

Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Medicina Interna

Gruppo di lavoro

Ballardini Giorgio	AUSL Rimini
Braicovick Maria	AIOP Villa Chiara
Chesi Giuseppe	AUSL Reggio Emilia
Cinotti Renata	ASSR
Delsignore Roberto	AOSP Parma
Iori Ido	AOSP Reggio Emilia
Iosa Giovanni	AUSL Cesena
La Porta Pierluigi	ASSR
Nardi Roberto	AUSL Bologna
Pedone Vincenzo	AUSL Bologna
Serra Vera	ASSR
Trentini Maurizio	AIOP Villa Chiara
Valmori Virna	AUSL Cesena
Venturoli Patrizia	ASSR
Vercilli Francesco	AOSP Reggio Emilia
Zoli Marco	AOSP Bologna

Ottobre 2011

Revisione 1

N.B. E' auspicabile una revisione dei requisiti contenuti nel presente documento entro due anni

Per quel che riguarda la dotazione di personale individuata nelle varie articolazioni in cui si configura il servizio, questa deve essere rapportata ad una lettura complessiva delle dotazioni e dell'organizzazione della struttura oggetto dell'applicazione dei requisiti.

Premessa

- Il documento definisce i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, di formazione del personale, verifica della competenza clinica e dei risultati ai fini di accreditamento delle attività di degenza, day-hospital e di ambulatorio delle Unità Operative (UU.OO.) di Medicina Interna.
- **DESCRIZIONE DELLE FUNZIONI**

Lo specifico e la mission delle Unità Operative di Medicina Interna

Le UU.OO. di Medicina Interna hanno modificato in questi anni il loro ruolo ed il significato della loro mission in relazione al mutato contesto epidemiologico e socioculturale nel cui ambito sono profondamente cambiate le caratteristiche e le esigenze di salute della popolazione.

Il mutato contesto epidemiologico

L' invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento dell'età media ha notevolmente aumentato il numero di soggetti affetti da patologie croniche, da patologie multiple e da patologie complesse. Parallelamente le mutate condizioni socioeconomiche del nostro paese e della nostra regione hanno incrementato il numero di soggetti anziani e di soggetti socialmente in difficoltà, privi di una rete familiare in grado di accudirli e garantire loro un supporto adeguato alla gestione della vecchiaia e delle patologie croniche spesso presenti anche non isolatamente. Si è così progressivamente assistito ad un incremento dei cosiddetti soggetti fragili nei quali la cura di un episodio patologico deve necessariamente essere correlata alla cura globale della persona prevedendo quindi meccanismi di collegamento con il territorio e le sue strutture socio-assistenziali ed i meccanismi cosiddetti di dimissione protetta.

La capillare diffusione della Medicina Interna

Caratteristica delle UU.OO. di Medicina Interna è la loro diffusione capillare nel territorio all'interno delle strutture ospedaliere, sia di grandi come di piccole dimensioni. E' evidente quindi che la missione della Medicina Interna può diversificarsi a seconda che la U.O. sia collocata all'interno di una azienda ospedaliera od ospedaliero-universitaria o, all'opposto, all'interno di un piccolo ospedale, eventuale unico presidio sanitario di base all'interno di un distretto sociosanitario o di una comunità montana.

Medicina Interna e tipologia di ospedali e di territorio

Se all'interno di un ospedale di grandi dimensioni, la U.O. di Medicina Interna, oltre alle funzioni di base proprie di questa specializzazione, può connotarsi con una o più valenze specialistiche di eccellenza, in grado anche di farla diventare centro hub di riferimento nel contesto di reti ospedaliere provinciali, di area vasta o regionali; all'opposto, nel contesto di un piccolo ospedale, specie se particolarmente decentrato, la U.O. di Medicina Interna spesso assume la connotazione di Unità Internistica a valenza polispecialistica e gestisce direttamente al suo interno funzioni specialistiche di base, funzioni connesse alla gestione dell'emergenza urgenza e funzioni di tipo semintensivo.

Le modalità organizzative delle UU.OO. di Medicina Interna

Da queste premesse e dalla riorganizzazione ospedaliera attuata a partire ormai dall'inizio degli anni '90 tramite la progressiva costruzione e realizzazione del modello di aggregazione dipartimentale, è scaturita negli ultimi anni anche la ricerca di nuove modalità organizzative che si sono progressivamente sviluppate.

In particolare paiono ormai in corso di implementazione:

- a) il modello organizzativo basato sull'intensità di cure sia di UO che di tipo Dipartimentale e/o Interdipartimentale
- b) i modelli organizzativi di gestione integrata ospedale-territorio specie per la gestione dei

soggetti affetti da patologie croniche

c) il modello delle Reti inter-ospedaliere e di specialità basate sul modello dell'hub e spoke

Questi modelli assistenziali sono tuttora in fase di ulteriore sviluppo, ma, anche nel contesto della Medicina Interna, parrebbero i più idonei a garantire a ciascun paziente una equità di trattamento sanitario quale prevista dalla nostra Carta Costituzionale Repubblicana e dal Sistema Sanitario Regionale della RER.

In questo nuovo contesto la Medicina Interna oggi:

- gestisce la diagnosi e la terapia dei pazienti complessi, polipatologici, fragili;
- offre, generalmente con utilizzo di tecnologie di base, una risposta efficace alle necessità di assistenza che emergono dalla grande varietà di problemi clinici presenti in un territorio, permettendo, con la sua peculiare funzione di "filtro" e di "indirizzo", il più appropriato utilizzo delle funzioni specialistiche ad alta tecnologia e la loro concentrazione territoriale; ha la capacità di rispondere, con il modulo organizzativo più adatto, ai diversi momenti della storia clinica del paziente, dal primo contatto con la struttura ospedaliera (ambulatori, day service (DS), day hospital (DH)), alle fasi più critiche del processo di assistenza, fino alla gestione di aree per post-acuti e, in particolari contesti organizzativi, delle strutture di lungo-degenza, facendosi carico del coordinamento delle cure multiprofessionali anche durante la riabilitazione estensiva;
- supporta funzioni specialistiche di tipo chirurgico, sia nelle fasi di inquadramento pre intervento che nelle fasi di post intervento, sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale semplice o complesso (Day Service). Questo supporto, con modalità diversificate a seconda delle diverse realtà ospedaliere e territoriali, è fornito sia per la gestione della terapia medica delle polipatologie di base spesso presenti in questi pazienti solitamente anziani, sia per la gestione delle complicanze di tipo internistico (scompenso cardiaco, scompenso metabolico e/o idroelettrolitico, infezioni, etc.) che non di rado ne complicano il decorso;
- ha nel metodo clinico, lo strumento essenziale di impostazione del rapporto medico-paziente.

