

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 novembre 2023, n. 1710

“Progetto di Riorganizzazione delle Unità Operative di Medicina Interna (novembre 2023)”, di cui alla proposta della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI). Presa d’atto della proposta del modello organizzativo ed Istituzione Tavolo tecnico

L’Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente del Servizio “Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR” e confermate dal Dirigente della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” riferisce.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all’art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss. mm. ii.; il D.Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- la legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, acquisita l’intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all’articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post- acuzie;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”;
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 “Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016, a parziale modifica e integrazione delle D.G.R. n. 161/2016 e n. 265/2016, con cui è stata adottata la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera, recependo anche alcune delle indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico D.M. n. 70/2015, nonché di approvazione del Protocollo Operativo “Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)” e della “Riorganizzazione della Rete dell’Emergenza Urgenza della Regione Puglia”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 53 del 23/01/2018 avente ad oggetto: “Approvazione - Regolamento regionale: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del agosto 2018, n. 6 della Rete di Radiologia interventistica;
- l’Accordo Stato – Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) avente ad oggetto: “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1275/2019 recante: “Adozione del R. R.: “Riordino ospedaliero

della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016- 2017”. Recepimento Accordo Stato Regioni del 1/08/2019 (Rep. Atti n. 143/CSR) ad oggetto: “Linee di indirizzo nazionali sull’Osservazione Breve Intensiva” e “Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”;

- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”, dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1215 del 31/07/2020, recante: “Approvazione definitiva del Regolamento regionale recante: Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- il Regolamento regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1415 del 09/08/2021 recante: “Aggiornamento della rete ospedaliera COVID. Presa d’atto pre – intese sottoscritte con le Case di Cura private accreditate. Definizione criteri ulteriori sviluppi della rete ospedaliera NO –COVID”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 315 del 07/03/2022 recante: “Analisi mobilità passiva – attività in regime di ricovero. Pianificazione attività di contenimento, ai sensi della scheda 4 del Patto della Salute 2019-2021”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 528 dell’11/04/2022 recante: “Approvazione schema di Regolamento recante: “Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015”. Prima attuazione della D.G.R. n. 1215/2020. Prima fase”.
- il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e, in particolare, l’articolo 5, che prevede l’individuazione delle malattie rare per le quali è riconosciuto il diritto all’esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate;
- la Missione 6 – Componente 2 – Investimento 2.1 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) in materia di valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale (SSN);
- la deliberazione di Giunta regionale 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la D.G.R. Puglia n. 1158 del 31/07/2015, recante “Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l’innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione”;
- la D.G.R. Puglia n. 1069 del 19/06/2018, avente ad oggetto “Attuazione dell’art. 2 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA - Approvazione dell’Atto Aziendale e presa d’atto del finanziamento della dotazione organica dell’Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia (A.Re.S.S.);
- la D.G.R. n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la D.G.R. del 03/07/2023 n. 938 del Registro delle Deliberazioni recante D.G.R. n. 302/2022 “Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”. Revisione degli allegati;
- la deliberazione di Giunta regionale del 7 marzo 2022 n. 302 recante “Valutazione di impatto di Genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14 dicembre 2022 avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”.
- il Decreto-legge 29 dicembre 2022 n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14 recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi” dell’ art. 4, commi 9 septies e 9 octies;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15 febbraio 2022 ad oggetto: “Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6”;

- la deliberazione di Giunta Regionale n. 688 dell'11 maggio 2022 avente ad oggetto "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022";
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 919 del 3 luglio 2023 recante "Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Approvazione schema di Regolamento recante: "Modifica del Regolamento regionale n. 14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015". Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018."

Premesso che:

- la riorganizzazione della Medicina Interna ha l'obiettivo di adeguare la funzione dell'Unità Operativa alle mutate necessità assistenziali ed alle sfide dei nuovi scenari epidemiologici. L'ultimo documento della Commissione Europea sullo stato di salute della UE se da un lato certifica che l'Italia si caratterizza per una popolazione con elevata speranza di vita alla nascita (83,1 anni), dall'altro ci dice che il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità hanno contribuito a un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni;
- la tradizionale concezione della Medicina Interna come specialità medica a bassa intensità di cura non risponde più alla realtà di reparti ospedalieri che accettano la grande maggioranza dei pazienti di area medica ricoverati per acuzie da Pronto Soccorso, con un elevato livello di complessità e carico assistenziale. Quindi, come già proposto in altre realtà europee, anche in Italia è necessario riorganizzare le aree mediche ospedaliere, valorizzando le competenze trasversali della medicina interna, che vanno da un'intensità di cura più elevata ad una valutazione integrata e più appropriata dei bisogni dei pazienti fragili e polipatologici.
- la necessità di tale riorganizzazione deriva anche dalle recenti disposizioni legislative emanate in seguito all'emergenza COVID-19: il decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, al comma 2 dell'art. 2(2), preso atto della situazione di carenza per fronteggiare la pandemia da COVID-19, ha posto la necessità di attivare in maniera strutturale un congruo numero di posti letto di area semi- intensiva (mediamente 7 PL ogni 100.000 abitanti) mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica. Proprio le Unità operative di Medicina interna si pongono come sede preferenziale di attivazione dei posti letto di terapia semintensiva, avendo gestito buona parte (60-70%) del versante ospedaliero dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19, organizzando anche aree sub-intensive di supporto alle unità di terapia intensive.

Atteso che:

- in Italia sono presenti 1.137 ospedali e 1.052 strutture complesse di Medicina Interna con un numero di posti letto di 28.989 pari al 15.3% di tutti i posti letto totali (188.451) e un numero di ricoveri annuali per acuti di 995.951 pari al 16.2% di tutti i ricoveri (6.139.586);
- ai sensi del citato DM n. 70/2015, le Medicine Interne sono pressoché ubiquitarie in tutti gli Ospedali Italiani rappresentando la specialità con il maggior numero di ricoveri e posti letto;
- durante la pandemia da COVID-19 si è avvertita fortemente la necessità di avere negli ospedali la presenza di aree assistenziali di tipo semintensivo, destinate all'assistenza dei pazienti che richiedono un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati, ma generalmente non necessitano di interventi e monitoraggio invasivo, quali quelli tipici delle U.O. di rianimazione;
- la particolare complessità e cronicità delle problematiche di salute di un numero sempre maggiore di pazienti, anziani e polipatologici, crea difficoltà al momento della dimissione, in quanto, superata la fase acuta della malattia che ha causato il ricovero, molti pazienti necessitano ancora di cure e trattamenti in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza e le preesistenti patologie croniche, aggravatesi per effetto dell'evento patologico acuto;
- la carenza di posti letto di LDPA, ancora attuale in Puglia, comporta conseguenze a carico dell'intera rete ospedaliera con sovraffollamento dei PS e delle Medicine Interne (pazienti extralocati), gravate da un lento turnover e da degenze prolungate per la difficoltà alla dimissione di pazienti non trasferibili a domicilio in quanto necessitanti di passaggio a diverso setting assistenziale (RSA estensive e/o di mantenimento);

- la necessità di unità di Terapia semintensiva e la necessità di Lungodegenza post-acuzie, coinvolgono direttamente le Strutture Complesse di Medicina interna, sia per la natura olistica della loro mission e competenza specialistica, sia perché, in base al più volte citato DM70/2015⁽³⁾, l'UO di Medicina interna è prevista obbligatoriamente in tutte le tipologie di ospedali: di base, di I livello e di II livello.

