intensiva si protrae molto a lungo (fino a 25 gg di degenza media nel caso di pazienti ammessi alla terapia intensiva come trasferimento da altri reparti dello stesso istituto)
 - l'occupazione media dei reparti nel trimestre considerato è stata superiore al 100%. Questo dato rivela una disponibilità di posti letto non adeguata, almeno all'uso che ne viene fatto, e dimostra nello stesso tempo la possibilità di un uso elastico dei posti letto nonostante i vincoli di risorse impiegate che sono tipici di un letto di terapia intensiva. Evidentemente almeno una quota di questi letti viene utilizzata come letti di ricovero ordinario
 - la sommaria descrizione delle diagnosi di dimissione e della mortalità collegata dimostra l'ampio uso dei reparti di terapia intensiva per il trattamento di pazienti con affezioni respiratorie croniche (la patologia respiratoria rappresenta circa il 20% delle diagnosi di dimissione) ed evidenzia una quota rilevante di pazienti con patologie riferibili al sistema nervoso centrale di origine cerebrovascolare per la mancanza di aree di degenza subintensiva dedicate

In alcuni casi infine reparti di terapia intensiva sono inseriti in strutture ospedaliere di ridotta complessità e capacità assistenziale talvolta addirittura sprovviste di P.S.

La situazione attuale dell'offerta di terapia intensiva è riepilogata nella tabelle 2.I. Non esistono dati sulla consistenza delle strutture subintensive per valutare l'attività delle quali saranno introdotte opportune integrazioni al Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). Informazioni sulla attività delle strutture subintensive raccolti attraverso il SIO saranno comunicati alla Commissione sanità del Consiglio Regionale entro 1 anno

2.I Posti letto di T.I. per ospedale e tipo di terapia intensiva

codice	azienda	Denominazione	tipo	P.L. terint	P.L. UTIC	P.L. terint. neon.	tot. P.I. intensivi
120027	101	S.Giacomo	DEA1	8			8
120037	101	Nuovo R.Margherita	P.S.	5		6	11
120072	101	S.G.C. Fatebenefratelli	DEA1	5	2		7
120079	101	Villa Domelia	0	4			4
120165	102	Policlinico Casilino	P.S.			4	4
120267	102	Sandro Pertini	DEA1	8	6		14
120132	102	Guarnieri	0	10			10
120058	103	C.T.O.	DEA2	8			8
120066	103	S.Eugenio	DEA2	12	7	2	21



120076	103	Vannini Figlie S. Camillo	DEA1	8			8
120089	103	Nuova Clinica Latina	0	2			0
120061	104	G.B. Grassi	DEA1	6			6
120171	104	Citta di Roma	0	13		12	25
120026	105	S. Spirito	DEA1	6	6		12
120071	105	S. Pietro FBF	DEA1	8	8	8	24
120074	105	Cristo Re	P.S.	4			4
120180	105	Aurelia Hospital	P.S.	18		6	24
120045	106	Civitavecchia	DEA1	6			6
120046	107	Colleferro	P.S.	4		5	9
120052	107	Subiaco	P.S.	3			3
120053	107	Tivoli	DEA1	6			6
120044	108	Albano	P.S.		5		5
120043	108	Anzio-Nettuno	DEA1	3	5		8
120082	108	Villa delle querce	0	12			12
120003	109	Civitacastellana	P.S.	2			2
120004	109	Montefiascone	P.S.	4			4
120271	109	Viterbo	DEA1	5	6	3	14
120019	110	Rieti	DEA1	8	4		12
120022	110	Amatrice	P.S.	2			2
120200	111	Latina	DEA1	6	6		12
120205	111	Fondi	P.S.	4			4
120206	111	Formia	DEA1		8		8
120208	111	Gaeta	P.S.	6			6
120216	112	Frosinone	DEA1	6	4		10
120217	112	Alatri	P.S.	2			2

120221	112	Ceccato	P.S.		4		4
120228	112	Cassino	DEA1	4			4
120901	901	S.Camillo	DEA2	31	9		40
120902	902	S.Giovanni	DEA2	10	20	6	36
120903	903	S.Filippo Neri	DEA2	8	4	2	14
120904	904	Bambino Gesù	DEA 2	25		19	44
120905	905	Policlinico Gemelli	DEA2	18	8	8	34
120906	906	Umberto I	DEA2	14	17	8	39
120908	908	Istituto Regina Elena	0	5			5
120915	915	Campus biomedico	0	6	4		10
		Totale		325	133	89	545

La tabella è stata elaborata sui dati del Rapporto RAD 96.