Fondamenti metodologici alla base dell'attività clinica della Medicina Interna

Il metodo clinico

Il *metodo clinico* è l'insieme degli atti e delle procedure che si realizzano nell'incontro del paziente con il medico, incontro destinato ad identificare e risolvere i problemi di salute che una persona presenta e le conseguenze psicologiche, sociali, economiche che la malattia determina.

Questa concezione del metodo clinico fa sì che lo stesso sia caratteristica essenziale dell'Internista, per la sua preparazione professionale essenziale, ma diffusa, per la sua educazione alla visione olistica della persona, per il quotidiano contatto con la polipatologia.

La Medicina basata sulle Evidenze (EBM)

Ormai da qualche anno al centro del rinnovamento del metodo clinico in Medicina Interna, l'EBM si propone come strumento in grado di assistere i professionisti della sanità nel difficile compito di conciliare la disponibilità di nuove conoscenze e tecnologie e le giuste esigenze dei pazienti di essere curati con "quanto di meglio" la ricerca scientifica mette a disposizione in quel momento, con la necessità sempre crescente di giustificare e selezionare le scelte che si operano secondo criteri riconosciuti di utilità, sicurezza, efficienza, in un'ottica di buon uso delle risorse.

Questo processo richiede pertanto la formazione di un bagaglio complesso di conoscenze e di abilità tecniche (conoscenze di epidemiologia clinica, tecnica della ricerca nelle banche dati, capacità di leggere e valutare criticamente i disegni sperimentali, ecc), ma anche la creazione di nuovi strumenti che facilitino l'impiego delle risorse informative e l'applicazione del metodo (guide alle risorse internet, check list di valutazione critica, etc).

La disponibilità ampia nella rete web di documenti di alta qualità diretti ad assistere nello sviluppo di tutti i principali strumenti del governo clinico (linee guida, report di *technology assessment*, strumenti per la riduzione del rischio clinico, etc, nonché l'esistenza degli altri strumenti per la formazione e l'aggiornamento professionale, come banche dati di immagini, di corsi interattivi, di forum di discussione, di liste di *case report* oltre che, ovviamente, delle grandi banche dati bibliografiche, offrono oggi grandi possibilità di migliorare la qualità tecnica e gestionale. Le nuove opportunità di accesso alle biblioteche informatiche integrate, che includono banche dati dedicate, quali ad esempio la Cochrane, costituiscono uno strumento indispensabile nelle mani dei professionisti per crescere nell'ambito di questa metodologia di lavoro.

Governo clinico e "Disease Management"

L'incontro del metodo clinico con l'EBM (Medicina basata sull'evidenza) diventa capace di produrre percorsi dedicati alla cura e al follow up di pazienti affetti da patologie omogenee. Tale procedimento prevede modalità di gestione della patologia a seconda della sua severità e della tipologia del paziente affetto. Viene costruito da gruppi di lavoro di professionisti dell'area che elaborano le linee del percorso, ne promuovono la diffusione e condivisione e ne monitorizzano l'andamento tramite sistemi di audit clinico dedicati.

Nell'ambito del processo di governo clinico possono inoltre venire coinvolti in maniera integrata, di volta in volta, a seconda delle patologie considerate e delle diverse competenze, professionisti di altre specialità e di altri Dipartimenti ospedalieri anche di aree non omogenee e, specie per i percorsi integrati del malato cronico, anche professionisti dei Dipartimenti di Cure Primarie. Il governo clinico può così diventare lo strumento reale per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie intese nella loro globalità e conseguentemente ottimizzarne i costi in una logica del corretto rapporto costo/beneficio di ogni azione intrapresa.

Governo clinico e rischio clinico

Il metodo di lavoro basato sul governo clinico, attraverso le azioni da esso prodotte, diventa poi la base per un adeguato controllo del rischio clinico. Esso consta infatti di tempi rappresentati dall'analisi del contesto lavorativo e di personale in cui si opera, dalla elaborazione e dalla focalizzazione delle diverse criticità presenti e/o possibili e sulla base di questa dalla elaborazione di azioni e prodotti finalizzati al controllo ed alla prevenzione di tali criticità.

- Le UU.OO. di Medicina Interna sono la naturale destinazione dei pazienti acuti affetti da patologie pluriorgano o sistemiche per la cui valutazione globale e il trattamento risultano indispensabili una gestione diretta da parte del medico internista; ne viene talora compresa la fase diagnostica, se non effettuabile tramite percorsi alternativi al ricovero per motivi di complessità particolare, di necessità di supporto terapeutico ospedaliero e/o per motivi di particolare fragilità del paziente stesso. Tale iter può essere portato avanti fino alla formulazione dell'eventuale quesito per l'indicazione chirurgica.

Caratterizzano l'attività di queste UU.OO.:

- la capacità di diagnosi e terapia per patologie complesse o multiorgano;
- l'elevata flessibilità funzionale;
- la pratica di una quantità rilevante di attività ritenute specialistiche ed inerenti le discipline chiave derivate dalla Medicina Interna;
- la capacità di gestire in autonomia strumenti tecnologici "più semplici" divenuti ormai patrimonio comune del bagaglio tecnico del medico internista.

Tipologia dei pazienti ricoverati e percorsi incentrati sul paziente

In relazione alle caratteristiche di ogni singolo paziente afferente (Tab 1) considerato nella sua interezza (tipo di sintomatologia presentata, grado di instabilità e di criticità presenti, fragilità intrinseca, rete di supporto familiare presente, etc.), della tipologia di ogni singolo ospedale, delle

caratteristiche, della valenza e della tipologia organizzativa, la UO Internistica, in una logica di appropriatezza, di promozione della qualità e di efficacia dell'assistenza, dovrebbe essere in grado di offrire uno specifico percorso assistenziale, del quale il tradizionale ricovero ospedaliero costituisce solamente una delle possibilità od una parte di esso.