Dato atto che:

- sulla base del “Documento sulla Riorganizzazione Funzionale delle UU.OO di Medicina Interna”, delle società scientifiche nazionali di Medicina interna FADOI e SIMI, documento ulteriormente sviluppato da FADOI PUGLIA, in accordo con la sezione Appulo-lucana della SIMI, è stato predisposto il progetto di “RIORGANIZZAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE DI MEDICINA INTERNA IN PUGLIA”, di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, volto, tra l'altro, a favorire l'integrazione e i rapporti di collaborazione tra le tre reti assistenziali indicate dall'AGENAS:
 - 1) la rete dell'emergenza-urgenza;
 - 2) la rete ospedaliera;
 - 3) la rete dei servizi sanitari territoriali;
- Il suddetto Progetto è finalizzato a favorire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - rendere possibile un rapido adeguamento delle capacità assistenziali quali-quantitative ai mutevoli scenari epidemiologici
 - migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
 - assicurare la gestione della continuità assistenziale
 - favorire l'integrazione delle reti assistenziali
 - condividere protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida per la gestione dei problemi di salute attraverso la realizzazione di processi formativi del personale medico ed infermieristico.
 - favorire l'adozione di nuovi modelli organizzativi di presa in carico territoriale previsti dal PNRR (Centrale Operativa Territoriale “COT”, Telemedicina, Teleconsulto, Ospedali di Comunità e Case della Comunità). Confrontarsi con i Medici di Medicina Generale e le nuove strutture territoriali, condividendo i percorsi di gestione dei pazienti sarà il nuovo scenario da affrontare. Gli internisti ospedalieri per le caratteristiche di multidisciplinarietà e di trasversalità di competenze, rappresentano una risorsa strategica per l'implementazione del modello territoriale in rete. La Missione 6 del PNRR 2021-2026(8) ha l'obiettivo ambizioso di offrire ulteriori ed importanti possibilità di interazione e collaborazioni tra professionisti ospedalieri e del territorio, attraverso la creazione di reti di prossimità e strutture intermedie per l'assistenza sanitaria territoriale (le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità) e per “facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari” (COT). L'integrazione della filiera dei servizi indispensabili sul territorio, prevederà un ruolo centrale per lo specialista in Medicina interna, oltre che una fattiva collaborazione con team multidisciplinari territoriali, con l'auspicabile istituzione futura di un tavolo di lavoro regionale sul tema;
- La riorganizzazione delle Strutture Complesse di Medicina Interna per livelli di intensità di cure prevede l'integrazione di tre aree:
 - A. U.O. di Medicina interna per degenza ordinaria per acuti (codice 26): 20-24 PL di degenza ordinaria per acuti integrata nella rete ospedaliera;
 - B. U.O. di Area critica di terapia semintensiva (Medicina interna semintensiva) (codice 94): 4- 6 PL di Area critica di terapia semintensiva in collegamento con la rete dell'emergenza-urgenza;
 - C. U.O. di Lungodegenza post-acuzie (LDPA) (codice 60): 12-20 PL in collegamento con la rete dei servizi sanitari territoriali.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone la presa d'atto del modello organizzativo proposto dalla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), prevedendo, altresì, al fine di dare attuazione al presente provvedimento, la istituzione di un Tavolo tecnico specifico, costituito da:

- Rappresentanti FADOI;
- Dirigenti A.Re.S.S;

- Direttori Sanitari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale

VERIFICA AI SENSI DEL D.Lgs. 196/03
Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 938 del 03/07/2023.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto**
- indiretto**
- neutro**
- non rilevato**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico- finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale.

L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19 relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art 4, comma 4, lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta:

1. di prendere atto del documento proposto dalla FADOI Puglia recante "Progetto di Riorganizzazione delle Unità Operative di Medicina Interna (Novembre 2023)", di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire, al fine di dare attuazione al presente provvedimento, la istituzione di un Tavolo tecnico specifico, costituito da:
 - a) Rappresentanti FADOI;
 - b) Dirigenti A.Re.S.S;
 - c) Direttori Sanitari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;
3. di stabilire di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici, nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF) e alla FADOI;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Dirigente del Servizio “Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale - Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR”

Antonella CAROLI

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE “Strategie e Governo dell’Offerta”

Mauro NICASTRO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito MONTANARO

L’ASSESSORE

Rocco PALESE

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell’Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dai Dirigenti dei Servizi “Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR” e dal Dirigente della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di prendere atto del documento proposto dalla FADOI Puglia recante “Progetto di Riorganizzazione delle Unità Operative di Medicina Interna (Novembre 2023)”, di cui all’allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire, al fine di dare attuazione al presente provvedimento, la istituzione di un Tavolo tecnico specifico, costituito da:
 - a) Rappresentanti FADOI;
 - b) Dirigenti A.Re.S.S;
 - c) Direttori Sanitari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;
3. di stabilire di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, al Direttore Generale dell’A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici, nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF) e alla FADOI;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO



Codice CIFRA: SGO/DEL/2023/00135

**PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE
DELLE UNITA' OPERATIVE DI MEDICINA INTERNA**

PREMESSA

La riorganizzazione della Medicina Interna ha l'obiettivo di adeguare la funzione dell'Unità Operativa alle mutate necessità assistenziali ed alle sfide dei nuovi scenari epidemiologici. L'ultimo documento della Commissione Europea sullo stato di salute della UE se da un lato certifica che l'Italia si caratterizza per una popolazione con elevata speranza di vita alla nascita (83,1 anni), dall'altro ci dice che il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità hanno contribuito a un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni⁽¹⁾.

La tradizionale concezione della Medicina Interna come specialità medica a bassa intensità di cura non risponde più alla realtà di reparti ospedalieri che accettano la grande maggioranza dei pazienti di area medica ricoverati per acuzie da Pronto Soccorso, con un elevato livello di complessità e carico assistenziale. Quindi, come già proposto in altre realtà europee, anche in Italia è necessario riorganizzare le aree mediche ospedaliere, valorizzando le competenze trasversali della medicina interna, che vanno da un'intensità di cura più elevata ad una valutazione integrata e più appropriata dei bisogni dei pazienti fragili e polipatologici.

La necessità di tale riorganizzazione deriva anche dalle recenti disposizioni legislative emanate in seguito all'emergenza COVID-19: il decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, al comma 2 dell'art. 2⁽²⁾, preso atto della situazione di carenza per fronteggiare la pandemia da COVID-19, ha posto la necessità di attivare in maniera strutturale un congruo numero di posti letto di area semi-intensiva (mediamente 7 PL ogni 100.000 abitanti) mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica. Proprio le Unità operative di Medicina interna si pongono come sede preferenziale di attivazione dei posti letto di terapia semintensiva, avendo gestito buona parte (60-70%) del versante ospedaliero dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19, organizzando anche aree sub-intensive di supporto alle unità di terapia intensive.

Vi è poi l'esigenza di implementare un modello di presa in carico territoriale del paziente con

multimorbilità non più legata al concetto di singola malattia, ma ad un modello complessivo che integri cura, linee guida e percorso personalizzato adeguando il numero di posti letto ospedalieri da dedicare alla Lungodegenza, in applicazione dell'articolo 1, comma 2 del Decreto Ministeriale n. 70 sugli standard ospedalieri del 2 Aprile 2015⁽³⁾, che prevede un tasso dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Secondo il rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2018⁽⁴⁾ in Italia sono presenti 1.137 ospedali e 1.052 strutture complesse di Medicina Interna con un numero di posti letto di 28.989 pari al 15.3% di tutti i posti letto totali (188.451) e un numero di ricoveri annuali per acuti di 995.951 pari al 16.2% di tutti i ricoveri (6.139.586). Le Medicine Interne quindi, in linea con quanto disposto dal su citato DM 70/2015⁽³⁾, sono pressoché ubiquitarie in tutti gli Ospedali Italiani rappresentando la specialità con il maggior numero di ricoveri e posti letto.

Nell'attuale organizzazione ospedaliera, basata su reparti specialistici non organizzati per intensità di cure, i pazienti "mediamente critici" (pazienti che, pur non richiedendo cure intensive in senso stretto, presentano bisogni assistenziali maggiori di quelli normalmente forniti in un reparto tradizionale) a volte sono ricoverati in rianimazione, ove ricevono un eccesso di prestazioni con spreco di risorse, a volte vanno nei comuni reparti, ove però creano effetti distorsivi, in quanto attraggono la gran parte delle risorse, sottraendo assistenza agli altri pazienti, pur ricevendo un'intensità di cure inferiore alle loro necessità⁽⁵⁾.

