



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LIII (2022-2025)

Presidente: Prof. Franca Locatelli

Sezione I

**Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca,
sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN**

Presidente: Prof. Paolo Vineis

Segretario tecnico: Dr. Stefano Mariconi

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

Coordinatore: Prof. V. Marco Ranieri

Vice-coordinatori: Prof. Luca Richeldi

Il **DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34¹** ha introdotto un incremento “strutturale” dei posti letto di terapia intensiva di almeno 3500 posti letto tale da raggiungere a regime una dotazione pari a 14 posti letto ogni 100.000 abitanti. A questi si aggiungono 4225 posti letto di terapia semi-intensiva derivanti dalla riqualificazione di posti letto di area medica, di cui il 50% trasformabili in postazioni di terapia intensiva.

Superato il quadro emergenziale legato alla pandemia di Covid-19, la implementazione di tale programma di aumento dei posti letto di terapia intensiva e di terapia semi-intensiva nei diversi Servizi Sanitari Regionali ha posto problemi di **appropriatezza e sostenibilità**.

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

Al fine di contribuire alla risoluzione di tali problemi, la Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità ha ritenuto opportuno sviluppare una proposta di **meta-modello** organizzativo col fine di assicurare uniformi livelli essenziali di assistenza in area critica, individuando un percorso di composizione dei divari regionali, la cui riduzione rappresenta, peraltro, l'obiettivo principale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In particolare, le principali finalità di questa proposta sono:

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

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

Questo gruppo di lavoro propone il superamento della dicotomia tra “terapia intensiva” e “terapia semi-intensiva” prevista dal DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 per realizzare la loro convergenza in un’unica struttura organizzativa di **AREA CRITICA**, definita come *“sistema organizzato per erogare le cure necessarie a pazienti in condizioni di diversa criticità, attraverso assistenza medica ed infermieristica con capacità di modulare il monitoraggio e le molteplici modalità di supporto delle insufficienze d’organo”*. Tale entità organizzativa comprende i posti letto identificati dai codici 049 (terapia intensiva) e 094 (terapia sub-intensiva).

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

COMPETENZE	Le competenze mediche del livello 3 sono esclusive dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.
	Le competenze mediche dei livelli 1 e 2 saranno reperite tra diverse discipline mediche (Anestesia e Rianimazione, Pneumologia, Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, ecc.).
	Le competenze mediche relative ai pazienti chirurgici trattabili nell'immediato post-operatorio nell'ambito dei livelli 1 e 2 sono esclusive dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.
FORMAZIONE	Per i medici coinvolti nella gestione di livelli 1 e 2 non specialisti in Anestesia e Rianimazione o non specialisti in Pneumologia o Medicina d'Urgenza, è raccomandato un percorso formativo (anche attraverso periodi di frequenza presso strutture di livello 3) che sia adeguato alle tematiche della terapia intensiva inerenti alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità e documentabile come segue: a) Master di I o II Livello sui temi dell'Area Critica; b) Periodo di frequenza di strutture di 2 o 3 Livello per almeno sei mesi, attestato dal Responsabile della struttura o Direttore del Dipartimento; c) Aver prestato servizio presso una struttura di Livello 1 per un periodo di almeno due anni negli ultimi cinque anni, attestato dal Responsabile della struttura o Direttore del Dipartimento.
	È auspicabile che tutte le Scuole di Specializzazione di area medica potenzialmente coinvolte nella gestione di pazienti nei livelli 1 e 2 adeguino eventualmente il proprio percorso formativo al fine di includere le competenze necessarie alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità nel percorso formativo della Scuola.
	Il personale infermieristico dell'Area Critica deve aver seguito un percorso formativo post-laurea specifico (Master di I livello in Area Critica) ovvero possedere l'attestazione di aver prestato servizio per almeno un anno in Area Critica.
ORGANIZZAZIONE	Il governo clinico dell'Area Critica e la distribuzione delle risorse professionali e tecnologiche dovranno essere regolati sulla base di flussi informativi inerenti alla tipologia della richiesta assistenziale e della disponibilità delle risorse in termini di posti letto, personale medico e delle professioni sanitarie.
	Dovranno essere implementati sistemi di rilevazioni dei flussi informativi che siano omogenei e coerenti a tutti i livelli di intensità di cura dell'Area Critica al fine di assicurare la disponibilità delle informazioni necessarie utili all'uso appropriato delle risorse (gravità e complessità dei pazienti ammessi; giornate di degenza; disponibilità di posti letto; uso delle risorse umane e tecnologiche, ecc.).
	Introduzione di tutti gli strumenti organizzativi (round multidisciplinari) e tecnologici (teleassistenza) utili a favorire la gestione multidisciplinare dei pazienti.
	Per facilitare i percorsi di entrata e uscita dell'Area Critica, specie per tutte le patologie croniche in fase di acuzie e per quelle che comportano esiti invalidanti, dovrebbero essere individuate Aree Funzionali per i livelli 1-2 (ad es. respiratoria, renale, cardiovascolare, neurologica etc.) con l'obiettivo di: (a) svolgere il ruolo di "cerniera" in fase acuta verso il livello 3 dell'Area Critica (<i>step-up</i>) e verso le degenze ordinarie (<i>step-down</i>). (b) costituire un "volano strategico" per la dimissione sul territorio di pazienti cronicamente critici (ad es. ventilatore dipendenti) attraverso la identificazione del caregiver, del setting domiciliare o di RSA o di Aree di Cure Palliative/Hospice (pazienti con limitazioni di cure/fine vita) o di Area Riabilitativa post critica.
	Le terapie intensive "specialistiche" (cardiochirurgiche, neuro-intensive, dei trapianti) a gestione anestesiológica saranno inserite nei livelli di intensità 2 o 3.
	Le unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e le stroke unit a gestione cardiologica e neurologica saranno inserite nel livello di intensità 1.