Tabella 1

Caratteristiche clinico-assistenziali riscontrabili nei pazienti internistici
<ul style="list-style-type: none"> • adulti, generalmente anziani • con diverse comorbilità • con prevalenti malattie croniche/cronico-riacutizzate • in alcuni casi “critici” • in alcuni casi “fragili” • nella maggioranza dei casi complessi • a volte disabili, a rischio di perdita dell'autosufficienza • a volte instabili, in alcuni casi critici • con limitata speranza di vita • in trattamento poli-farmacologico • con frequenti ricoveri ripetuti • in alcuni casi a rischio di dimissione difficile • che richiedono il giusto tempo di ascolto e di valutazione • che richiedono un approccio multidisciplinare • che richiedono continuità assistenziale

Nardi R, Scanelli G, Borioni D et al, The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study, European Journal of Internal Medicine 2007, 18: 283–287 Mod.

Tipologie assistenziali erogabili

Ricovero in regime ordinario di degenza: si tratta di un ricovero prevalentemente eseguito in urgenza e finalizzato al trattamento di patologie acute che per severità, complessità, instabilità del quadro clinico, comorbilità, fragilità intrinseca del paziente e del suo habitat familiare richiedono sorveglianza e trattamenti non eseguibili al domicilio od in altri regimi di ospedalizzazione.

Ricovero in regime di ricovero diurno: è una modalità di ricovero utilizzabile per l'esecuzione di manovre o percorsi complessi o di trattamenti particolari sia farmacologici che non, nelle quali il rischio per il paziente comporta l'osservazione diurna in ambiente protetto quale quello ospedaliero.

Day Service: è una modalità di presa in carico di pazienti internistici “complessi” che necessitano o di un iter diagnostico strutturato da eseguirsi in maniera compattata ed in tempi ragionevolmente “brevi” o di trattamenti “impegnativi” ma gravati da un basso rischio di eventi avversi e/o di complicanze, tali quindi da non richiedere una sorveglianza di tipo ospedaliero, ma un iter ed una sorveglianza di tipo ambulatoriale.

Risorse tecnologiche impiegabili

- Nella Medicina Interna moderna ogni UO di ambito Internistico, sia strutturata per aree a diversa intensità di cura, sia non, deve prevedere una dotazione tecnologica in grado di integrare e supportare l'approccio clinico fin dalla sue prime fasi, monitorarne in maniera il più possibile adeguata l'andamento clinico, garantendo in particolare modo attenzione e supporto alla valutazione ed al monitoraggio delle funzioni vitali. Le dotazioni tecnologiche possono anche essere non esclusive all'interno di una sola unità operativa, ma possono essere condivise sia in ambito dipartimentale che in ambito dell'intero ospedale, al fine di garantirne il migliore e più esteso utilizzo.

Il metodo di lavoro ed i percorsi di cura

- La complessità e la vastità della casistica gestita richiedono poi che il metodo di lavoro, ispirato alla EBM e a criteri di efficacia ed efficienza propri del governo clinico, realizzi ed utilizzi almeno per gli ambiti patologici più frequentemente gestiti e trattati (i principali DRG di ogni singolo reparto o dipartimento) percorsi clinico-assistenziali in grado di assicurare una uniformità su ben definiti e standardizzati livelli qualitativi nelle pratiche mediche all' interno di ogni singola unità operativa . In questo contesto è auspicabile l' utilizzo di strumenti operativi pratici, quali schede applicative, check list apposite che permettano in ogni momento, ad ogni singolo operatore, di applicarle al meglio e, all' intero sistema, di misurarne in maniera costante l'applicabilità e l'applicazione reale.

I percorsi di formazione

- La formazione interna, finalizzata alla costruzione di gruppi di lavoro ad hoc per la strutturazione di questi percorsi ed alla loro progressiva implementazione con il coinvolgimento e l' applicazione di tutti diventa quindi un pilastro essenziale di questi processi di lavoro.

La valorizzazione del ruolo del personale infermieristico

- In questo contesto, di particolare rilievo ed importanza è il coinvolgimento attivo di tutto il personale anche non medico, alla luce della evoluzione in questi ultimi anni dei corsi di studio che hanno portato alla laurea in Infermieristica e alla laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Questo, in particolare, per le modalità di comunicazione interprofessionale e per la corretta applicazione delle tecnologie di trattamento non invasivo, per il monitoraggio delle funzioni vitali, per la gestione di score di gravità e di stratificazione prognostica, per la gestione farmacologica di schemi specifici (vedi insulina) e per la educazione comportamentale e terapeutica.

• ATTIVITA' AMBULATORIALE DI BASE, SPECIALISTICA E STRUMENTALE

Le UU.OO di Medicina Interna possono annoverare, all'interno delle loro équipe, professionisti specializzati in diverse discipline di area internistica e pertanto, oltre ad una attività ambulatoriale di base propria della Medicina Interna, possono erogare anche altre tipologie di prestazioni specialistiche, sia visite mediche sia prestazioni strumentali inerenti alle medesime discipline.

Come già detto nelle premesse di questo documento, a grandi linee per la definizione della tipologia di prestazioni erogabili nell' ambito delle UU.OO. di Medicina Interna possiamo distinguere :

- UU.OO. poste in ospedale di grandi dimensioni ove esistono come UU.OO. autonome le principali specializzazioni di area medica;
- UU.OO. poste in ospedali di piccole- medie dimensioni ove non sono affatto presenti o solo in parte UU.OO. autonome delle principali specializzazioni di area medica.

La prima tipologia di U.O. potrà in parte connotarsi come U.O. in grado di erogare le principali prestazioni di base della medicina interna ed in parte potrà qualificarsi in settori o specializzazioni della Medicina Interna non erogate da altre UU.OO. dell' ospedale in cui è posta e/o nell' area di riferimento della struttura ospedaliera a cui appartiene. Potrà così connotarsi come UO di Medicina Interna ad indirizzo (gastroenterologico, metabolico, cardiovascolare, reumatologico, etc.).

Oltre ad esercitare la sua specifica competenza nei confronti di pazienti ricoverati per problematiche di quel tipo, svolgerà anche una attività ambulatoriale nel settore di indirizzo corredata eventualmente anche da prestazioni tecnologiche inerenti (endoscopia, ecografia, etc.)

Nel settore di competenza può divenire centro di riferimento hub per un bacino di popolazione che, a seconda della specializzazione potrà essere considerato nell' ambito di una singola AUSL, di una provincia, di un'area vasta o, infine, anche dell' intera regione.

La seconda tipologia di U.O. è per lo più situata in ospedali ove le singole specializzazioni di Area medica non sono rappresentate da UU.OO. autonome, ma talora sono costituite come UU.OO. semplici nell'ambito della medesima UO di Medicina Interna o del Dipartimento di Area Medica cui anche la UO di Medicina afferisce.