In conclusione le caratteristiche dell'offerta appaiono fortemente squilibrate per tipo ed ubicazione. Aree rilevanti della domanda di terapia intensiva appaiono parzialmente o totalmente insoddisfatte mentre la terapia intensiva finisce per destinare una quota rilevante delle sue risorse a forme di assistenza subintensiva o addirittura di ricovero ordinario. Il modello esistente sembra in definitiva offrire una risposta almeno parzialmente inadeguata ad una domanda largamente impropria per livello di intensità e tipologia clinica.

3. Il modello organizzativo

1. Compiti

L'offerta di assistenza intensiva e subintensiva deve essere riorganizzata sulla base della domanda e deve trovare forme efficaci di integrazione con modalità di ricovero ad elevata intensità assistenziale nelle fasi subacute e croniche della malattia.

L'assistenza intensiva e subintensiva deve inoltre prevedere modalità coordinate di erogazione nell'azienda e nella regione con la definizione di livelli diversi di capacità assistenziale che coincidano con l'organizzazione dei servizi di emergenza ospedaliera

a. L'Azienda Sanitaria territoriale

In ciascuna azienda territoriale il sistema dell'assistenza intensiva e subintensiva deve essere organizzato in modo tale da assicurare:

- L'assistenza intensiva e subintensiva in fase di acuzie a tutti i pazienti che non richiedano

Handwritten signatures and a stamp are present at the bottom of the page, including a circular stamp with illegible text and several handwritten initials.

assistenza di alta specialità o altre specifiche forme di assistenza per le quali sono previsti livelli di riferimento sovraziendali

- Il riferimento alle strutture appropriate di riferimento per l'assistenza intensiva e subintensiva di livello sovraziendale
- Il trasferimento alle strutture regionali di lungodegenza intensiva per i pazienti che richiedano un'elevata intensità assistenziale anche dopo il superamento della fase di acuzie ed immediata postacuzie

In linea di massima, in ciascuna azienda territoriale, le attività intensive devono essere concentrate nelle strutture sede di DEA di I livello mentre le strutture subintensive devono essere distribuite anche nelle altre strutture di trattamento dei pazienti acuti

Le attività di assistenza intensiva devono essere strettamente coordinate in ciascuna azienda con:

- le attività di emergenza-urgenza
- le attività di assistenza programmata a pazienti critici

In questa prospettiva le attività di assistenza subintensiva delle strutture ospedaliere sprovviste di DEA si devono integrare con quelle del DEA di I livello

Il Dipartimento aziendale per l'Emergenza assume la responsabilità del coordinamento tra le aree di assistenza intensiva e subintensiva e le aree di emergenza dei differenti presidi ospedalieri, il Dipartimento Aziendale per l'Emergenza coordina inoltre l'attività di emergenza di assistenza intensiva e di assistenza subintensiva delle strutture aziendali con quelle delle strutture sovraziendali.

b. Le Aziende Ospedaliere e i DEA di II livello

Le strutture sede dei DEA di II livello assicurano:

- tutte le forme di assistenza intensiva e subintensiva dei livelli inferiori di cure.
- l'assistenza intensiva e subintensiva per le alte specialità che operano al loro interno
- il riferimento per l'assistenza intensiva di alta specialità agli ospedali territorialmente afferenti.
- l'assistenza tecnica alle strutture afferenti su casi critici di particolare complessità.