COMPETENZE

Le competenze mediche del livello 3 sono esclusive dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

Le competenze mediche dei livelli 1 e 2 saranno reperite tra diverse discipline mediche (Anestesia e Rianimazione, Pneumologia, Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, ecc.).

Le competenze mediche relative ai pazienti chirurgici trattabili nell'immediato post-operatorio nell'ambito dei livelli 1 e 2 sono esclusive dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

FORMAZIONE

Per i medici coinvolti nella gestione di livelli 1 e 2 non specialisti in Anestesia e Rianimazione o non specialisti in Pneumologia o Medicina d'Urgenza, è raccomandato un percorso formativo (anche attraverso periodi di frequenza presso strutture di livello 3) che sia adeguato alle tematiche della terapia intensiva inerenti alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità e documentabile come segue:

- a) Master di I o II Livello sui temi dell'Area Critica;
- b) Periodo di frequenza di strutture di 2 o 3 Livello per almeno sei mesi, attestato dal Responsabile della struttura o Direttore del Dipartimento;
- c) Aver prestato servizio presso una struttura di Livello 1 per un periodo di almeno due anni negli ultimi cinque anni, attestato dal Responsabile della struttura o Direttore del Dipartimento.

È auspicabile che tutte le Scuole di Specializzazione di area medica potenzialmente coinvolte nella gestione di pazienti nei livelli 1 e 2 adeguino eventualmente il proprio percorso formativo al fine di includere le competenze necessarie alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità nel percorso formativo della Scuola.

Il personale infermieristico dell'Area Critica deve aver seguito un percorso formativo post-laurea specifico (Master di I livello in Area Critica) ovvero possedere l'attestazione di aver prestato servizio per almeno un anno in Area Critica.

ORGANIZZAZIONE

Il governo clinico dell'Area Critica e la distribuzione delle risorse professionali e tecnologiche dovranno essere regolati sulla base di flussi informativi inerenti alla tipologia della richiesta assistenziale e della disponibilità delle risorse in termini di posti letto, personale medico e delle professioni sanitarie.