Queste UU.OO., possono essere chiamate ad erogare prestazioni specialistiche ad alta diffusione e richiedibilità, quali prestazioni cardiologiche, pneumologiche, gastroenterologiche, diabetologiche, etc. e, nel medesimo contesto, potranno anche essere erogate prestazioni tecnologiche inerenti.

Queste attività specialistiche possono essere erogate tramite sistemi di rete integrata ospedale/territorio

Inoltre le UU.OO. di Medicina Interna partecipano in maniera attiva alla rete regionale delle cure palliative e per il controllo del dolore cronico

• CONCETTO DI RETE INTEGRATA

Il concetto di "rete" può essere inteso schematicamente in due accezioni-

1) Il concetto di "**rete clinica integrata**"L'assistenza sanitaria complessiva viene prodotta e distribuita da una rete di interconnessione tra équipes multi-professionali privilegiando nell'organizzazione le *maglie* rispetto ai *nodi*. Un elemento programmatico fondamentale è la gestione delle relazioni e non la centralizzazione della produzione: non è necessaria una "gerarchia" tra gli attori-erogatori di assistenza. L'integrazione tra i diversi erogatori pone l'accento sulla necessità di un "governo" del sistema contro i rischi di diluizione, duplicazione e dispersione delle attività

2) Il concetto di "**rete gerarchicamente integrata**"Per i servizi afferenti alla medesima linea di produzione l'integrazione a rete può essere realizzata attraverso un modello "*hub & spoke*". Esso prevede la concentrazione della produzione della assistenza di maggiore complessità in centri di

eccellenza (*hub*) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente subordinati (*spoke*) cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

L'adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dei servizi rende incompatibile l'uso di un regime di competizione fra le singole unità produttive. Ad esse infatti viene richiesta reciproca cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità assistenziale di loro specifica competenza. L'adozione di un modello basato sulla cooperazione funzionale tra i diversi erogatori consente una utilizzazione della risorsa umana e professionale fortemente indirizzata alla integrazione e al lavoro in team, irrealizzabile in un sistema competitivo. Per quanto riguarda le funzioni e le attività ambulatoriali specialistiche e di tecnologia semplice eseguite dalle UU.OO. di Medicina Interna si applicheranno i requisiti specifici previsti dai rispettivi capitoli di attività ambulatoriale delle discipline specialistiche elaborati all'interno dei requisiti specifici di accreditamento per di ogni singola specializzazione.

• MODELLO ORGANIZZATIVO PER INTENSITÀ DI CURE DELLA MEDICINA INTERNA

A fianco dei tradizionali modelli organizzativi attuati prevalentemente fino ad ora nelle UU.OO., da considerare ancora validi ed attuabili in particolari contesti organizzativi e strutturali, l'evoluzione attuale della Medicina sta sempre più proponendo modelli di tipo dinamico, incentrati sul paziente. Questi modelli ed in particolare il modello cosiddetto per intensità di cure sembrerebbero più rispondenti alle esigenze di una Medicina moderna, in quanto :

- a) distribuiscono i pazienti in relazione alla loro severità e criticità e non semplicemente per singola patologia
- b) considerano il paziente nella sua interezza e nella sua polipatologia e prevedono approcci integrati e multidisciplinari
- c) utilizzano supporti tecnologici appropriati alla situazione clinica di ogni singolo paziente

I pazienti ricoverati in urgenza presso una UO di Medicina Interna possono presentare condizioni cliniche differenti e pertanto necessitare di una tipologia di assistenza sia di tipo medico che di tipo infermieristico "diversificate"

Per rispondere a questa variabilità di presentazione dei pazienti, ottimizzare l'impiego delle risorse strutturali, organizzative, tecnologiche ed umane, si stanno sempre più affermando, non soltanto nell'ambito della Medicina Interna, ma in diverse Aree Omogenee della Medicina, modelli organizzativo-assistenziali che tendono a superare il vecchio statico modello di Divisione ospedaliera, suddiviso per specializzazione e caratterizzato da una omogenea distribuzione di pazienti, indipendentemente dalla loro situazione patologica, su tutto il reparto, strutturato in rigidi modelli assistenziali basati su numero di letti piuttosto che sulle caratteristiche dei pazienti presenti.

Il modello assistenziale basato sull'intensità delle cure può essere costruito come modello organizzativo di U.O. (specie per le realtà più decentrate ove all'interno di grosse UU.OO. di Medicina Interna trovano posto settori specialistici e mancano spesso aree intensive specialistiche dedicate) o come modello organizzativo dipartimentale o interdipartimentale (specie negli ospedali di più grandi dimensioni ove possono essere strutturate aree di degenza omogenea cui afferiscono pazienti di più unità operative che vi vengono allocati e distribuiti a seconda delle necessità assistenziali.)

In tali modelli si possono a grandi linee identificare due/tre livelli assistenziali così suddivisibili

1) area di degenza a più alta intensità di cure: fase di malattia severa in condizione di non stabilità clinica in pazienti per cui vi sia la necessità di una osservazione continua e di un approccio terapeutico personalizzato che per le sue caratteristiche specifiche (età del paziente, comorbilità, situazione logistica, etc.) non necessiti di un accesso ad una unità di terapia intensiva rianimatoria, semintensiva o specialistica:

- pazienti che si presentino con una condizione in atto o molto recente (ore, 1-3 giorni) di insufficienza acuta di un organo o di un sistema, o di più organi e sistemi;
- pazienti in cui sia concreta la possibilità di una evoluzione peggiorativa con possibilità di rischio anche per la vita;

2) area di degenza per pazienti acuti: fase di malattia ancora in acuzie, ma con minor grado di instabilità

- 3) area di degenza a più bassa intensità di cure¹: paziente stabilizzato, ma ancora a potenziale elevato rischio di ricadute o complicanze e/o necessitante di terapia ospedaliera “complessa”.

AREA ad ALTA intensità di cure: è dedicata a pazienti affetti da patologie acute gravi caratterizzate da alterazione di una o più delle funzioni vitali o degli organi vitali, che necessitino di un monitoraggio frequente di tali parametri e/o di terapie complesse e necessitanti monitoraggio specifico durante il trattamento.

Si tratta per lo più dei pazienti che, per età, per comorbidità, per caratteristiche generali, per problemi logistici non sono eleggibili per ricovero presso unità di terapia intensiva o subintensiva di tipo specialistico. I pazienti, sottoposti a monitoraggio poliparametrico non invasivo, resteranno presso tale settore fino a che non si sia ridotto il grado di instabilità e le necessità di controllo poliparametrico.