Queste difficoltà sono emerse in maniera evidente e sistemica durante la pandemia da COVID-19, nel corso della quale si è avvertita fortemente la necessità di avere negli ospedali la presenza di aree assistenziali di tipo semintensivo, destinate all'assistenza dei pazienti che richiedono un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati, ma generalmente non necessitano di interventi e monitoraggio invasivo, quali quelli tipici delle U.O. di rianimazione. Questa esigenza si è concretizzata nel su citato decreto legge n. 34/2020⁽²⁾, che ha posto la necessità di attivare/riqualificare i posti letto di area semi-intensiva.

Su un altro versante la particolare complessità e cronicità delle problematiche di salute di un numero sempre maggiore di pazienti, anziani e polipatologici, crea difficoltà al momento della dimissione, in quanto, superata la fase acuta della malattia che ha causato il ricovero, molti pazienti necessitano ancora di cure e trattamenti in ambito ospedaliero, atti a superare o

stabilizzare le limitazioni all'autosufficienza e le preesistenti patologie croniche, aggravatesi per effetto dell'evento patologico acuto.

La carenza di posti letto di LDPA, ancora attuale in Puglia, comporta conseguenze a carico dell'intera rete ospedaliera con sovraffollamento dei PS e delle Medicine Interne (pazienti extralocati), gravate da un lento turnover e da degenze prolungate per la difficoltà alla dimissione di pazienti non trasferibili a domicilio in quanto necessitanti di passaggio a diverso setting assistenziale (RSA estensive e/o di mantenimento).

Quindi, entrambe le su descritte problematiche (necessità di unità di Terapia semintensiva e necessità di Lungodegenza post-acuzie) coinvolgono direttamente le Strutture Complesse di Medicina interna, sia per la natura olistica della loro *mission* e competenza specialistica, sia perché, in base al più volte citato DM70/2015⁽³⁾, l'UO di Medicina interna è prevista obbligatoriamente in tutte le tipologie di ospedali: di base, di I livello e di II livello.

LA NUOVA ORGANIZZAZIONE

Nel solco del "Documento sulla Riorganizzazione Funzionale delle UU.OO di Medicina Interna", inviato dalle società scientifiche nazionali di Medicina interna FADOI e SIMI al Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute e agli Assessori Regionali alla Salute nell'aprile 2021⁽⁶⁾, documento ulteriormente sviluppato da **FADOI PUGLIA**, in accordo con la sezione Appulo-lucana della **SIMI**, è stato predisposto il presente progetto di "**RIORGANIZZAZIONE DELLE UNITA' OPERATIVE DI MEDICINA INTERNA IN PUGLIA**" volto, tra l'altro, a favorire l'integrazione e i rapporti di collaborazione tra le tre reti assistenziali indicate dall'AGENAS qualche anno fa⁽⁷⁾:

- 1) la rete dell'emergenza-urgenza**
- 2) la rete ospedaliera**
- 3) la rete dei servizi sanitari territoriali.**

Il progetto è finalizzato a favorire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Rendere possibile un **rapido adeguamento delle capacità assistenziali** quali-quantitative ai mutevoli scenari epidemiologici
- Migliorare l'**appropriatezza dei ricoveri ospedalieri**
- Assicurare la gestione della **continuità assistenziale**
- Favorire l'**integrazione** delle reti assistenziali

- Condividere **protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida** per la gestione dei problemi di salute attraverso la realizzazione di processi formativi del personale medico ed infermieristico.
- Favorire l'adozione di nuovi modelli organizzativi di presa in carico territoriale previsti dal PNRR (Centrale Operativa Territoriale "COT", Telemedicina, Teleconsulto, Ospedali di Comunità e Case della Comunità). Confrontarsi con i Medici di Medicina Generale e le nuove strutture territoriali, condividendo i percorsi di gestione dei pazienti sarà il nuovo scenario da affrontare. Gli internisti ospedalieri per le caratteristiche di multidisciplinarietà e di trasversalità di competenze, rappresentano una risorsa strategica per l'implementazione del modello territoriale in rete. La Missione 6 del PNRR 2021-2026⁽⁸⁾ ha l'obiettivo ambizioso di offrire ulteriori ed importanti possibilità di interazione e collaborazioni tra professionisti ospedalieri e del territorio, attraverso la creazione di reti di prossimità e strutture intermedie per l'assistenza sanitaria territoriale (le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità) e per "facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari" (COT). L'integrazione della filiera dei servizi indispensabili sul territorio, prevederà un ruolo centrale per lo specialista in Medicina interna, oltre che una fattiva collaborazione con team multidisciplinari territoriali, con l'auspicabile istituzione futura di un tavolo di lavoro regionale sul tema.

La riorganizzazione delle Strutture di Medicina Interna per **livelli di intensità** di cure prevede l'integrazione di tre aree:

- **A) U.O. di Medicina interna per degenza ordinaria per acuti (codice 26):** 20-24 PL di degenza ordinaria per acuti integrata nella rete ospedaliera;
- **B) U.O. di Area critica di terapia semintensiva (Medicina interna semintensiva) (codice 94):** 4-6 PL di Area critica di terapia semintensiva in collegamento con la rete dell'emergenza-urgenza;
- **C) U.O. di Lungodegenza post-acuzie (LDPA) (codice 60):** 12-20 PL in collegamento con la rete dei servizi sanitari territoriali.

N.B. L'indicazione del numero di posti letto di ciascuna delle tre U.O. è indicativo, potendosi avere variazioni in più o in meno nei diversi ospedali in base alla loro differente tipologia, grandezza, mission e collocazione geografica.

A) U.O. di Medicina interna per degenza ordinaria per acuti (codice 26)

Questa area è caratteristica della *mission* della Medicina Interna come specialità della medicina della complessità; essa assicura la gestione diagnostica e terapeutica di molteplici patologie acute, solitamente connotate da rilevante complessità e associate ad altre morbidità, con la capacità di affrontare eventi clinici molto differenziati, anche con il ricorso a tecnologie d'avanguardia con un approccio olistico e globale. Non si ritiene necessario, in questo documento, approfondire ulteriormente le caratteristiche di tale settore di attività delle Strutture di Medicina interna, ormai consolidate da anni.

B) Area critica di terapia semintensiva (Medicina interna Semintensiva) (codice 94)

Le aree di **terapia semintensiva di medicina interna** non sono una novità dettata dall'emergenza sanitaria. Esiste un'ampia letteratura sulla necessità di realizzare sezioni di terapia semintensiva nell'ambito della riorganizzazione degli ospedali per intensità di cure, sia riferita all'intera struttura ospedaliera, sia riferita ai Dipartimenti di medicina interna.⁽⁵⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ Quest'ultimo aspetto risulta particolarmente innovativo e vantaggioso, coinvolgendo nell'assistenza semintensiva non più soltanto alcune specialità settoriali (cardiologia e pneumologia), ma anche le U.O. di Medicina interna, che, per la capillare diffusione in ogni presidio ospedaliero e per l'approccio clinico tipicamente multidisciplinare ed olistico, se congruamente dotate di una specifica organizzazione strutturale, strumentale e di personale appositamente formato, possono garantire, una gestione integrata per un ampio ventaglio di patologie in fase critica. In molte regioni le aree di Terapia Semintensiva in Medicina interna sono già un'esperienza avviata da anni.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Nella Terapia semintensiva di medicina interna saranno ricoverati i malati critici, che richiedono assistenza di tipo sub-intensivo, provenienti dalla rete dell'emergenza-urgenza (P.S., rianimazione, altre terapie intensive) o da altre UU.OO. ospedaliere (rete ospedaliera), dopo il primo inquadramento diagnostico e terapeutico di competenza del Pronto Soccorso ed espletate le competenze rianimatorie e cardiologiche intensivistiche.