Dovranno essere implementati sistemi di rilevazioni dei flussi informativi che siano omogeni e coerenti a tutti i livelli di intensità di cura dell'Area Critica al fine di assicurare la disponibilità delle informazioni necessarie utili all'uso appropriato delle risorse (gravità e complessità dei pazienti ammessi; giornate di degenza; disponibilità di posti letto; uso delle risorse umane e tecnologiche, ecc.).

Introduzione di tutti gli strumenti organizzativi (round multidisciplinari) e tecnologici (teleassistenza) utili a favorire la gestione multidisciplinare dei pazienti.

Per facilitare i percorsi di entrata e uscita dell'Area Critica, specie per tutte le patologie croniche in fase di acuzie e per quelle che comportano esiti invalidanti, dovrebbero essere individuate Aree Funzionali per i livelli 1-2 (ad es. respiratoria, renale, cardiovascolare, neurologica etc.) con l'obiettivo di:

- (a) svolgere il ruolo di "cerniera" in fase acuta verso il livello 3 dell'Area Critica (*step-up*) e verso le degenze ordinarie (*step-down*).
- (b) costituire un "volano strategico" per la dimissione sul territorio di pazienti cronicamente critici (ad es. ventilatore dipendenti) attraverso la identificazione del caregiver, del setting domiciliare o di RSA o di Aree di Cure Palliative/Hospice (pazienti con limitazioni di cure/fine vita) o di Area Riabilitativa post critica.

Le terapie intensive "specialistiche" (cardiochirurgiche, neuro-intensive, dei trapianti) a gestione anestesiologicala saranno inserite nei livelli di intensità 2 o 3.

Le unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e le stroke unit a gestione cardiologica e neurologica saranno inserite nel livello di intensità 1.

Coordinamento Clinico-Organizzativo dell'Area Critica (CCO-AC)

struttura organizzativa orizzontale, che svolga le seguenti funzioni:

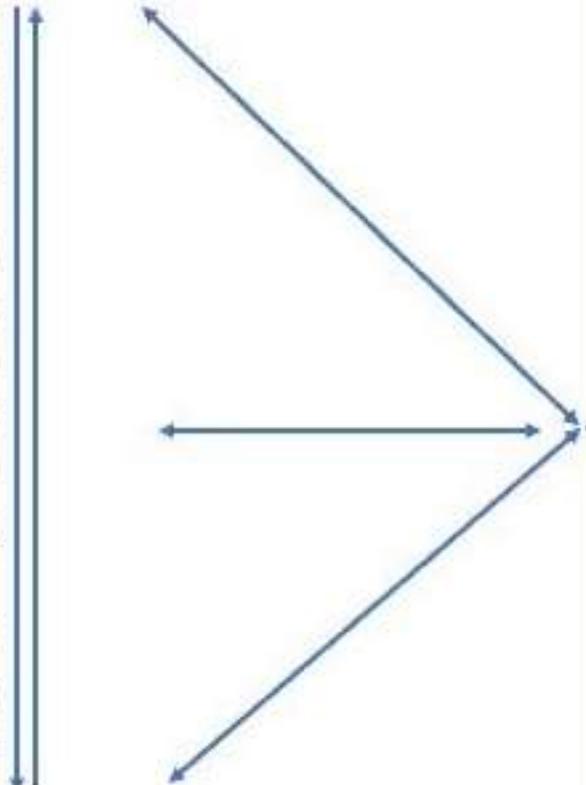
- a) rendere disponibili in modo efficiente ed appropriato le infrastrutture (spazi fisici, impianti di base e posti letto) e le tecnologie sanitarie per fornire assistenza ai pazienti nella fase più critica del percorso salute-malattia-salute in modo adeguato e proporzionale alle necessità;
- b) implementare la sinergia, l'integrazione ed il coordinamento di tutte le figure professionali necessarie ad apportare le competenze indispensabili per la gestione di tali pazienti;
- c) facilitare l'integrazione con le strutture e le competenze che sovrintendono alla gestione dei medesimi pazienti nei livelli più bassi di intensità assistenziale;
- d) assumere la responsabilità di analizzare il fabbisogno di formazione per l'aggiornamento professionale di tutti i profili coinvolti.