Per la gestione di tale area devono essere definite in maniera adeguata le responsabilità di tipo medico e le responsabilità di tipo infermieristico.

La gestione di tale area prevede una modalità di lavoro di tipo multidisciplinare. La stessa avrà caratteristiche differenti a seconda della tipologia di ospedale e/o di unità operative coinvolte: in presenza di numerose unità operative di area internistica è preferibile una unica area; in ospedali di piccole dimensioni può essere inserita all'interno dell'area di degenza.

Può quindi essere preferibilmente a disposizione di diverse unità operative di ambito omogeneo Internistico. Per essa devono essere definiti in maniera adeguata protocolli e percorsi di accesso, per il coinvolgimento di specialisti di altre unità operative, e processi e percorsi di dimissione e/o di trasferimento (modalità operativa prevalente per questa tipologia di setting assistenziale) presso le altre aree di degenza o presso altre unità operative. In queste aree viene previsto inoltre un ruolo di particolare rilievo e responsabilità per il personale infermieristico, che deve essere specificamente addestrato all'utilizzo dei sistemi di monitoraggio e sorveglianza attiva impiegati, così come all'utilizzo dei principali presidi terapeutici utilizzati (defibrillatore, ventilatori non invasivi, ultrafiltrazione, etc.) ed alla gestione dei farmaci dell'urgenza secondo protocolli prestabiliti e predefiniti ad hoc.

AREA per pazienti acuti: vi andranno allocati quei pazienti affetti da patologie acute potenzialmente a rischio di evoluzione negativa quoad vitam o quoad valetudinem se non trattati tempestivamente ed in maniera adeguata. Si tratta però di pazienti che, al momento dell'ingresso in ospedale presentano una condizione di relativa stabilità clinica. Non presentano quindi alterazioni acute dello stato di coscienza, non hanno alterazioni critiche dei parametri vitali, non presentano stato di shock. Si tratta di pazienti per lo più anziani, nei quali la coesistenza di più patologie croniche con l'acuzie motivo del ricovero pone indicazione a ricovero ospedaliero. Pur necessitando di adeguata sorveglianza e controllo evolutivo, non presentano indicazioni ad un monitoraggio in continuo delle principali funzioni vitali.

AREA di degenza a più bassa intensità di cure: a fianco delle due aree sopra definite, in questo sistema organizzativo possono essere definite aree nelle quali vengano allocati quei pazienti che superata la fase di maggior acuzie ed instabilità necessitino di alcuni giorni ancora di

¹ I dati della letteratura indicano che la popolazione in ricovero ordinario in Medicina comprende una quota del 20% circa di soggetti gestibili in un'area a caratteristiche differenziate di assistenza, in quanto non necessita più di monitoraggio clinico intensivo, pur mantenendo necessità di controlli medici ravvicinati e sostegno infermieristico per garantire le funzioni d'organo, l'espletamento delle attività quotidiane e la riattivazione funzionale.

Si tratta di una popolazione ben definita, costituita prevalentemente ma non esclusivamente da grandi anziani che, dopo l'evento acuto, presentano difficoltà di stabilizzazione e ripresa e quindi richiedono maggior tempo di ricovero e attivazione di procedure di riattivazione motoria o riabilitazione estensiva (impegno del terapeuta e del paziente per un'ora al giorno)

completamento della degenza per ultimare i controlli clinici e/o strumentali necessari ed eventualmente per calibrare nella maniera più idonea l'assetto terapeutico da suggerire al domicilio. In queste aree, ove i pazienti sono caratterizzati da una ormai raggiunta buona stabilità clinica e dalla necessità di una sorveglianza e di un monitoraggio intensivamente molto minori, potranno trovare temporaneamente posto anche quei pazienti per i quali, per motivi sanitari o socio-assistenziali o per la combinazione di entrambi, è stata posta indicazione alla dimissione protetta.

Possono essere definiti protocolli di condivisione di impianti/attrezzature all'interno del Dipartimento/Raggruppamento a cura della direzione della struttura

impianti - attrezzature	note
<p>Impianti Attrezzature</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impianto di erogazione di ossigenoterapia e impianto per il vuoto ogni posto letto; • sollevatore di malati e altri ausili di movimentazione pazienti; • deambulatore appoggio ascellare; • lavapadelle automatico dove non si utilizzino materiali a perdere; • trapezi; • carrozzine; • poltrone relax; • materassi ed altri presidi antidecubito per ogni paziente che ne necessita • almeno 1 monitor multifunzione per il monitoraggio cardio-respiratorio per ogni sezione di reparto laddove non sia prevista un'area ad alta intensità • monitor defibrillatore e stimolatore • elettrocardiografo per ogni articolazione del reparto • saturimetro per ogni articolazione del reparto • reflattometri per determinazione di glicemia con strisce reattive; • set per aspirazione; • pompe volumetriche peristaltiche e pompe a siringa per almeno il 20% dei pazienti; • disponibilità di pompe per alimentazione enterale assistita; • ecografo per l'esecuzione della diagnostica di interesse internistico • Almeno un apparecchio CPAP • Holter pressorio 	<p>nella impossibilità di avere un impianto di erogazione d'ossigeno possono essere utilizzati presidi portatili, con evidenza della tenuta in sicurezza degli stessi e previa autorizzazione degli organi di vigilanza preposti</p> <p>disponibilità</p> <p>Deve essere disponibile un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale per ogni sezione;</p> <p>anche in disponibilità o anche condiviso con altre u.o.</p> <p>anche condiviso anche condiviso</p>

Per UU.OO. di Medicina Interna che erogano prestazioni di tipo specialistico dovranno essere previste le tipologie di attrezzature necessarie alla erogazione di tali prestazioni.

I requisiti sopra indicati possono essere condivisi nelle situazioni di adiacenza, complanarità fra Unità Operative e/o di esigenze funzionali della struttura

Per quanto riguarda l'assistenza all'Ictus che necessita di trombolisi, la struttura deve essere in possesso della autorizzazione regionale e garantisce il ricovero dei pazienti con Ictus acuto.

Per tale struttura si richiede il possesso dei requisiti “essenziali” di cui alla DGR 1720/2007. Sempre con riferimento alla DGR, se la struttura è collocata in ospedale che garantisce i requisiti addizionali, si configura come struttura di riferimento.

• C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

All'interno della U.O. devono essere individuate le responsabilità per ogni articolazione organizzativa dell'unità operativa sia in area medica che infermieristica.

