



 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

18-19-20 SETTEMBRE 2024 | BARI

VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

**UN PATTO PER IL
RILANCIO DELLA SANITÀ
NEL SUD**

Innovazione - Sostenibilità - Equità

20 SETTEMBRE | Sala **SCUDERIE**

L'Area Critica di
Terapia Semintensiva
in Medicina interna

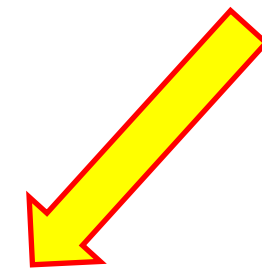
Dott. Francesco Ventrella
Direttore SC Medicina interna
Ospedale Cerignola – ASL FG

 15:00 - 18:30 | **LA MEDICINA INTERNA IN PUGLIA**
Centralità e organizzazione nel Sistema Sanitario Regionale

 SESSIONE ACCREDITATA
 **RES 3.0** crediti ECM

in partnership con 

Perché l'Area Critica o Terapia semintensiva in Medicina Interna?

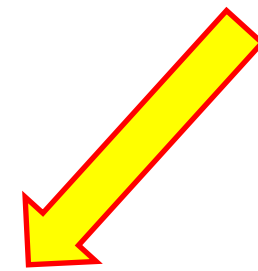


Necessità epidemiologiche



Indicazioni legislative

Perché l'Area Critica o Terapia semintensiva in Medicina Interna?