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DELL' AREA CRITICA

LIVELLO 1
BASSA INTENSITÀ:
paziente non in pericolo di vita che richiede stabilizzazione e supporto della disfunzione d'organo non grave

LIVELLO 2
MEDIA INTENSITÀ:
paziente in pericolo di vita che richiede supporto di base alla insufficienza d'organo

LIVELLO 3
ALTA INTENSITÀ:
paziente in pericolo di vita che richiede supporto avanzato



Competenze cliniche:

- NIV
- VENTILAZIONE INVASIVA
 - INFEZIONI
- TRATTAMENTI EXTRACORPOREI DEPURATIVI
 - NUTRIZIONE
- NEUROINTENSIVA
- ECMO/ECCO2R
- RIABILITAZIONE
 - IMAGING

servizi:

- LABORATORIO
- FARMACIA CLINICA
- TECHNOLOGY ASSESSMENT
- QUALITY ASSESSMENT DATA MANAGEMENT
- RICERCA E FORMAZIONE

Competenze organizzative:

- COORDINAMENTO CLINICO
- COORDINAMENTO INFERMIERISTICO
- ORGANIZZAZIONE/DIREZIONE SANITARIA

Il modello organizzativo dell'assistenza

Area Omogenea	MIN	Mediana	MAX		MIN	Mediana	MAX
	HUB	HUB	HUB		Spoke	Spoke	Spoke
MEDICA	205	255	335		175	220	380
CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
CRITICA	700		825		700		825
SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 3: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
MEDICA	75	90	105		60	65	90
CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
CRITICA	90		175		90		175
SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Tabella 4: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

Distribuzione della popolazione 2021 - Italia

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati /e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
0-4	2.216.510	0	0	0	1.138.845 51,4%	1.077.665 48,6%	2.216.510	3,7%
5-9	2.578.340	0	0	0	1.326.061 51,4%	1.252.279 48,6%	2.578.340	4,4%
10-14	2.841.695	0	0	0	1.463.873 51,5%	1.377.822 48,5%	2.841.695	4,8%
15-19	2.855.690	1.258	12	53	1.476.815 51,7%	1.380.198 48,3%	2.857.013	4,8%

Regioni	n. posti letto
LIGURIA	22
PIEMONTE	15
LOMBARDIA	46
FRIULI-VENEZIA GIULIA	6
VENETO	24
EMILIA-ROMAGNA	15
TOSCANA	22
MARCHE	10
LAZIO	58
CAMPANIA	21
PUGLIA	4
SICILIA	24
CALABRIA	6
TOTALE	273

Tabella 6: Posti terapia terapie intensive pediatriche italiane

SITUAZIONE ATTUALE

La survey eseguita dal Gruppo di lavoro (novembre 2022 - Tabella 4) ha evidenziato i seguenti dati:

- a. le terapie intensive pediatriche sono in numero insufficiente: 33 su tutto il territorio nazionale;
- b. i posti letto disponibili sono 273 (0,7 posti letto/20.000 pazienti pediatrici ≤ 14 anni).
- c. la distribuzione sul territorio nazionale è estremamente disomogenea con una maggior presenza al centro-nord
- d. 7 Regioni italiane ne sono completamente sprovviste: Valle d'Aosta, Trentino, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sardegna.

REQUISITI MINIMI:

1. Personale medico ed infermieristico con competenze in Ti pediatrica
2. Disponibilità di un numero di posti letto ≥ 8
3. Posto letto con ventilatore e monitoraggio completo (monitor – ecografia)
4. Disponibilità diagnostica radiologica (Rx – TC – RM) 24/7
5. Presenza di pronto soccorso pediatrico con shock room
6. Disponibilità chirurgo pediatrico 24/7

PROPOSTE OPERATIVE:

1. Incrementare i posti letto di Terapia Intensiva pediatrica per un numero totale di 382 (circa 100 posti in più di quelli attualmente disponibili)
2. Portare tutte le terapie intensive già esistenti ad un numero minimo di otto posti letto
3. Dotare ogni Regione di almeno una Terapia Intensiva Pediatrica che faccia da coordinamento clinico-organizzativo regionale per le emergenze pediatriche
4. Predisporre le nuove terapie intensive in modo strategico valutando la numerosità di popolazione e per sedi con competenze rianimatorie anestesiologicalhe pediatriche già presenti.
5. Promuovere la centralizzazione dei bambini in condizioni critiche in Terapie Intensive dedicate
6. Predisporre lo STEP (*Sistema di Trasporto in Emergenza Pediatrico*) per trasporto primario e secondario tempestivo e qualificato coordinato da una centrale unica regionale.
7. Predisporre reti regionali/interregionali per patologie tempo dipendenti (rete ECMO per insufficienza respiratoria / cardiaca; rete trauma severo; rete stroke; centro ustionati, stato di male epilettico; insufficienza epatica/renale acuta con necessità di tecniche depurative).

CONCLUSIONI E PROPOSTE DI POLICY

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

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

le proposte del documento sono riassunte nei seguenti punti:

1. Superamento della dicotomia tra *terapia intensive* e *terapia semi-intensive* con la creazione di un'unica struttura organizzativa definita "Area Critica" (AC), da intendersi come un "*sistema organizzato per erogare le cure necessarie a pazienti in condizioni di diversa criticità attraverso assistenza medica ed infermieristica con capacità di modulare il monitoraggio e le molteplici modalità di supporto delle insufficienze d'organo*".
2. L' Area Critica (AC) include tutte le diverse entità cliniche coinvolte nella gestione dei malati critici classificati per intensità di cura ed assistenziale, con un'indicazione dei livelli di intensità secondo una scala crescente da 1 (più basso) a 3 (più alto).

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

(a) assumere la responsabilità di rendere disponibili in modo efficiente ed appropriato le infrastrutture (spazi fisici, impianti di base e posti letto) e le tecnologie sanitarie per fornire assistenza ai pazienti nella fase più critica del percorso salute-malattia-salute;

(b) garantire l'integrazione e il coordinamento di tutte le figure professionali necessarie ad apportare le competenze indispensabili per la gestione di tali pazienti, facilitando l'integrazione con le strutture e le competenze che sovrintendono alla gestione dei medesimi pazienti nei livelli più bassi di intensità assistenziale;

(c) assumere la responsabilità di analizzare il fabbisogno di formazione per l'aggiornamento professionale di tutti i profili coinvolti.

4) Per l'ambito pediatrico si propone di incrementare di 100 posti la dotazione attuale nazionale per raggiungere il numero di circa 382 posti di terapia intensiva pediatrica (Livello 2 e 3). Tutte le terapie intensive già esistenti dovrebbero avere un numero minimo di otto posti letto e ogni Regione e Provincia Autonoma dovrebbe dotarsi di almeno una Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) che agisca da coordinamento clinico-organizzativo regionale per tutte le emergenze pediatriche.

5) *Competenze mediche:*

- Livelli 1 e 2 potranno essere reperite tra diverse discipline mediche (Anestesia e Rianimazione, Pneumologia, Medicina d'Urgenza, Medicina Interna, ecc.) fatta eccezione per i pazienti chirurgici trattabili nell'immediato post-operatorio (Livello 1-2) essendo, in tal caso, esclusiva dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione.
- Livello 3 è esclusivamente dei medici con specializzazione in Anestesia e Rianimazione

6) *Competenze infermieristiche:*

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

7) Percorsi formativi:

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

- a. adeguato alle tematiche della terapia Intensiva inerenti alla gestione dei pazienti di bassa e media intensità;
- b. documentabile (vedi tabella 2).