Deve essere data evidenza delle azioni aziendali messe in atto per consentire di avere un tasso di occupazione che eviti il fenomeno dei posti letto sovra numerari.

Per garantire i livelli di sicurezza devono essere presenti, per moduli fino a 30 p.l. anche condivisi tra specialità mediche, almeno due unità di assistenza per turno (infermieri) h 24, 7 giorni su 7. Per moduli superiori, con posti letto anche condivisi tra specialità mediche, deve essere prevista una unità di assistenza per turno aggiuntiva (infermieri o OSS) ogni 15 p.l. supplementari.

Deve essere garantita una funzione di guardia medica h 24, 7 giorni su 7, eventualmente anche condivisa con altre U.U.O.O. eventualmente costruita su base dipartimentale. La guardia medica per una UO di Medicina Interna deve essere svolta da medici specialisti in Medicina Interna o in specializzazione affine con un grado di competenza per le attività di base della Medicina Interna almeno di livello III.

Per le strutture di piccole dimensioni (120/150 pl complessivi) che non effettuano accettazione d'urgenza la guardia medica notturna, festiva e prefestiva può essere effettuata da medici con un grado di competenza per le attività di base della Medicina Interna almeno di livello III.

Per quanto riguarda la attività di guardia svolta nelle ore notturne e nelle giornate festive, laddove si effettua accettazione ovvero laddove la medicina interna sia chiamata a svolgere funzioni di OBi, il rapporto medico di guardia/ n° di pazienti assistiti non dovrà essere di norma superiore a 70 pazienti “acuti”/1 medico.

In assenza di accettazione il rapporto n°pazienti/medico sarà concordato in sede locale e potrà essere opportunamente modulato in relazione ai criteri ed agli elementi sotto riportati e alla presenza pianificata di ulteriori guardie e/o pronte disponibilità specialistiche.

I requisiti sopra indicati possono essere applicati anche alle aree di degenza ove concorrono più unità operative o specializzazioni o livelli assistenziali.

Data la ampia variabilità di tipologia delle diverse UU.OO. di Medicina Interna nei diversi ospedali, tali livelli di assistenza ed i requisiti tecnologici devono essere intesi come indicativi e dovranno essere opportunamente adeguati ai bisogni clinico-assistenziali in relazione a :

- **tipologia di pazienti degenti**
 - età media
 - case mix
 - % di pazienti allettati e/o non autosufficienti
 - necessità di terapie complesse e/o infusive con pompe di infusione
 - esecuzione ordinaria di attività diagnostiche complesse rivolte a pazienti ricoverati (ecografia, endoscopia, prove di funzionalità respiratoria, etc.)
- **turnover di pazienti ed indice di occupazione**
 - degenza media e indice di rotazione

- indice di occupazione del reparto
- **modelli organizzativi con presenza di aree ad alta intensità**
 - presenza di aree ad alta intensità
 - presenza di aree dedicate all'assistenza di patologie complesse e/o necessitanti protocolli infermieristici dedicati
- **periodi della giornata e della settimana**
 - giornate feriali
 - giornate festive
 - notturni
 - presenza o meno di turni nella accettazione ricoveri
- **presenza di funzioni didattiche**
 - supporto al tirocinio di studenti dei corsi di laurea in genere e dei medici in formazione specialistica

Devono essere previsti meccanismi finalizzati a garantire appropriatezza ed adeguatezza di interventi in presenza di picchi di afflusso al reparto o necessità di trasferimenti protetti.

In ogni UO deve essere individuato, adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito.

Deve essere prevista una modalità/protocollo per la prescrizione/registrazione della contenzione, e i necessari presidi.

Se viene svolta attività di Pronto Soccorso deve essere prevista una adeguata organizzazione ed adeguati livelli di risorse e comunque deve essere garantita la continuità dell'assistenza in reparto.

Deve esistere un protocollo condiviso per la sorveglianza del paziente e la continuità assistenziale tra l'invio dal Pronto Soccorso e la presa in carico nel reparto.

Devono esistere protocolli con le altre Unità operative per lo svolgimento delle attività di consulenza sia ordinaria che urgente.

Devono essere concordate le modalità di richiesta e di invio delle risposte di esami diagnostici in urgenza con le U.O. interessate.

Deve essere disponibile e facilmente accessibile, H24, la funzione di emogasanalisi.

E' garantito il supporto amministrativo nelle modalità definite dall'azienda ed anche condiviso.

Area di Day hospital e Day Service

Sono le strutture di connessione tra medicina territoriale e reparti di Degenza ordinaria. Sono in stretta connessione con i servizi dell'U.O., hanno percorsi definiti, accordi, convenzioni e protocolli con gli altri Reparti di degenza ordinaria ed intensiva e servizi diagnostici.

L'attività può essere svolta in ambienti condivisi con altre discipline mediche.

I punti che seguono sono applicabili sia al DH sia al DS tenendo conto delle rispettive caratteristiche e specificità.

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente il Day Hospital/Day Service deve disporre di:

A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Le porte d'accesso devono avere dimensioni tali da consentire il passaggio del letto di degenza su ruote e almeno un bagno deve consentire l'accesso degli utenti con disabilità.

Deve essere presente almeno un posto letto e/o poltrona con schienale reclinabile.

Il locale visita e trattamento deve prevedere attrezzature idonee alle specifiche attività.
Disponibilità del carrello per l'emergenza anche in condivisione con altre strutture adiacenti.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Devono essere identificate le responsabilità organizzative e gestionali.
Deve essere individuato il medico responsabile della gestione del caso.
Deve essere disponibile 1 medico, anche in condivisione con l'unità operativa di degenza, negli orari di apertura.
Deve essere presente almeno 1 infermiere durante l'orario di apertura anche in condivisione.
Ulteriore personale dovrà essere identificato in relazione alla tipologia e al volume delle attività svolte.

Procedure organizzative

Devono essere identificate le principali patologie trattate, per le quali devono essere disponibili protocolli di gestione, comprese le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche.
Sono identificati i criteri di accesso al servizio e le relative procedure.
Sono disponibili accordi che garantiscono la realizzazione dei percorsi stabiliti.
Devono essere definite le modalità di dimissione o di conclusione dell'iter diagnostico complesso, inclusa l'informazione al paziente e al medico curante.
Sono definite le modalità di gestione della documentazione clinica.