Necessità epidemiologiche

Trend nei ricoveri ospedalieri



Pazienti più gravi



Pazienti più anziani

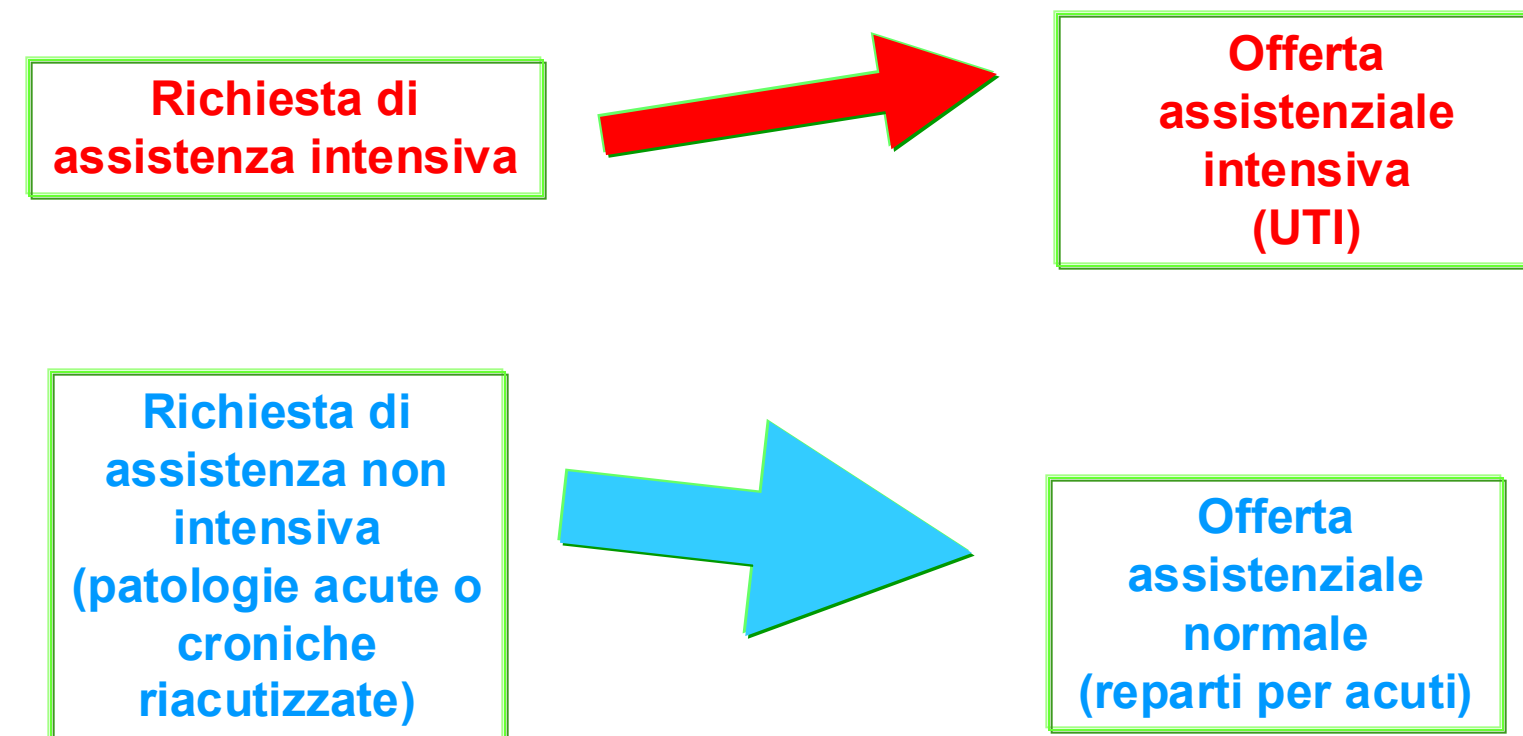


**Procedure tecnicamente
più avanzate**



**Durata delle degenza
ridotta**

**DOMANDA E OFFERTA DI ASSISTENZA
NELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO TRADIZIONALE**



**DOMANDA E OFFERTA DI ASSISTENZA NELL'ASSETTO
ORGANIZZATIVO TRADIZIONALE: EFFETTI DISTORSIVI**



**Uno stesso paziente con le stesse necessità
assistenziali semintensive può avere a
disposizione ...**

molto

oppure

molto poco!



**DOMANDA E OFFERTA DI ASSISTENZA
ORGANIZZATIVO TRADIZIONALE E EFFETTI DISTORSIVI
NELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO INNOVATIVO**



Richiesta di assistenza semintensiva Quali pazienti?

Questi che pazienti richiedono un frequente/continuo monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati, ma generalmente **non necessitano di un monitoraggio invasivo**.

- ✓ **Insufficienza respiratoria** acuta o cronica-riacutizzata
- ✓ **Urgenze metaboliche** (chetoacidosi diabetica, sindrome iperglicemica iperosmolare, gravi turbe idro-elettrolitiche, encefalopatia epatica grave ed altre encefalopatie metaboliche, ecc.)
- ✓ **Ictus** cerebrale grave non trombolisabile
- ✓ **Insufficienza cardiaca** grave/edema polmonare acuto
- ✓ **Sepsi** severa/shock settico senza indicazione immediata ad intubazione oro-tracheale
- ✓ Emorragie digestive, pancreatiti acute

Valutazione gravità clinica
tramite Early Warning Score:

- MEWS
- NEWS

Guidelines on Admission and Discharge for Adult Intermediate Care Units. Crit Care Med 1998