I dettagli organizzativi ed applicativi dell'Area critica di Medicina interna ovvero Medicina interna semintensiva sono riportati di seguito nell'allegato A.

C) Area di Lungodegenza post-acuzie (LDPA) (codice 60)

I pazienti fragili e complessi ricoverati in ospedale per un evento patologico acuto necessitano spesso di tempi prolungati ed adeguata assistenza per ottenere la stabilizzazione clinica ed il recupero e/o l'ottimizzazione funzionale. Tempi che, in realtà, non collimano affatto con il range delle degenze medie dei reparti per acuti. Il concetto di **"dimissione difficile"** è riferito ad un paziente non più autonomo, che non può rientrare al proprio domicilio ma che non trova collocazione immediata in strutture residenziali ed impatta sul sistema degli ospedali che pertanto impegnano posti letto per acuti a soggetti che hanno necessità di un diverso setting assistenziale e diversa intensità di cura.

A questa esigenza deve rispondere la presenza dell'Unità Operativa di Lungo Degenza Post-Acuzie (LDPA), in diretta continuità assistenziale con il reparto di Medicina interna per acuti. **La collocazione più opportuna della U.O. di Lungodegenza è nello stesso ospedale ed in contiguità spaziale con il reparto di Medicina interna per acuti.** In tal modo il paziente guarito, ma ancora non completamente autonomo e con un livello critico di stabilità clinica, può con grande facilità essere trasferito nella contigua area di LDPA per proseguire le cure ed avviare un programma di riabilitazione, al fine di recuperare funzioni e autonomia, in stretta collaborazione con l'equipe medico-infermieristica che lo ha assistito nella fase acuta.

Tale organizzazione è essenziale per:

- poter disporre con immediatezza di tutte le consulenze poli-specialistiche, laboratorio e indagini strumentali dell'ospedale;
- facilitare la disponibilità dei posti letto nei reparti per acuti ed evitare rischi clinici, in quanto la continuità assistenziale con l'equipe medica del reparto per acuti consente di garantire gli stessi livelli assistenziali;
- consentire l'ottimizzazione dell'utilizzazione del personale e delle dotazioni strumentali;
- svolgere la funzione di area di accoglienza ospedaliera flessibile in uscita verso le strutture sanitarie territoriali, garantendo ad un tempo il mantenimento di un'elevata assistenza clinica e l'avvio del percorso riabilitativo.

Tuttavia alcune U.O. di Lungodegenza possono essere previste anche in ex Ospedali riconvertiti in Strutture di post-acuzie, ma sempre funzionalmente collegati ad una Struttura di Medicina interna del vicino Ospedale per acuti, sì da mantenere un sufficiente grado di continuità assistenziale.

I dettagli organizzativi ed applicativi della Lungodegenza postacuzie sono riportati di seguito nell'allegato B.

ALLEGATO A**LINEA GUIDA SULL'AREA CRITICA DI MEDICINA INTERNA SEMINTENSIVA (codice 94)**

Le competenze presenti nei reparti di Medicina Interna rispondono alla necessità di trasversalità che il paziente acuto polipatologico richiede. La possibilità di inserire nel contesto dei reparti internistici letti a maggiore intensità di cura risponde all'esigenza di flessibilità, in un percorso di ricovero che spesso è caratterizzato da instabilità anche dopo i primi giorni. Tale strutturazione consentirebbe quindi sia l'accesso per stabilizzazione da Pronto Soccorso che lo spostamento per intensivizzazione all'interno della stessa struttura.

La presenza di un'area ad intensità intermedia consente quindi flessibilità nella selezione dei pazienti e nei tempi di gestione, con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in reparti non di terapia intensiva e migliori esiti assistenziali⁽¹⁶⁾. Inoltre, garantirebbe maggiori possibilità di trasferimento dalla Rianimazione/Terapia Intensiva di pazienti ancora in fase di svezzamento (step down), fornendo garanzia di un alto setting assistenziale, pur con meno infermieri rispetto alla Rianimazione/Terapia Intensiva.

SCOPO

Per le motivazioni sopra esplicitate, si propone, quale modello organizzativo delle Strutture Complesse di Medicina Interna della Regione, la previsione di una U.O. di Terapia semintensiva (codice 94) con 4-6 PP.LL.

Tale progettualità si propone di organizzare una risposta clinico-assistenziale progressiva e proporzionata al bisogno di salute determinato in base al livello di complessità clinico-assistenziale.

A tale fine la nuova organizzazione ha lo scopo di istituire e codificare le modalità di gestione del paziente con un'intensità clinico/assistenziale medio-alta, attraverso il modulo di **Terapia Semintensiva di Medicina Interna** (anche detto High Care), ben definito sia per risorse di personale, sia per dotazioni tecnologiche per il monitoraggio multiparametrico non invasivo delle funzioni vitali.

Tutti gli altri pazienti continueranno ad essere assistiti in moduli di degenza ordinaria.

La terapia semintensiva di Medicina Interna dovrà essere fisicamente collocata in sede attigua alla degenza ordinaria di Medicina interna.

DEFINIZIONE dei LIVELLI ASSISTENZIALI

Per “Terapia semintensiva di Medicina Interna” si intende quel livello clinico/assistenziale caratterizzato da un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati. Questo tipo di approccio assistenziale è di solito giustificato dalla “complessità” del paziente, nel quale è compromessa una o più delle funzioni vitali e/o d’organo, come è possibile frequentemente ritrovare nel seguente elenco di quadri patologici (elenco da ritenersi non esaustivo, né rigidamente vincolante):

- insufficienza cardiaca grave
- sepsi/shock settico
- insufficienza respiratoria acuta o cronica-riacutizzata
- urgenze metaboliche (chetoacidosi diabetica, sindrome iperglicemica iperosmolare, gravi turbe idroelettrolitiche, encefalopatie epatiche gravi, ecc)
- patologie gastroenterologiche (emorragie digestive superiori, rettorraggie, pancreatite acute)
- elevato indice di dipendenza dall’assistenza infermieristica che determina la complessità assistenziale della persona.

L’elevata intensità clinico-assistenziale delle precedenti condizioni patologiche è spesso sostenuta dalla plurimorbilità, che rende particolarmente necessaria una gestione multidisciplinare ed olistica.

Il livello di intensità medica è determinata dal tipo di complessità clinica, quindi prevalentemente dalla patologia e dalla fragilità del paziente. La complessità assistenziale è determinata dal livello di compromissione dei bisogni assistenziali (bio-psico-sociali), dall’impegno legato alle procedure diagnostiche e terapeutiche e dallo stato clinico del paziente.

DEFINIZIONE delle STRUTTURE e del PERSONALE

I letti assegnati alla Terapia Semintensiva di Medicina Interna dovranno essere il 20-30% del numero dei PP.LL. totali della Struttura di Medicina Interna.

Dotazione strumentale per ogni posto letto

- Un monitor multiparametrico, collegato ad una centralina di monitoraggio a cui afferiscono tutti i monitor della terapia semintensiva
- Un ventilatore polmonare presso-volumetrico da terapia semintensiva/intensiva, per ventilazione NON invasiva (NIV) con le più comuni modalità ventilatorie
- Un sistema per ossigenoterapia ad alti flussi riscaldati ed umidificati
- Una presa di O₂ ad alta pressione ed alto flusso (impianto centralizzato) (preferibilmente disponibilità di doppia presa se vengono assistiti anche pazienti tracheostomizzati)
- Una presa per il vuoto con collegato aspiratore
- Preferibilmente una presa per l'aria compressa
- Almeno due pompe infusionali volumetriche
- Potenziamento dell'impianto elettrico dei testalietto (almeno 6-10 prese elettriche compatibili con i diversi formati)
- Almeno due pompa- siringa
- Presidi antidecubito

L'Unità di terapia semintensiva deve, inoltre, disporre di:

- Ecografo con sonda lineare, convex e cardiologica per implementazione dell'“ecografia Point-of-Care”
- Almeno un letto con prese per emodialisi (possibilità di effettuare emodialisi o ultrafiltrazione bed-side nel paziente critico con personale dedicato della nefrologia)

Dotazione di personale

- Rapporto infermiere/paziente (in ogni turno lavorativo) 1:4 (almeno 6 unità dedicate in totale per 4 posti letto)
- Presenza medica: ottimale la guardia attiva di unità operativa H24; come alternativa di seconda scelta, qualora la prima soluzione non si attuabile, può essere prevista una guardia interdivisionale notturna e festiva, a cui partecipano medici appartenenti a discipline affini nel settore dell'assistenza critica (altra medicina interna, pneumologia, geriatria), integrata dalla pronta disponibilità da parte di un medico di ciascuna disciplina.