Area Ambulatoriale

Sono identificati i locali, le fasce orarie e le risorse assegnate per garantire un ottimale svolgimento delle attività. I locali e le risorse possono essere condivise da più U.O. e Servizi.
Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente devono essere posseduti i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI E REQUISITI TECNOLOGICI

Il lettino ad altezza regolabile, almeno uno nell'area.
La superficie del locale adibito ad ambulatorio deve consentire la mobilitazione di pazienti in carrozzina, o che impiegano deambulatori o altri ausili per la deambulazione.
Disponibilità del carrello per l'emergenza anche in condivisione con altre strutture adiacenti.

Servizi igienici per pazienti e accompagnatori, compresi i servizi igienici attrezzati per portatori di handicap, devono essere nelle vicinanze dell'Ambulatorio.

Locale/Spazio attesa deve essere adeguato, in termini di spazi e di arredi, alla tipologia degli utenti anche non autosufficienti.

Devono essere disponibili ausili per la mobilitazione in caso di necessità (anche in comune con altri ambulatori).

Per quanto riguarda le funzioni e le attività ambulatoriali specialistiche e di tecnologia semplice eseguite dalle UU.OO. di Medicina Interna si applicheranno i requisiti specifici applicabili previsti dai rispettivi capitoli di attività ambulatoriale delle discipline specialistiche elaborati all'interno dei requisiti specifici di accreditamento di ogni singola specializzazione.

B) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

Per l'espletamento della attività è prevista la presenza di:

- medico con competenza documentata rispetto all'attività eseguita
- personale di supporto anche in condivisione
- per attività complesse o invasive deve essere disponibile 1 infermiere anche in condivisione con altre strutture

Procedure organizzative

Devono essere adottati protocolli per l'esecuzione delle manovre strumentali più comunemente eseguite: toracentesi, paracentesi, posizionamento sonde naso gastriche, posizionamento cateteri vescicali, monitoraggio pressorio, stimolazione seni carotidei incannulamento venoso, prelievo arterioso e qualsiasi altra manovra correntemente eseguita presso la UU.OO.

AREA ad ALTA intensita' di cure

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per l'area di degenza dalla normativa vigente devono essere previsti i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI

Generali e specifici	Note
<ul style="list-style-type: none"> • deve prevedere un set minimo di 4 posti letto monitorati • pur dotata di suoi autonomi ed adeguati spazi, deve essere posizionata in adiacenza o all' interno dell' Area complessiva di degenza internistica e/o dipartimentale • zona di lavoro dotata di centralina di monitoraggio, con buona visione dei pazienti dalla postazione infermieristica o in alternativa sistema di controllo visivo pazienti con telecamere a circuito chiuso. • deve essere previsto un adeguato spazio intorno al letto per garantire le manovre assistenziali • deve essere garantita la privacy del paziente con opportuni accorgimenti (es. tende di separazione, etc.) 	
<ul style="list-style-type: none"> • deposito pulito/sporco comune con u.o. • servizi igienici per pazienti, eventualmente anche condivisi con servizi della area di degenza ordinaria • locale pulizia per lavabo/padelle eventualmente anche condivisi con servizi della area di degenza ordinaria • spazi che permettano la movimentazione dei pazienti barellati 	

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Generali e specifici	Note
<p>Impianti</p> <ul style="list-style-type: none"> • impianto comunicazioni/ fonia interno 	
<ul style="list-style-type: none"> • Attrezzature • 100% letti monitorati poliparametrici per ECG, Non Invasive Blood Pressure, SatO₂, trend dei parametri, allarmi sonori e visivi, • centralizzati e con possibilità di Trendelemburg e anti-Trendelemburg • per ogni p.l. sistema di allertamento, 	

<p>sorgente luminosa, 6 prese di corrente, 1 presa per O₂, 1 per vuoto ed 1 per aria compressa</p> <ul style="list-style-type: none">• monitor defibrillatore e stimolatore• elettrocardiografo disponibilità• pompe di infusione siringa e volumetriche (pari al n° di letti)• emogasanalizzatore disponibile H24 anche condiviso con altri servizi dell' ospedale• set intubazione/RCP• almeno 1 ventilatore non invasivo	
---	--

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Personale

- Presenza di 1 medico di riferimento nelle ore diurne; nelle ore notturne e nei giorni festivi la funzione di guardia medica può essere condivisa con la restante degenza del reparto di Medicina.

Presenza infermieristica dedicata: minimo 1 ogni 4-6 pz.

Procedure organizzative

Oltre ai protocolli di ammissione e di dimissione devono essere definiti:

- Protocolli di gestione delle principali patologie e procedure eseguite (monitoraggio, assistenza respiratoria, ventilo terapia non invasiva, uso delle pompe di infusione)
- Protocolli di gestione delle richieste di consulenza/esami diagnostici specialistici per un rapido accesso, condivisi con gli altri Servizi e le U.O.
- cartella clinica dedicata con documentazione del decorso clinico del paziente
- foglio giornaliero di degenza con grafica dei parametri vitali, degli indici di gravità e registrazione delle procedure eseguite

Devono esistere protocolli che indichino le patologie e le condizioni di ammissione all'area ad alta intensità di cura (vedi in allegato elenco indicativo di condizioni) e ne definiscano l' indicazione e le modalità di ammissione già da Pronto Soccorso.

Osservazione Breve internistica (OBint)

Esistono contesti in cui alla Medicina Interna sia richiesto di svolgere funzioni connesse alla Urgenza; in tal caso è definita un'area di osservazione breve a gestione internistica (OBint) nelle strutture che non siano dotate di Pronto Soccorso.

La sua collocazione in questo contesto può assumere una importanza strategica nella funzione di "filtro" e di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Per tali aree, qualora presenti, si applicano i requisiti di accreditamento previsti dal documento di accreditamento di pronto soccorso e medicina d'urgenza

In alternativa al ricovero ordinario tali percorsi potranno prevedere di volta in volta e a seconda delle caratteristiche del paziente, sia direttamente da pronto soccorso o tramite l'inquadramento preliminare in OBint la possibilità di sviluppare iter diagnostico terapeutici alternativi al ricovero utilizzando le possibilità del regime ambulatoriale complesso denominato day service (DS).

L'Osservazione Breve Internistica è un'attività assistenziale svolta con finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione. Le patologie di osservazione devono essere predefinite.

Le funzioni sono: valutazione diagnostica, osservazione longitudinale e terapia a breve termine di patologie urgenti; la conseguenza attesa è il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.

A) Requisiti strutturali ambienti o spazi	note
<ul style="list-style-type: none"> • area identificata con controllo visivo diretto/indiretto • personale infermieristico identificato (eventualmente condiviso con altri settori della UO) in n° proporzionale ai letti attivati ed al volume di attività • unità minima: 2 letti • gli accessi, i percorsi, i locali devono consentire la movimentazione dei pazienti barellati 	

Requisiti prestazionali

Gli accessi, i percorsi, i locali devono consentire la movimentazione dei pazienti barellati.