Score precoci di gravità clinica

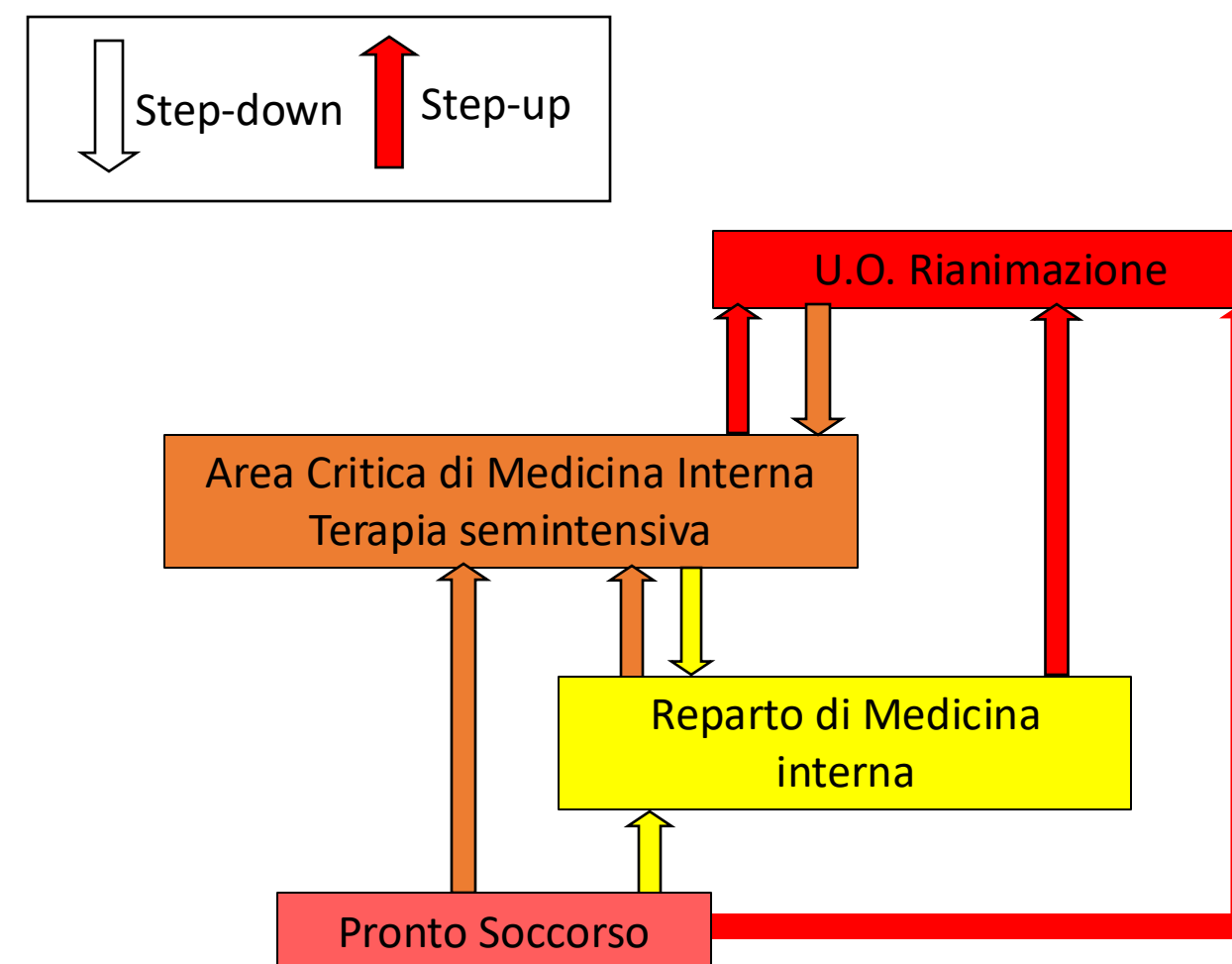
Modified Early Warning Score (MEWS)							
	3	2	1	0	1	2	3
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Frequenza cardiaca (bpm)		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Frequenza respiratoria (apm)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Temperatura (°C)		< 35		35-38,4		≥ 38,5	
Stato di coscienza (score AVPU)				A (Alert) Sveglio	V (Voice) Risponde alla voce	P (Pain) Risponde al dolore	U (Unresponsive) Non risponde agli stimoli

Punti da 0 a 2: pz. stabili
 Punti da 3 a 4: pz. instabili
 Punteggio > 5: pz. critici
 (max = 14)

National Early Warning Score (NEWS)							
	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro (atti/min)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturazione di ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Necessità di Ossigenoterapia		SI		NO			
Temperatura (°C)	≤ 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥ 39,1	
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequenza cardiaca (BPM)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

Punteggio NEWS	Rischio clinico
0	Basso
1 - 4 di somma	
ALLARME ROSSO* (quando un solo parametro raggiunge 3)	Medio
5-6 di somma	
≥7	Alto

Dinamica dei possibili trasferimenti del paziente tra le
aree a differente intensità di cura



Perché l'Area Critica o Terapia semintensiva in Medicina Interna?