Le modalità specifiche di erogazione dell'assistenza intensiva nei DEA di II livello sono definite dalla singola struttura

c. La lungodegenza intensiva

L'assistenza intensiva di lungodegenza è affidata a strutture specifiche identificate nel piano delle attività di riabilitazione.

d. Assistenza intensiva in strutture non comprese nella rete dell'emergenza

Forme di assistenza intensiva e subintensiva devono essere fornite anche da alcune strutture non dedicate all'emergenza, date le particolari caratteristiche della loro attività, in particolare:

- Istituto Regina Elena
- European Hospital, per le attività di cardiocirurgia

2. Attività per livello di cure

Il modello generale di riorganizzazione delle attività di assistenza intensiva e subintensiva può essere riepilogato secondo lo schema seguente:



Qu

K

- a. Ospedali per acuti non sede di P.S.
- Area di sorveglianza subintensiva polivalente corrispondente alla tipologia dei pazienti trattati, in particolare postoperatoria se svolgono attività chirurgica, cardiologica o pneumologica se svolgono anche queste attività
- b. Ospedali per acuti con P.S.
- Area subintensiva di breve osservazione collegata alle attività di P.S.
 - Area di sorveglianza subintensiva corrispondente alla tipologia dei pazienti trattati, in particolare postoperatoria se svolgono attività chirurgica, cardiologica o pneumologica se svolgono anche queste attività
- c. Ospedali sede di DEA I
- Area subintensiva di breve osservazione
 - Area di sorveglianza subintensiva postoperatoria
 - Area subintensiva polivalente con UTN
 - Area subintensiva neonatale (se II livello perinatale)
 - Area intensiva neonatale (se III livello perinatale)
 - UTIC
 - Area intensiva polivalente
- d. Ospedali sede di DEA II
- Area subintensiva di breve osservazione
 - Area di sorveglianza subintensiva postoperatoria
 - Area subintensiva polivalente
 - Area subintensiva neonatale (se II livello perinatale)
 - Area intensiva neonatale (se III livello perinatale)
 - UTN (anche come reparto autonomo)
 - UTIC
 - Area intensiva polivalente



Cur

R

- Area intensiva di specialità (per le specialità che ne abbiano la necessità)

e. Lungodegenza intensiva

- Strutture di lungodegenza ad alta intensità assistenziale (cfr. Piano Riabilitazione)

Nei casi per i quali l'attribuzione di livello dell'unità perinatale non coincida con il livello DEA le caratteristiche dell'assistenza neonatale si riferiscono al livello corrispondente di cure.

3. Caratteristiche operative

Per quanto riguarda le caratteristiche operative dei reparti di terapia intensiva e subintensiva, si rinvia a successivi atti regionali la definizione puntuale dei requisiti anche in relazione alle procedure di accreditamento. Nella definizione dei requisiti si terrà conto del profilo funzionale del presidio di ubicazione.

4. Quadro riepilogativo

Dal punto di vista della organizzazione generale del sistema le funzioni sono così ripartite

a. Livello regionale

- piano
- allocazione delle risorse per investimenti e esercizio
- descrizione e valutazione a livello regionale
- elaborazione di linee guida

b. Azienda Sanitaria

- coordinamento interno
- funzione di allocazione delle risorse per area di erogazione
- funzione di descrizione e valutazione a livello aziendale
- funzione di elaborazione di protocolli aziendali
- gestione dei rapporti esterni

c. Area di erogazione ospedaliera

- funzione di coordinamento delle attività ospedaliere di emergenza-urgenza e delle attività di assistenza intensiva e subintensiva
- funzione di erogazione delle prestazioni a pazienti ospedalizzati
- funzione di gestione delle risorse attribuite
- funzione di elaborazione di protocolli di trattamento individuali

4. **Adeguamento dell'offerta**

In base alle considerazioni esposte è possibile definire i termini di un adeguamento dell'offerta di assistenza intensiva e subintensiva, che corrisponda all'analisi dei bisogni, identificando interventi di espansione o di riduzione realizzabili in un triennio, nei DEA di 1 livello (tabella 4.I), nelle strutture aziendali e/o sede di DEA di 2 livello (tabella 4.II) e nel complesso del sistema



Qu

R

tenendo conto anche delle altre strutture (tabella 4.III)

tabella 4.I Distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva nelle strutture sede di DEA di 1 livello - Obiettivo di piano per il triennio