Pertanto, alla presenza dell'Area Semintensiva (ipotizzando un 'modulo' di 4 letti), deve corrispondere un incremento della dotazione organica della Struttura di Medicina interna delle seguenti unità di personale (rispetto alla Struttura priva di Area critica):

- 6 infermieri
- 2 dirigenti medici
- 3 OSS
- 1 ausiliario specializzato

CRITERI di Ammissione alla Terapia semintensiva

Indipendentemente dalla provenienza del paziente (PS, UTI, altri reparti, ecc) l'accesso in Terapia Semintensiva deve basarsi su criteri clinici e su specifici score in grado di codificare il livello di criticità:

- MEWS (Modified Early Warning Score)⁽¹⁷⁾ (Fig. 1 scala MEWS)
- paziente in Ventilazione polmonare Non Invasiva (NIV)
- paziente cardiologico non ad alto rischio emodinamico
- paziente ad elevato rischio di instabilizzazione clinica (es. pancreatite acuta, ischemia cerebrale acuta, coma iperosmolare, ecc...)
- IDA (Indice di dipendenza assistenziale) (Figura 2)

Il medico e l'infermiere effettuano la valutazione congiunta utilizzando il TricCo (triage di corridoio)⁽¹⁸⁾, integrando così lo score clinico (MEWS) con lo score assistenziale (IDA) per identificare il livello di intensità di cura dell'assistito e quindi definendo l'accesso alla Terapia Semintensiva o in reparto ordinario di Medicina interna in base allo schema di seguito riportato.

| Indice di intensità di cure | IDA 20-28 | IDA 12-19 | IDA 7-11 |
|------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|
| MEWS 0-2 | Basso | Medio | Alto |

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| | (degenza ordinaria) | (degenza ordinaria) | (Semintensiva) |
| NEWS 3-4 | Medio (degenza ordinaria) | Medio (degenza ordinaria) | Alto (Semintensiva) |
| MEWS \geq5 | Alto (Semintensiva) | Alto (Semintensiva) | Alto (Semintensiva) |

Le valutazioni basate sugli score sopra descritti vanno intese come guida indicativa, in quanto nessun strumento operativo può sostituire l'esperienza e la preparazione dei professionisti, nonché la responsabilità insita nel ruolo decisionale del Medico nell'ammissione del paziente al Terapia semintensiva.

Possibile PROVENIENZA dei PAZIENTI:

- Da Pronto Soccorso
- Da altri reparti di area medica
- Da altri ospedali

Punti di FORZA dell'istituzione della Terapia semintensiva di Medicina interna

- Miglioramento dell'appropriatezza delle cure verso i pazienti con livello clinico/assistenziale più elevato.
- Efficienza creata dalla proporzionalità dell'assistenza verso i bisogni di cura espressi
- Maggiore dinamicità assistenziale verso le esigenze assistenziali del paziente
- Garanzia di un modulo assistenziale infermieristico di elevata performance
- Facilitare la progressione dei pazienti dalle Terapie Intensive verso le Semintensive, consentendo un decongestionamento dei vari setting con maggiore appropriatezza ed efficienza di cura.

RISULTATI ATTESI

- ❖ Aumento della qualità percepita da pazienti ed operatori
- ❖ Riduzione della mortalità complessiva ospedaliera
- ❖ Maggiore indice di complessità SDO ed aumento del peso medio dei DRG
- ❖ Numero di pazienti che alla dimissione hanno un indice di complessità assistenziale inferiore rispetto all'ammissione

| Cognome | Nome | | Data di nascita | | Luogo di nascita | | Età | |
|-------------------------------|------|---------|-----------------|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Valore |
| Frequenza Respiratoria | | < 9 | | 9 - 14 | 15 - 20 | 21 - 29 | > 30 | |
| Frequenza Cardiaca | | < 40 | 41 - 50 | 51 - 100 | 101 - 110 | 111 - 129 | > 130 | |
| Pressione Arteriosa Sistolica | < 70 | 71 - 80 | 81 - 100 | 101 - 199 | | > 200 | | |
| Livello di Coscienza | | | | Vigile | Risponde allo stimolo verbale | Risponde allo stimolo doloroso | Non risponde | |
| Temperatura corporea (°C) | | < 35 | | 35 - 38,4 | | > 38,5 | | |
| Comorbidità | | | | | | | | Totale |

Figura 1 Scala MEWS

| | Alimentazione e idratazione | Mobilizzazione ed eliminazione | Device o terapia | Capacità relazionale/percezione sensoriale | Prestazioni | Monitoraggio parametri vitali | Codice colore | Età | Presenza caregiver |
|---|---|--|---|--|---|----------------------------------|---------------|-------|--------------------|
| 1 | Dipendente | Incontinente Allettato e/o lesioni da decubito | CVC Drenaggi NIV | Deficit visivi e/o uditivi Coma | Controlli seriati di indagini/esami ematici | Monitoraggio continuo o invasivo | Rosso | >80 | |
| 2 | Autonomo con aiuto di operatore NET, NPT, PEG | Dipendente | CV, SNG Lavaggi vescicali Gestione stomie | Alzheimer Aggressività Ipercinesia | Prestazioni complesse Suture Trasfusioni Emocolture | Periodico ripetuto <1 ora | Giallo | 65-79 | |
| 3 | | Autonomo con aiuto di ausili o operatore | Terapia EV | Disorientato ma collaborante Soporoso | Esami ematici Medicazioni Prestazioni semplici | | | 56-64 | No |
| 4 | autonomo | autonomo | nulla | Vigile collaborante | nessuna | Periodico ripetuto >1 ora | Verde/Bianco | <=55 | Si |

Figura 2. IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale)

ALLEGATO B**LINEE GUIDA SULLA LUNGO-DEGENZA POSTACUZIE (LDPA) (codice 60)****Premessa**

Il mutamento demografico, sociale ed epidemiologico degli ultimi decenni, con incremento delle patologie croniche, rappresenta l'attuale sfida per la sanità pubblica ed ha reso necessario ri-orientare l'offerta assistenziale. Il setting ospedaliero per acuti continua a fornire la giusta risposta alle riacutizzazioni, ma si rende sempre più evidente la necessità di una continuità assistenziale verso quei pazienti cronici e non autosufficienti che, dopo la prima fase di gestione in reparti per acuti, non sono ancora in grado di rientrare a domicilio. Per molti pazienti cronici l'ospedale continua ad essere il riferimento primario come documentato dall'incremento dei ricoveri per patologie croniche e dalle lunghe attese per ricovero in Pronto Soccorso. Nella logica del continuum dei livelli di assistenza, dopo l'evento acuto, è necessario che tali pazienti siano indirizzati in setting assistenziali maggiormente adeguati alla gestione della cronicità e della non-autosufficienza e ad un minor costo rispetto all'ospedale per acuti. In quest'ottica la lungodegenza post-acuzie (LDPA) rappresenta la naturale prosecuzione delle cure per pazienti nella fase post acuta; in particolare tale articolazione diventa necessaria per i pazienti affetti da disabilità importanti o da gravi patologie che determinano la non autosufficienza temporanea e che richiedono una tutela medica specialistica, assistenza riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specialità nell'arco delle 24 ore non erogabili in forma extra-ospedaliera.