Necessità epidemiologiche



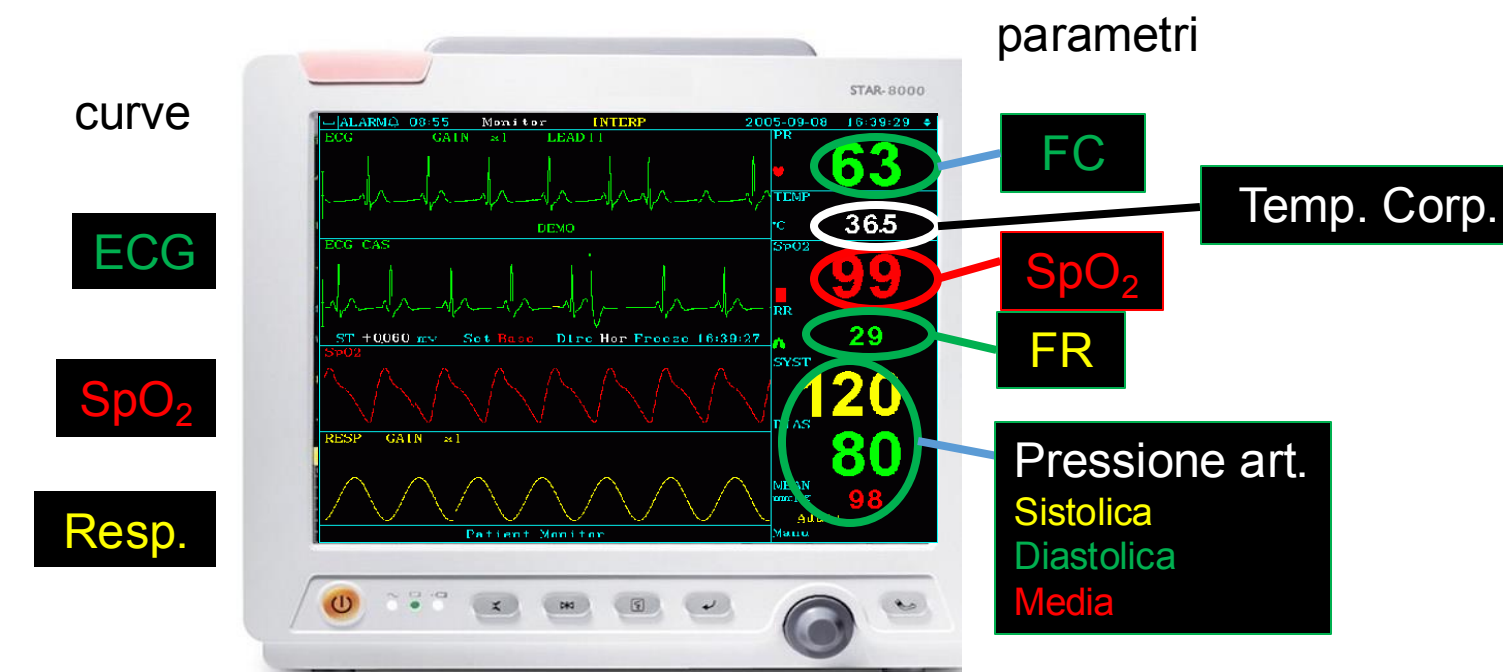
Indicazioni legislative

D.L. 34 del 19 maggio 2020, comma 2 dell'art. 2
(convertito nella Legge 17 luglio 2020 n. 77)

- 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.
- Le UU.OO. di Medicina interna si pongono come sede preferenziale di attivazione di posti letto di terapia semintensiva in quanto:
 - ai sensi del DM n. 70/2015, le U.O. di Medicina Interna sono pressoché ubiquitarie in tutti gli Ospedali Italiani, rappresentando la specialità con il maggior numero di ricoveri e posti letto
 - hanno gestito buona parte del versante ospedaliero dell'emergenza sanitaria da COVID-19, organizzando anche aree sub-intensive di supporto alle unità di terapia intensive.

MEDICINA INTERNA SEMINTENSIVA Dettagli organizzativi minimi (DGR 1710/2024)

- Codice ministeriale (Edotto) 94
- Modulo standard 4-6 posti letto (indicativo)
- Dotazione strumentale per ogni posto letto:
 - Monitor multiparametrico, possibilmente collegato a centralina di monitoraggio



MEDICINA INTERNA SEMINTENSIVA Dettagli organizzativi minimi (DGR 1710/2024)

- **Codice ministeriale (Edotto) 94**
- **Modulo standard 4-6 posti letto (indicativo)**
- **Dotazione strumentale per ogni posto letto:**
 - Monitor multiparametrico, possibilmente collegato a centralina di monitoraggio
 - Ventilatore polmonare presso-volumetrico da terapia semintensiva/intensiva



MEDICINA INTERNA SEMINTENSIVA Dettagli organizzativi minimi (DGR 1710/2024)