cod.	az.	Denominazione	tipo	P.L. terint	P.L. UTIC	P.L. terint neon	totale P.L. intens	subint	subin neon	tot subint
120027	101	S.Giacomo	DEA1	8	4		12	20		20
120072	101	S.G.C. Fatebenefratelli	DEA1	8	4	4	16	20	8	28
120267	102	Sandro Pertini *	DEA1	10	6	4	20	25	8	33
120076	103	Vannini Figlie S.Camillo	DEA1	6	4		10	20		20
120061	104	G.B.Grassi	DEA1	8	6		14	25		25
120026	105	S.Spirito	DEA1	8	6		14	20		20
120071	105	S.Pietro FBF	DEA1	8	8	4	20	25	8	33
120045	106	Civitavecchia	DEA1	6	4		10	20		20
120053	107	Tivoli	DEA1	10	6		16	25		25
120043	108	Anzio-Nettuno	DEA1	8	6		14	25		25
120054	108	Civile di Velletri	DEA1	8	6		14	25		25
120271	109	Viterbo	DEA1	10	6	3	19	30	6	36
120019	110	Rieti	DEA1	8	4		12	25		25
120200	111	Latina	DEA1	12	6	4	22	30	8	38
120206	111	Formia	DEA1	6	8	2	16	20	4	24
120216	112	Frosinone	DEA1	12	6	5	23	30	10	40
120228	112	Cassino **	DEA1	6	4		10	20		20
		Totale		142	94	26	248	380	52	457

* del complesso ospedaliero S.Pertini-Policlinico Casilino, tenendo conto della attuale distribuzione, ma anche degli obiettivi di riorganizzazione dei due presidi

** del presidio ospedaliero Cassino-Pomecorvo con centro di riferimento per l'emergenza a Cassino

tabella 4.II Distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva nelle strutture sede di DEA di 2 livello e strutture ospedaliere aziendalizzate - obiettivo di piano per il triennio

cod.	az.	Denominazione	tipo	P.L. terint	P.L. UTIC	P.L. terint neon	totale P.L. intens	subint	subin neon	tot subint
120066	103	S.Eugenio/CTO	DEA2	24	7	4	35	60	8	68
120901	901	S.Camillo	DEA2	31	15	6	52	100	12	112
120902	902	S.Giovanni	DEA2	20	20	6	46	60	12	72
120903	903	S.Filippo Neri	DEA2	20	10		30	50		50
120904	904	Bambino Gesù	DEA2	25		6	31	60	12	72
120905	905	Policlinico Gemelli	DEA2	30	15	6	51	100	12	112
120906	906	Umberto I	DEA2	35	17	8	60	100	16	116
120908	908	Istituto Regina Elena	0	5			5	10		10
120915	915	Campus biomedico	0	6	4		10	20		20
120173	918	Europ.II/T.Vergata	0	4	4		8	8		8
		Totale		176	85	32	293	508	64	572

tabella 4.III Riepilogo della distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere del Lazio - obiettivo di piano per il triennio

Denominazione	P.L. terint	P.L. UTIC	P.L. terint neon	totale P.L. intens	subint	subin neon	tot subint
DEA 2°	176	85	32	293	508	64	572
DEA 1°	134	88	26	248	380	52	432
Altri con P.S.					200		
Altri senza P.S.					100		
Totale	310	173	58	541	1188	116	1304

Il piano complessivo di adeguamento dell'offerta comporta un'ampia trasformazione delle strutture esistenti che si traduce in particolare in:

- creazione di P.L. di terapia subintensiva, compresa la subintensiva neonatale
- creazione di P.L. di terapia intensiva nelle strutture proprie per livello assistenziale
- eliminazione di P.L. di terapia intensiva nelle strutture non appropriate per questo livello di cure



bu

sc

- riconoscimento come area subintensiva polivalente, con eventuali competenze specialistiche di aree di degenza attualmente definite di terapia intensiva nelle strutture non appropriate a questo livello di cure
- integrazione dei reparti di terapia intensiva con quelli di terapia subintensiva
- creazione di una rete territoriale integrata delle terapie intensive che comprenda anche le strutture di assistenza intensiva in lungodegenza

In questa prospettiva tutte le strutture dotate di posti letto per acuti dovranno dotarsi di un'area subintensiva secondo i criteri specificati nel piano.

I modi, i tempi e le procedure che devono guidare la riconversione e la trasformazione delle strutture esistenti dovranno essere definiti e modulati a livello aziendale con la possibilità di riconsiderare i termini quantitativi di alcuni degli obiettivi proposti.

5. Criteri e indicatori di processo per la valutazione del grado di realizzazione del piano

Si prevede un periodo di tre anni per il raggiungimento degli obiettivi del piano, eventualmente modificati in base alle analisi di processo e di risultato.