L'articolazione dell'ospedale in setting a diversa intensità di cura permette di ridurre la degenza nei reparti per acuti migliorandone l'efficienza operativa e aumentando la disponibilità di posti letto riservati a pazienti per patologie acute. Le ripercussioni di un turn-over più rapido si riflettono positivamente sull'organizzazione del Pronto Soccorso, troppo spesso ingolfato da pazienti in attesa di ricovero.

La creazione di reti organizzative fra setting a diversa intensità di cura oltre a migliorare il percorso sanitario per il singolo paziente contribuisce al contenimento della spesa sanitaria.

Inquadramento normativo

Le caratteristiche della lungodegenza post acuzie vengono delineate nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017⁽¹⁹⁾, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza” – al Capo V “Assistenza Ospedaliera”, art. 44.

Qui vengono descritte tre tipologie di prestazioni nella fase immediatamente successiva al ricovero ordinario per acuti:

1. Prestazioni di riabilitazione intensiva
2. Prestazioni di riabilitazione estensiva
3. Prestazioni di lungodegenza post acuzie: *“prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.”*

CARATTERISTICHE GENERALI E COLLOCAZIONE

La LDPA è autonoma, con spazi propri e gestita da medici internisti (codice 60).

La LDPA si configura come struttura della Unità Operativa di Medicina Interna con la finalità di accogliere pazienti in fase post-acuta, provenienti da unità operative ospedaliere di qualsiasi disciplina. Compito della LDPA è migliorare e/o stabilizzare le condizioni cliniche e funzionali, affinché un paziente con instabilità da fase acuta, che ne sconsiglia l'immediata dimissione, possa poi essere trasferito in ambiente extra ospedaliero (domicilio o strutture residenziali). Si realizza in tal senso un “percorso di continuità terapeutico – assistenziale”, territorio – ospedale (reparto per acuti e LDPA) – territorio, che permetta la transizione in sicurezza del paziente dall'ospedale al proprio domicilio o ad un ambiente protetto residenziale sociosanitario.

Presso le strutture di LDPA è necessaria la presenza di Fisioterapisti/Terapisti della Riabilitazione in numero omogeneo ed adeguato alle esigenze di riabilitazione estensiva. La dotazione minima di fisioterapisti per ogni U.O.S. di Lungodegenza è di 3 unità.

E', inoltre, importante che nel presidio ospedaliero sia prevista la figura dell'**assistente sociale ospedaliero**, che darà il suo supporto per pianificare per tempo il rientro a domicilio (contatti con i congiunti), contattare il servizio sociale del comune quando necessario, attivare i servizi territoriali residenziali (RSA) o domiciliari, contattare la UVM distrettuale, al fine di ottimizzare la comunicazione, velocizzare e rendere più fluido il processo.

Le unità di LDPA devono essere collocate in tutti i presidi ospedalieri in cui sono presenti le Strurre di Medicina interna ed in contuguita spaziale con il reparto per acuti per favorire la continuità assistenziale e l'attività di consulenza.

INDICAZIONI ALL'AMMISSIONE

I pazienti per i quali è indicato accesso in LDPA possono essere schematicamente classificati come di seguito riportato:

- 1) Pazienti con inquadramento diagnostico completo, affetti da patologia in via di risoluzione ma non del tutto stabilizzata e/o con comorbilità di pertinenza internistica, bisognevoli di trattamenti sanitari, anche orientati al recupero, erogabili solo in regime ospedaliero con sorveglianza medica e di assistenza infermieristica continuativa;
- 2) Pazienti in condizioni cliniche relativamente stabilizzate, accompagnate da peggioramento funzionale che richiede il completamento del processo di recupero mediante interventi di riabilitazione estensiva miranti alla ottimizzazione dello stato funzionale.
- 3) Pazienti provenienti da unità operative chirurgiche con quadro clinico risolto, ma che presentano comorbilità e/o complicanze di pertinenza internistica a rischio d'instabilità e/o che necessitano di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuativa non erogabile in regime alternativo.

In sintesi, i pazienti da trasferire in Lungodegenza post-acuzie devono avere:

- 1) Completo inquadramento diagnostico;
- 2) Terapia di mantenimento definitiva;
- 3) Quadro clinico in via di stabilizzazione o stabilizzato;

4) Condizione funzionale giudicata migliorabile pur in presenza di un quadro clinico non completamente stabilizzato.

Non è previsto il ricovero diretto in Lungodegenza post-acuzie da Pronto Soccorso e dai servizi territoriali.

Si sottolinea la fondamentale importanza nelle LDPA del ruolo di integrazione e cooperazione tra fisioterapisti, infermieri e OSS miranti nella prevenzione e trattamento della sindrome da immobilizzazione (nursing, allineamento e monitoraggio posturale, mobilizzazione passiva).

Di norma il ricovero in Lungodegenza post-acuzie dev'essere contenuto entro 30 giorni, la durata massima è di 60 giorni.

CRITERI DI ESCLUSIONE

- 1) Pazienti non rientranti nei criteri d'inclusione e/o per i quali si preveda una durata di degenza superiore a 90 giorni erogabile in diverso setting assistenziale (RSA, RSSA, altro);
- 2) Pazienti terminali per i quali sono attivabili forme alternative di assistenza (Assistenza domiciliare, Hospice);
- 3) Pazienti anziani non autosufficienti con esiti di patologia stabilizzati.

MODALITA' DI ACCESSO

L'accesso alla struttura di LDPA si attua effettuando la dimissione dalle unità operative per acuti di provenienza, selezionando su Edotto dalla tendina **Modalità** di dimissione "TRASFERITO AD ALTRO REGIME O ATTIVITA' DI RICOVERO STESSO ISTITUTO". Questa modalità di dimissione comporta la chiusura della SDO (e della cartella clinica) del precedente ricovero nel reparto per acuti di provenienza, che quindi provvederà alla compilazione della SDO e quindi alla valorizzazione del relativo DRG. Sarà quindi necessario procedere all'accettazione del ricovero in LPDA su Edotto, selezionando dalla tendina **Provenienza paziente** "TRASFERITO DA ALTRA ATTIVITA' O REGIME DI RICOVERO NELLO STESSO ISTITUTO DI CURA"

Si sottolinea che la locuzione “trasferimento ad altro regime o attività di ricovero” ha un significato amministrativo del tutto differente dal “trasferimento ad altro reparto per acuti dello stesso ospedale”, in quanto, in quest’ultimo caso, come noto, il ricovero rimane unico, la SDO rimane la stessa (verrà chiusa dal reparto che accetta il trasferimento o dall’ultimo reparto in caso di trasferimenti multipli) e la cartella clinica iniziale con tutta la documentazione clinica segue il paziente e viene ricompresa nella cartella del reparto che accetta il trasferimento.

L'accesso alla LDPA di pazienti provenienti da UU.OO. diverse dalla SC di Medicina interna presuppone una richiesta, su modulistica specifica, al responsabile dell'unità operativa semplice di LDPA da parte del responsabile dell'unità operativa per acuti da cui viene dimesso il paziente. La richiesta di trasferimento deve essere conforme a queste linee guida e ne deve riportare le motivazioni e le informazioni sui problemi clinici ed assistenziali persistenti. La richiesta deve essere, quindi, accettata dal responsabile della struttura di LDPA o da un suo delegato.

Il ricovero in LDPA comporta l'apertura di una nuova cartella clinica e la stesura, alla dimissione, di una nuova SDO relativa al ricovero.

OBIETTIVI DEL SETTING DI LUNGODEGENZA

1. Perseguire il raggiungimento della condizione di stabilità clinica e sintomatologica in modo da consentire la deospedalizzazione.
2. Ottimizzare il recupero funzionale: autonomia personale (ADL e Barthel) e mobilità (Tinetti).
3. Collaborare con i servizi territoriali (Distretto di pertinenza) e creare le condizioni psicologiche e sociali per il reinserimento in ambiente extra ospedaliero.