- **Codice ministeriale (Edotto) 94**
- **Modulo standard 4-6 posti letto (indicativo)**
- **Dotazione strumentale per ogni posto letto:**
 - Monitor multiparametrico, possibilmente collegato a centralina di monitoraggio
 - Ventilatore polmonare presso-volumetrico da terapia semintensiva/intensiva
 - Sistema per ossigenoterapia ad alti flussi riscaldati ed umidificati (HFNC)

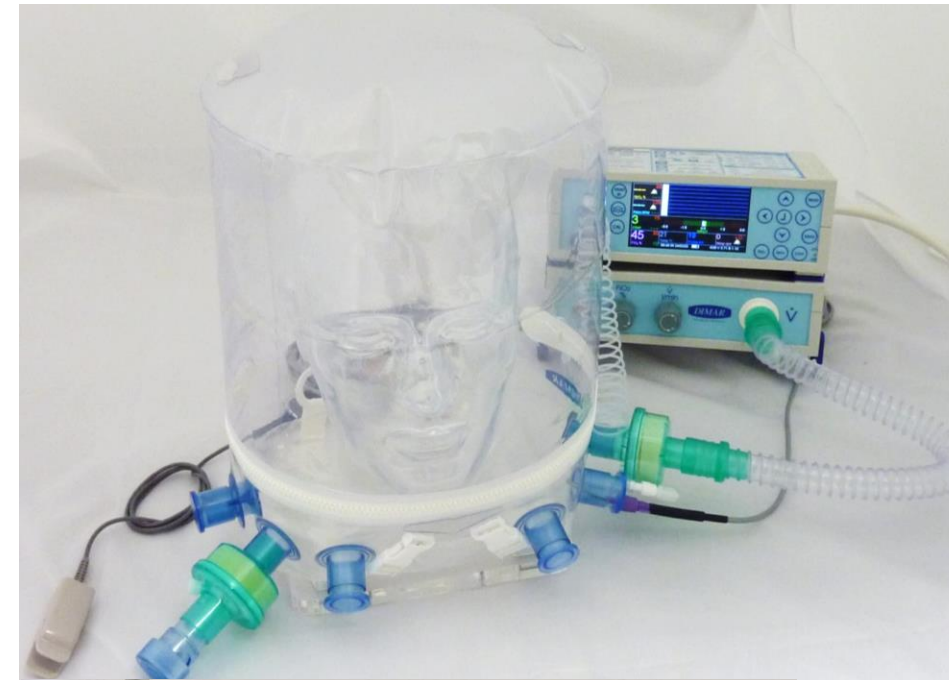


MEDICINA INTERNA SEMINTENSIVA Dettagli organizzativi minimi (DGR 1710/2024)

- **Codice ministeriale (Edotto) 94**
- **Modulo standard 4-6 posti letto (indicativo)**
- **Dotazione strumentale per ogni posto letto:**
 - Monitor multiparametrico, possibilmente collegato a centralina di monitoraggio
 - Ventilatore polmonare presso-volumetrico da terapia semintensiva/intensiva
 - Sistema per ossigenoterapia ad alti flussi riscaldati ed umidificati (HFNC)
 - 1-2 prese di O2 ad alta pressione ed alto flusso (impianto centralizzato)
 - Presa per il vuoto con collegato aspiratore
 - Preferibilmente presa per l'aria compressa
 - Almeno due pompe infusionali volumetriche
 - Almeno due pompa- siringa
 - Potenziamento dell'impianto elettrico dei testaleto (almeno 6-10 prese elettriche compatibili con i diversi formati)
 - Presidi antidecubito







CPAP nel paziente COVID-19



MEDICINA INTERNA SEMINTENSIVA Dettagli organizzativi minimi (DGR 1710/2024)

- **Dotazione reparto:**
 - Ecografo con 3 sonde (lineare, convex e cardiologica) per ecografia «Point-of-Care»
 - Prese per emodialisi
- **Rapporto infermiere/paziente (in ogni turno lavorativo) 1:4**
- **Guardia medica attiva di unità operativa H24**
- **Organico aggiuntivo (per modulo di 4 P.L.)**
 - 6 infermieri
 - 2 dirigenti medici
 - 3 OSS
 - 1 ausiliario