La prima analisi di processo verrà condotta utilizzando gli indicatori di seguito descritti a 6 mesi dall'entrata in funzione del piano, analisi successive verranno effettuate a 12, 24 e 36 mesi dall'entrata in funzione del piano. In ogni caso, al di là di aggiustamenti introdotti negli obiettivi sulla base delle analisi di processo, una analisi dei risultati del piano verrà condotta dopo 36 mesi insieme all'analisi di processo. Le analisi a tre anni saranno utilizzate per una revisione complessiva del piano che ridefinisca anche le dimensioni del bisogno e le caratteristiche della domanda. L'offerta complessiva di P.L. di terapia intensiva proposta come obiettivo triennale tiene conto della ricerca di una maggiore appropriatezza nell'uso di questa risorsa e della creazione congiunta di P.L. di terapia subintensiva che dovrebbe facilitare questa maggiore appropriatezza.

L'analisi di processo si baserà sui seguenti indicatori

a. Indicatori di adeguamento strutturale

- P.L. di terapia intensiva e subintensiva in ospedali propri per livello assistenziale sul totale dei P.L. di intensiva e subintensiva
- P.L. di terapia intensiva e subintensiva sul totale dei posti letto per struttura

b. Indicatori di adeguamento funzionale

- Pazienti dimessi a domicilio da reparti di terapia intensiva o subintensiva/pazienti ricoverati in terapia intensiva o subintensiva
- Pazienti trasferiti in subintensiva /pazienti ricoverati in intensiva
- Pazienti trasferiti in altri reparti /pazienti ricoverati in intensiva
- Pazienti trasferiti in altri reparti /pazienti ricoverati in subintensiva
- Pazienti ricoverati in intensiva o subintensiva da P.S/pazienti ricoverati in intensiva o subintensiva
- Pazienti trasferiti in intensiva da altri reparti /pazienti ricoverati in intensiva

Variazioni degli indicatori potranno essere introdotte sulla base della disponibilità di informazioni sulle prestazioni



Or

te

6. Modalità di revisione del piano sulla base della valutazione di processo e della valutazione di efficacia.

Gli strumenti informativi di routine attualmente disponibili si prestano solo parzialmente a generare indicatori affidabili e ripetibili di appropriatezza e di efficacia dell'assistenza intensiva, la valutazione di efficacia si dovrà perciò basare sulla integrazione tra indicatori tratti dai sistemi informativi sulle prestazioni e dati ricavati da indagini specifiche.

- a. Indicatori da sistemi informativi
 - Mortalità intraospedaliera aggiustata per case-mix dei pazienti ricoverati in terapia intensiva o subintensiva
 - Mortalità intraospedaliera aggiustata per case-mix dei pazienti ricoverati sia in terapia intensiva che subintensiva
 - Accessi ripetuti in terapia intensiva o subintensiva nel corso dello stesso ricovero/ accessi in terapia intensiva o subintensiva
- b. Indicatori da indagini specifiche
 - Proporzioni di ricoveri appropriati sul totale dei ricoveri in terapia intensiva o subintensiva
 - Proporzioni di trasferimenti appropriati sul totale dei trasferimenti
 - Giornate di degenza appropriate per paziente sul totale delle giornate di degenza del reparto

La osservazione di usi inappropriati o di scarsa efficacia terapeutica del ricovero in terapia intensiva verrà utilizzata per:

- rimodulare le caratteristiche dell'offerta
- individuare la necessità di linee guida e protocolli operativi
- riconsiderare l'assetto complessivo del piano

La revisione del piano sarà condotta al termine del triennio tenendo conto della relazione esistente tra indicatori di processo e indicatori di efficacia attraverso l'analisi comparata di erogatori diversi con livelli differenti di adeguamento al modello organizzativo proposto. L'obiettivo della revisione sarà quello di determinare da un lato il livello di adeguamento dell'offerta all'assetto organizzativo proposto e dall'altro verificare l'esistenza di una relazione positiva tra livello di adeguamento ed efficacia delle cure, individuando gli elementi critici sia del processo di adeguamento che del rapporto tra modello organizzativo e risultati.

L'esito di questa revisione sarà rappresentato da un aggiornamento del piano con la definizione di nuovi obiettivi di medio periodo.