Ne consegue una duplice funzione della LDPA, in quanto alla finalità prettamente “internistica” del ricovero in lungodegenza (gestione delle patologie croniche ai fini della stabilizzazione clinica) si affianca frequentemente la necessità di una riabilitazione estensiva (con impegno terapeutico di almeno un'ora giornaliera per paziente), attività integrate per rendere perseguibile lo scopo finale, cioè la deospedalizzazione.

MODALITA' DI DIMISSIONE

La dimissione dalla LDPA prevede le stesse modalità di dimissione dai reparti per acuti, selezionabili in Edotto (ordinaria a domicilio, decesso, ordinaria con assistenza domiciliare integrata, RSA, trasferimento ad istituto di riabilitazione, volontaria, ecc.).

Ogni unità operativa semplice di LDPA, al fine di garantire la continuità assistenziale, deve essere dotata di una procedura di dimissione protetta in stretta integrazione funzionale con il Distretto (dimissione protetta in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale).

In caso di ri-esacerbazione della patologia di base e/o di insorgenza di complicanze deve essere garantito il tempestivo trasferimento nell'unità operativa per acuti in grado di fornire l'assistenza più adeguata al caso. In questo caso si procederà alla dimissione del paziente dalla LDPA selezionando su Edotto dalla tendina **Modalità** di dimissione "TRASFERITO AD ALTRO REGIME O ATTIVITA' DI RICOVERO STESSO ISTITUTO", con chiusura e compilazione della SDO della LDPA e valorizzazione del DRG. Il reparto per acuti al quale il paziente viene inviato dovrà procedere all'accettazione del nuovo ricovero selezionando dalla tendina **Provenienza paziente** "TRASFERITO DA ALTRA ATTIVITA' O REGIME DI RICOVERO NELLO STESSO ISTITUTO DI CURA" ed aprendo una nuova cartella clinica e quindi una nuova SDO.

MODALITA' ASSISTENZIALI

Tra le procedure da adottare sono prioritarie per importanza:

1. Prevenzione della Sindrome da Immobilizzazione (mobilizzazione attiva e passiva, massima riduzione del tempo trascorso a letto, verticalizzazione in comoda);
2. Prevenzione delle ulcere da pressione (monitoraggio e cambi posturali, sorveglianza della integrità cutanea, mobilizzazione, disponibilità di letti speciali);
3. Prevenzione del tromboembolismo venoso;
4. Prevenzione delle cadute (fornitura di ausili per la contenzione in sicurezza e per la deambulazione);
5. Diagnostica, trattamento e monitoraggio del dolore;

6. Procedure di corretta pratica assistenziale (ad esempio cateterismo vescicale);
7. Gestione degli ausili visivi e delle protesi acustiche;
8. Assistenza per l'integrazione psico-sociale, per il trattamento con tecniche psicologiche di rimotivazione.

Costituiscono parte integrante della cartella clinica della LDPA: la cartella infermieristica e la cartella di riabilitazione a cura dei fisioterapisti.

ATTIVITA' DI RISOCIALIZZAZIONE

Vengono promosse le relazioni sociali, le attività ricreative, l'animazione.

Non si pongono particolari restrizioni all'ingresso dei parenti in reparto, rispetto a quelle previste nei comuni reparti per acuti, compatibilmente con la situazione epidemiologica, sia per incoraggiare l'attività di recupero, sia per iniziare un percorso di addestramento alla gestione domiciliare del paziente.

CONDIZIONI CLINICHE ELEGGIBILI AL RICOVERO IN DEGENZA POST-ACUZIE

Più specificamente si dettaglia di seguito un elenco di condizioni cliniche eleggibili al ricovero in LDPA che non è, però, da ritenersi rigidamente vincolante, né esaustivo.

Area medica

1. Ictus cerebri in fase post-acuta non idoneo al trattamento di riabilitazione intensiva;
2. Scompenso cardiaco post-acuto, complicato da sepsi e/o Sindrome ipocinetica o scompenso cardiaco cronico, già stabilizzato in acuzie, che richiede cure ulteriori continuative;
3. Polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione, non stabilizzato;
4. Insufficienza respiratoria acuta o cronica riacutizzata in via di stabilizzazione, che necessita di ulteriori trattamenti in regime di ospedalizzazione;
5. Stato vegetativo permanente a bassa responsività con inquadramento diagnostico esaurito, programma terapeutico definito, quadro clinico stabilizzato, che necessita di trattamenti riabilitativi di minore intensità assistenziale, di cure mediche e di assistenza infermieristica e per il quale è stato attivato un percorso di inserimento in struttura

- residenziale o a domicilio. In questa fase della malattia deve essere, in ogni caso, garantito il dovuto impegno assistenziale con un costante monitoraggio;
6. Endocardite infettiva dopo la scomparsa di febbre, a basso rischio di embolizzazione e di rottura valvolare, che richiede prosecuzione prolungata della terapia antibiotica per via endovenosa, eseguibile solo in ambito ospedaliero;
 7. Pazienti provenienti da reparti per acuti, affetti da malattia neoplastica in fase terminale, limitatamente ai casi in attesa di essere trasferiti, a breve termine, in strutture residenziali per cure palliative o a domicilio per assistenza domiciliare oncologica. E' consentito il ricovero in strutture di LDPA, per un tempo limitato, di pazienti provenienti da reparti per acuti, affetti da malattia neoplastica in fase terminale, non eleggibili all'accoglimento in strutture residenziali per cure palliative o all'assistenza domiciliare oncologica;
 8. Pazienti provenienti da reparti per acuti, affetti da patologia neoplastica, che necessitano di seguire, per brevi periodi, terapie di supporto e/o terapia antalgica e/o di reintegrazione calorica, non effettuabili a livello domiciliare per motivi sanitari o per mancanza di adeguato sostegno familiare;
 9. Pazienti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative (ad esempio grave anemia, vasculopatie periferiche, piede diabetico, disidratazione, malnutrizione);
 10. Cirrosi epatica complicata con ascite e/o encefalopatia porto-sistemica, a basso rischio di sanguinamento delle varici esofagee;
 11. Nefropatia stabilizzata in fase di terapia di consolidamento;
 12. Fibrillazione atriale cronica a rischio di instabilità clinica o da dimettere con TAO consolidata;
 13. Pazienti reduci da malattie acute, con esito in disabilità stabilizzata, non dimissibili per problematiche socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare, per i quali è in atto un percorso di dimissione protetta in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.

Area chirurgica

1. Fase di convalescenza controllata, temporalmente limitata, per alcuni interventi di chirurgia generale o specialistica;
2. Necessità di eseguire medicazioni in regime di ricovero;

3. Complicanze mediche di interventi chirurgici (metaboliche, infettive, circolatorie);
4. Pazienti dimessi da strutture per acuti, sottoposti a sostituzione protesica dell'articolazione dell'anca o del ginocchio, o affetti da fratture recenti, che richiedono cure ulteriori continuative prima di essere inviati alla Riabilitazione intensiva, o non dimissibili a domicilio a causa di inadeguato sostegno familiare e per i quali è in atto un percorso di dimissione protetta in struttura residenziale, semiresidenziale o in assistenza domiciliare.

REQUISITI STRUTTURALI, IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

Per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici, si rimanda alla normativa vigente in materia.

Sono inoltre inseriti requisiti non contenuti nel suddetto documento, la cui presenza si ritiene tuttavia auspicabile nelle unità di Lungodegenza post-acuzie.

REQUISITI STRUTTURALI

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto del diritto alla riservatezza dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero. Devono essere garantiti spazi comuni di raccordo tra le degenze e/o i servizi sanitari nei quali prevedere servizi ed attrezzature destinati all'accoglienza degli accompagnatori e dei visitatori.