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



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità
Sezione I (2022-2025)
Presidente: Prof. Paolo Vineis

Sezione I

**Pianificazione di sistema ed economica, innovazione e ricerca,
sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN**

Presidente: Prof. Paolo Vineis

Coordinatore e Direttore Segreteria Amministrativa: Dr. Stefano Moriconi

Gruppo di lavoro

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

Prof. Vito Marco Ranieri Consigliere Sezione I CSS - Coordinatore GdL
Professore Ordinario di Anestesiologia, Dip.to di Scienze Mediche e Chirurgiche, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Prof. Luca Richeldi Consigliere Sezione I CSS - Co-coordinatore GdL
Professore Ordinario delle Malattie dell'Apparato Respiratorio e Direttore UOC Pneumologia, Dip.to Scienze Cardiovascolari Toraciche, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) - Past President Società italiana di Pneumologia (SIP/IRS)

Dr. Stefano Moriconi Segretario tecnico GdL
Coordinatore e Direttore Struttura tecnica di Segreteria della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità - Dirigente medico, Ministero della salute

Anestesiologia:

Prof. Massimo Antonelli
Professore Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione, Direttore Dip.to di Scienze dell'Emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma)

Dr. Matteo Di Nardo
Responsabile UO ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) e ECCO2R (ExtraCorporeal CO2 Removal), IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Dr. Sergio Livigni
Direttore Dip.to DEA ASL Città di Torino - Direttore SC Anestesia Rianimazione 2 Ospedale San Giovanni Bosco - Torino

Dr. Ferdinando Luca Lorini
Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza ASST Papa Giovanni XXIII e Area critica e Direttore UOC Anestesia e rianimazione 2, Ospedale di Bergamo

Prof. Antonio Pesenti
Professore Ordinario di Anestesiologia, Dip.To di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università di Milano statale.

Dr. Marco Piastra
Ricercatore e docente in Anestesiologia, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma)
Dip.to Scienze dell'emergenza, anestesiologiche e della rianimazione, UOC Terapia Intensiva Pediatrica e Trauma Center Pediatrico, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma)

Pneumologia:

Prof.ssa Paola Rogliani
Professore Ordinario delle Malattie dell'Apparato respiratorio, Dip.to di Medicina Sperimentale, Università di Roma "Tor Vergata", Direttore UOC Pneumologia, Dip.to di Emergenza e Accettazione, Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata (Roma).

Dr. Raffaele Scala
Direttore UOC Pneumologia e UTIF Ospedale S. Donato, Arezzo - Responsabile Area Pneumologica UII Toscana Sudest

Medicina d'urgenza:

Dr. Andrea Bellone
Già Direttore UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

Prof. Francesco Franceschi
Professore Associato in Medicina Interna e Geriatria - Direttore UOC Medicina D'urgenza e Pronto Soccorso Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma)

Dr. Francesco Rocco Pugliese
Direttore del Dip.to Emergenza Accettazione ASL Roma B - ASL DI RM/B

Medicina interna:

Prof. Mario Barbogallo Consigliere Sezione I CSS
Professore Ordinario di Medicina Interna e Geriatria - Direttore Scuola speciale Geriatria, Università di Palermo, Direttore Dip.to Patologie emergenti e continuità assistenziale - Direttore UOC Geriatria e lungodegenza A.O.U. Policlinico P. Giaccone, Palermo

Prof. Giorgio Sesti
Professore Ordinario di Medicina Interna, Università "La Sapienza" di Roma e Direttore UOC di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Sant'Andrea" di Roma, Presidente della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI)

Organizzazione sanitaria:

Dr. Anselmo Campagna
Direttore generale dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Dr. Enrico Desideri
Già Direttore generale Azienda USL Toscana Sud-Est
Presidente Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità

Dott. Dario Laquintana
Direttore UOC Direzione Professioni Sanitarie - Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Dott.ssa Laura Zoppini
Direttore della Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale dell'ASST Niguarda di Milano

Valutazione economica:

Prof. Francesco Longo Consigliere Sezione I CSS
Professore Associato in Management pubblico, Dip.to Analisi delle politiche e management Pubblico, Università Bicconi di Milano

Prof. Americo Ciuchetti
Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale, Dip.to di Scienze dell'economia e della gestione aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.
Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEM5)

Prof. Francesco Saverio Mennini
Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"
Presidente Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA)

IL COORDINATORE
Prof. Marco Vito Ranieri

IL CO-COORDINATORE
Prof. Luca Richeldi

IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE I
Dr. Stefano Moriconi

IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE I
Prof. Paolo Vineis