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> > Fornisce una risposta concreta all'incremento sia della complessità clinica di pazienti con elevati gradi di instabilità, sia delle necessità assistenziali dovute alla significativa presenza di numerose comorbidità > Flessibilità organizzativa con facilità di collocazione e dei tempi di gestione del paziente nel setting di cura più appropriato con migliore rapporto costo-efficacia rispetto alla rianimazione e con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in quest'ultima; > Centralità dei bisogni assistenziali del paziente e vision olistica dell'assistenza > Unicità della direzione della struttura nei diversi livelli di intensità di cure e completa integrazione del personale > Distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità assistenziale dal punto di vista sia quantitativo (porzione infermieri/pazienti) sia qualitativo > Possibilità di riduzione dei costi operativi dell'ospedale senza sacrificare l'outcome dei pazienti principalmente a causa della minore rapporto infermiere/paziente rispetto alle UTI, > Riduzione degli accessi impropri in UTI, con migliore utilizzazione dei loro posti letto > Maggiori possibilità di trasferimento dalle rianimazioni all'area critica di pazienti ancora in fase di svezzamento (step-down) > Maggiore accettazione da parte del paziente di un setting assistenziale meno aggressivo, meno rigido e più aperto; > Garanzia di un alto setting assistenziale pur con meno infermieri rispetto alle rianimazioni (in area critica rapporto infermieri/pazienti è solitamente di 1:4) 	<ul style="list-style-type: none"> > La forte innovazione organizzativa ed assistenziale può suscitare resistenza al cambiamento di ruolo da parte di alcuni dirigenti medici abituati alla mission tradizionale delle UO di Medicina interna > Necessità di un leader forte e riconosciuto dal team per implementare nel concreto il cambiamento > Serve una gestione operativa molto forte capace di organizzare procedure e processi innovativi > Non è attuabile da subito in tutte le UU.OO. di Medicina interna, ma richiede un'esperienza già acquisita nella gestione del paziente critico e, soprattutto, nell'uso della ventilazione polmonare non invasiva > Possibile scetticismo da parte della direzione strategica e/o di altri specialisti ospedalieri nei confronti della professionalità degli internisti nel campo della terapia semintensiva > Difficoltà di ottenere il riconoscimento di una congrua dotazione aggiuntiva di personale
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> > Importante occasione di evoluzione professionale e formativa degli specialisti in Medicina interna > Valorizzazione del personale infermieristico > Formazione integrata medico-infermieristica > Guadagno di immagine delle UU.OO. di Medicina interna e rivalutazione del loro ruolo nell'ambito del presidio ospedaliero 	<ul style="list-style-type: none"> > Possibili conflitti con i rianimatori e conseguente rischio di "scaricare" sull'UO di Medicina cardiaca assistenziali propri delle UTI > Possibili conflitti con pneumologi e cardiologi (già gestori di reparti/letti dedicati a pazienti critici) > Rischio che all'attivazione dei posti letto di terapia semintensiva non si accompagni necessariamente l'assegnazione di una dotazione organica aggiuntiva con conseguente impossibilità di assicurare adeguati livelli assistenziali

Matrice SWOT del progetto

- punti di forza (**S**trengths)
- debolezze (**W**eaknesses)
- opportunità (**O**pportunities)
- minacce (**T**hreats)