La dotazione minima di ambienti per la degenza è la seguente:

- Camera di degenza

1. nove mq per posto letto. Per le sole camere ad un posto letto il calcolo dei nove mq esclude il bagno. Nelle stanze di degenza con bagno ubicato all'interno, lo spazio di nove mq previsto per ciascun posto letto può essere ridotto del 10%;
2. ogni posto letto deve essere dotato di un comodino attrezzato per il consumo dei pasti (ovvero un comodino ed un tavolo comune), una sedia ed un armadietto;
3. ogni servizio igienico deve disporre di lavabo, vaso, bidet, piatto doccia o vasca da bagno e, comunque, almeno un servizio igienico deve disporre di vasca da bagno;
4. un bagno per portatori di handicap;

5. due posti letto e, comunque, non più di quattro posti letto per camera; per le strutture di nuova realizzazione la capienza delle camere deve essere di non più di 2 posti letto;

6. almeno il 10% delle stanze di degenza deve ospitare un solo letto.

- Dotazioni di supporto dell'area di degenza

1. Ogni stanza deve essere dotata del bagno e, comunque, deve essere garantita la presenza di almeno un servizio igienico ogni 4 posti letto, nel caso in cui i bagni siano ubicati all'esterno delle camere di degenza;

2. Un locale per visita e medicazioni;

3. Un locale di lavoro, presente in ogni piano di degenza, per il personale di assistenza diretta;

4. Spazio per capo-sala;

5. Un locale per medici;

6. Un locale per soggiorno;

7. Un locale per il deposito del materiale pulito;

8. Un locale per deposito attrezzature;

9. Un locale per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle automatico;

10. Una cucina di reparto;

11. Servizi igienici per il personale;

12. Area attesa visitatori (dotata di un bagno);

13. Un bagno assistito;

14. Almeno un bagno deve essere attrezzato di specchio, mensola, irrigatore, decalcificatore e depuratore con filtro per l'acqua o disponibilità di acqua purificata, cestino porta rifiuti sigillabile per le esigenze connesse alla gestione delle stomie;

15. Palestra attrezzata per riabilitazione di carattere estensivo.

REQUISITI IMPIANTISTICI

Dotazione minima impiantistica:

1. impianto illuminazione di emergenza;

2. impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale;

3. impianto chiamata con segnalazione acustica e luminosa;

4. impianto gas medicali: prese vuoti e ossigeno.

REQUISITI TECNOLOGICI

1. carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale; in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza in comune fra più unità funzionali di degenza.

2. carrello per la gestione terapia;

3. carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico.

I requisiti tecnologici previsti nel punto C.01.02.01 (Aree di degenza per particolari settori di attività: Lungodegenza postacuzie) del Regolamento per l'Autorizzazione e l'Accreditamento delle strutture sanitarie sono i seguenti:

1. sollevatore pesa-pazienti elettrico con diversa tipologia di imbracature;

2. materassi antidecubito;

3. deambulatori con appoggio ascellare;

Si ritiene inoltre necessaria la presenza delle seguenti dotazioni tecnologiche:

1) glucometro;

2) ossimetri;

3) pompe da infusione;

4) pompe per l'alimentazione enterale;

5) letti ad altezza variabile ed articolati;

6) letti elettrici articolati;

7) carrozzelle standard ed a schienale alto reclinabile ed ausili di contenzione;

8) barella doccia per pazienti disabili;

9) cuscini antidecubito;

10) reggibraccio- postura per carrozzella;

11) tavole avvolgenti per carrozzella;

12) elettrocardiografo

ATTREZZATURA PER LA TERAPIA RIABILITATIVA

Si ritiene necessaria la presenza delle seguenti dotazioni:

- lettino per rieducazione motoria, elettrico, ad altezza variabile: cm. 100 X 200 X 44/85 h;
- piano da statica (o lettino di verticalizzazione) ad inclinazione variabile;
- specchio per kinesiiterapia su ruote;
- spalliera svedese;
- cicloergometro;
- deambulatori (o girelli) ad altezza regolabile, dotati di appoggi sottoascellari, regolabili in altezza e sedile mobile;
- tripodi regolabili in altezza;
- bastoni canadesi, con appoggi antibrachiali, regolabili in altezza;
- bastoni in legno per kinesiiterapia;
- sacchetti di sabbia rivestiti in PVC: da ½ - 1- 2-3- 4-5 Kg;
- pesi da 500 gr. e da 1 Kg, con aggancio in velcro per cavagliere;
- parallele per la deambulazione;
- scaletta a quattro gradini (sia in salita che in discesa) con passamano;
- cuscini antidecubito;
- quadro ed attrezzi per ergoterapia, Hand Grip;
- presidi e sussidi per terapia occupazionale
- materassini per fisiokinesiiterapia.

REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Per quanto attiene i requisiti organizzativi nonché la individuazione delle strutture (Complesse, semplici o semplici dipartimentali) si rimanda alle disposizioni regionali in materia, fermo restando l'indirizzo fornito con il presente documento.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Italy: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.2021
2. Decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 (in S.O. n. 25, relativo alla G.U. 18/07/2020, n. 180)
3. Decreto Ministeriale n. 70 del 2/4/2015 (in GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015)
4. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2018. Giugno 2019. Disponibile su www.salute.gov.it.
5. Ventrella Francesco, Fortunato Francesca. Organizzazione della Struttura Complessa di Medicina Interna per intensità di cure: l'Area critica di Medicina Interna. MECOSAN 2019;112:7-39
6. FADOI – SIMI. Documento sulla Riorganizzazione Funzionale delle UU.OO di Medicina Interna - inviato al Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute e agli Assessori Regionali alla Salute nell'aprile 2021
7. AGENAS. Focus on: La proposta Agenas alle Regioni soggette al Piano di rientro. Monitor 2011; Anno X, numero 27:12-89
8. Piano nazionale di ripresa e resilienza 2021-2026 - Missione 6. disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute>
9. Ventrella Francesco. L'area critica di medicina interna: stato dell'arte nella Regione Puglia. Quali motivazioni? Per quali pazienti? Secondo quali normative? Quaderni - Italian Journal of Medicine 2015;volume 3:548-555
10. Ventrella Francesco, Ventrella Serena, Greco Antonio. L'evoluzione organizzativo-funzionale della Medicina Interna: l'Area Critica di terapia semintensiva - valore innovativo e mission. Quaderni - Italian Journal of Medicine 2020;volume 8(4):1-12
11. Regione Toscana. Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40. Disciplina del servizio sanitario regionale. (Bollettino Ufficiale n. 19, parte prima,, supplemento n. 40, del 7 marzo 2005)
12. Regione Emilia Romagna. DGR n. 2040/2015. Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015

13. Regione Piemonte. DGR 12 maggio 2014, n. 28-7588. Azione 14.1.1 "Ridefinizione della rete ospedaliera per acuti e per post-acuti" di cui ai Programmi Operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. 25-6992 del 30 dicembre 2013: modificazioni e integrazioni alla D.G.R. 6-5519 del 14 marzo 2013.
14. Regione Lombardia. DGR n.XI/1694 del 3 giugno 2019. Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l'attivazione e implementazione delle nuove reti clinico-assistenziali e organizzative.
15. Regione Lombardia. Decreto n. 10271 del 26/07/2021. Reti clinico assistenziali ed organizzative - Nomina dei componenti dell'organismo di coordinamento e approvazione del piano di rete della rete regionale di Medicina interna.
16. Nardi R., Arienti V., Nozzoli C., Mazzone A. Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. Italian Journal of Medicine 2021,6:1-13. DOI <https://doi.org/10.4081/itjm.2012.1>
17. Subbe C.P., Kruger M., Rutherford P., Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM 2001, 94:521-6. DOI: 10.1093/qjmed/94.10.521
18. Bartolomei C., Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Italian Journal of Medicine 2007;(1)2:31-39
19. DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 2017, Supplemento n.15)
20. Regione Puglia. Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3. "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie" (in Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 7 suppl. del 14-1-2005)

Il Dirigente di Sezione
Mauro Nicastro



Mauro
Nicastro
28.11.2023
16:31:25
GMT+01:00