Punti di forza	Punti di forza
<ul style="list-style-type: none"> > Fornisce una risposta della complessità clinica di pazienti con elevati gradi di instabilità, sia dovute alla significativa comorbilità > Flessibilità organizzativa nella collocazione e dei tempi di gestione del paziente nel setting di cura più appropriato con migliore rapporto costo-efficacia rispetto alla rianimazione e con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in quest'ultima; > Centralità dei bisogni assistenziali del paziente e visione olistica dell'assistenza > Unicità della direzione della struttura nei diversi livelli di intensità di cure e completa integrazione del personale > Distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità assistenziale dal punto di vista sia quantitativo (porzioni infermieri/pazienti) sia qualitativo > Possibilità di riduzione dei costi operativi dell'ospedale senza sacrificare l'outcome dei pazienti principalmente a causa della minore rapporto infermiere/paziente rispetto alle UTI, > Riduzione degli accessi impropri in UTI, con migliore utilizzazione dei loro posti letto > Maggiori possibilità di trasferimento dalle rianimazioni all'area critica di pazienti ancora in fase di svezzamento (step-down) > Maggiore accettazione da parte del paziente di un setting assistenziale meno aggressivo, meno rigido e più aperto; > Garanzia di un alto setting assistenziale pur con meno infermieri rispetto alle rianimazioni (in area critica rapporto infermieri/pazienti è solitamente di 1:4) 	<ul style="list-style-type: none"> > Fornisce una risposta concreta all'incremento sia della complessità clinica di pazienti con elevati gradi di instabilità, sia delle necessità assistenziali dovute alla significativa presenza di numerose comorbilità > Flessibilità organizzativa con facilità di collocazione e dei tempi di gestione del paziente nel setting di cura più appropriato con migliore rapporto costo-efficacia rispetto alla rianimazione e con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in quest'ultima; > Centralità dei bisogni assistenziali del paziente e visione olistica dell'assistenza > Unicità della direzione della struttura nei diversi livelli di intensità di cure e completa integrazione del personale > Distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità assistenziale dal punto di vista sia quantitativo (porzioni infermieri/pazienti) sia qualitativo > Possibilità di riduzione dei costi operativi dell'ospedale senza sacrificare l'outcome dei pazienti principalmente a causa della minore rapporto infermiere/paziente rispetto alle UTI, > Riduzione degli accessi impropri in UTI, con migliore utilizzazione dei loro posti letto > Maggiori possibilità di trasferimento dalle rianimazioni all'area critica di pazienti ancora in fase di svezzamento (step-down) > Maggiore accettazione da parte del paziente di un setting assistenziale meno aggressivo, meno rigido e più aperto; > Garanzia di un alto setting assistenziale pur con meno infermieri rispetto alle rianimazioni (in area critica rapporto infermieri/pazienti è solitamente di 1:4)

Matrice SWOT del progetto

- > punti di forza (**S**trengths)
- > debolezze (**W**eaknesses)
- > opportunità (**O**pportunities)
- > minacce (**T**hreats)

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> > Fornisce una risposta concreta all'incremento sia della complessità clinica di pazienti con elevati gradi di instabilità, sia delle necessità assistenziali dovute alla significativa presenza di numerose comorbidità > Flessibilità organizzativa con facilità di collocazione e dei tempi di gestione del paziente nel setting di cura più appropriato con migliore rapporto costo-efficacia rispetto alla rianimazione e con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in quest'ultima; > Centralità dei bisogni assistenziali del paziente e vision olistica dell'assistenza > Unicità della direzione della struttura nei diversi livelli di intensità di cure e completa integrazione del personale > Distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità assistenziale dal punto di vista sia quantitativo (porzione infermieri/pazienti) sia qualitativo > Possibilità di riduzione dei costi operativi dell'ospedale senza sacrificare l'outcome dei pazienti principalmente a causa della minore rapporto infermiere/paziente rispetto alle UTI, > Riduzione degli accessi impropri in UTI, con 	<ul style="list-style-type: none"> > La forte innovazione organizzativa ed assistenziale può suscitare resistenza al cambiamento di ruolo da parte di alcuni dirigenti medici abituati alla mission tradizionale delle UO di Medicina interna > Necessità di un leader forte e riconosciuto dal team per implementare nel concreto il cambiamento > Difficoltà di ottenere il riconoscimento di una congrua dotazione aggiuntiva di personale
<ul style="list-style-type: none"> > Guadagno di immagine delle UU.OO. di Medicina interna e rivalutazione del loro ruolo nell'ambito del presidio ospedaliero 	<ul style="list-style-type: none"> > Possibili conflitti di "scaricare" i propri delle UTI > Possibili conflitti gestori di reparto > Rischio che all'attivazione dei posti letto di terapia semintensiva non si accompagni necessariamente l'assegnazione di una dotazione organica aggiuntiva con conseguente impossibilità di assicurare adeguati livelli assistenziali

Matrice SWOT del progetto

- > punti di forza (**S**trengths)
- > debolezze (**W**eaknesses)
- > opportunità (**O**pportunities)
- > minacce (**T**hreats)

Guadagno di immagine delle UUOO di Medicina interna e rivalutazione del loro ruolo nell'ambito del presidio ospedaliero



**Grazie per
l'attenzione!**



Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)