B) Requisiti tecnologici impianti - attrezzature	note
<p>Impianti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impianto dati/ fonia con PS/Medicina d'Urgenza <p>Attrezzature anche condivise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitor con ECG, saturimetria, PA • defibrillatore e stimolatore • elettrocardiografo • pompa di infusione • set intubazione/RCP 	<p>anche portatile</p>

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• misuratore glicemico/prelievi• saturimetro | |
|---|--|

C) Requisiti organizzativi

Personale

Deve essere garantita la continuità assistenziale medica ed infermieristica per le ore di attività.

Procedure organizzative

Devono essere definiti i protocolli relativi a :

 Modalità di accesso delle patologie oggetto di OBint

 Modalità di assistenza delle patologie oggetto di OBint

 Modalità di dimissione

Deve esistere la scheda di osservazione del paziente.

Deve essere garantita la possibilità di monitoraggio del paziente che lo necessita.

La gestione informatizzata del paziente è effettuata sul supporto informatico

Acquisizione servizi

Devono essere accessibili attraverso percorsi codificati le seguenti attività consulenziali e prestazioni diagnostiche strumentali fruibili h 24, in regime di guardia attiva o pronta disponibilità e/o in una ottica di rete assistenziale.

Consulenze

anestesia-rianimazione
chirurgia generale
Servizio trasfusionale

Diagnostica

radiologia convenzionale
laboratorio urgenze

Devono essere disponibili percorsi, in una ottica di rete assistenziale, anche per via telematica, per l'accesso a:

Consulenze

cardiologica
ortopedico/traumatologica
cardiochirurgica
infettivologica
ostetrico-ginecologica
chirurgia toracica
chirurgia vascolare
nefrologica
neurologica/neurochirurgica
oculistica
urologica
pneumologica
psichiatrica
dermatologica

Diagnostica strumentale

TC
RMN
angiografia
ultrasonografia
medicina nucleare
endoscopia (digestiva / toracica)

Clinical competence e formazione

Caratteristiche del personale medico ed infermieristico

- Il personale medico deve avere una competenza di tipo pluridisciplinare, possedere una metodologia clinica che assicuri l'assistenza alla globalità dei problemi del malato e l'avvio del percorso diagnostico-assistenziale (visione fisiopatologica unitaria centrata sul paziente).
- Proprio per la molteplicità di patologie seguite e trattate nelle loro diverse fasi e per la elevata frequenza di polipatologie appare di particolare importanza che il medico internista, oltre a possedere nozioni base delle principali specializzazioni di area medica e capacità di interpretazione delle principali metodiche di base della diagnostica per immagini e di laboratorio e delle principali specializzazioni mediche sviluppi capacità e competenza anche nel campo delle cure palliative e nel lavoro di equipe.
- Nel lavoro di equipe infatti, sede privilegiata di confronto tra diversità di competenze specialistiche e diversità di esperienze, può avvenire la più idonea ed adeguata sintesi diagnostica e terapeutica su ogni singolo paziente e al contempo può essere assicurata la migliore continuità assistenziale e terapeutica nelle diverse fasi del ricovero o del percorso del paziente stesso.

Pare oggi di particolare importanza nell'ambito del lavoro di equipe e dello scambio di competenze multidisciplinari la valorizzazione del ruolo degli infermieri specie per quanto riguarda i percorsi di gestione globale della persona, i percorsi educazionali, di prevenzione e di gestione del rischio clinico.

Per la definizione delle competenze di medici possono essere individuati i seguenti livelli, in riferimento a ciascuno dei requisiti presenti nell'allegato tecnico:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico.

Le competenze di base devono essere possedute da tutti i medici della struttura. La struttura assicura training e supervisione ai professionisti che lo necessitano, al fine di essere inseriti nei normali turni di lavoro o nelle attività specifiche.

Nel caso in cui vengano effettuate prestazioni di tipo specialistico il professionista deve possedere il livello III/IV.

Ogni anno il responsabile della struttura valuta il livello di competenza del personale medico ad essa appartenente sulla base dei requisiti esplicitati nell'allegato tecnico.

Deve essere registrata (quantificata) l'attività strumentale effettuata per ogni singolo professionista.

I Responsabili di U.O. devono documentare il percorso formativo/professionale riguardo alle competenze di tipo manageriale.

Le competenze di base del personale infermieristico (identificazione dei bisogni assistenziali, pianificazione, gestione e valutazione degli interventi assistenziali, applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche, gestione delle modalità di collaborazione con gli altri operatori sanitari, sociali e di supporto) devono essere possedute almeno a livello III dal 70% degli operatori dell'U.O.

La competenza del Personale deve essere verificata al momento dell'inserimento nel servizio e successivamente curata attraverso l'addestramento e l'aggiornamento. Deve essere individuata una modalità oggettiva di valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuati per il professionista durante il periodo di inserimento.

Deve esistere una scheda personale contenente un profilo professionale di tipo curriculare, con particolare riguardo alle esperienze di formazione ed alle competenze in precedenza acquisite, sia per quanto riguarda la preparazione alle attività assistenziali che a quelle gestionali.

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale.

Per ogni infermiere deve essere documentato l'aggiornamento periodico sulle tecniche di rianimazione cardio-polmonare e di sostegno-stabilizzazione delle funzioni vitali per garantire la capacità di assistenza al paziente in condizioni critiche.

L'équipe assistenziale deve garantire una assistenza adeguata ai pazienti attraverso l'individuazione e l'utilizzo di profili di assistenza, in relazione alle patologie di più frequente osservazione, concordati all'interno dell'équipe e con le altre figure professionali coinvolte, costruiti secondo i principi dell'evidenza scientifica.

La competenza clinica, la capacità relazionale e la capacità di lavorare in team degli operatori deve essere periodicamente valutata dai responsabili di riferimento per documentarne il mantenimento o il miglioramento.

Formazione

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei bisogni individuali e dell'équipe, nonché dei criteri e dei requisiti della E.C.M..

Fra i contenuti prioritari della formazione devono essere incluse le misure di prevenzione delle infezioni collegate all'assistenza sanitaria e, per i medici, il corretto uso degli antibiotici.

Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali

Sono stati identificati quali punti qualificanti e necessitanti di specificazioni:

- l'ingresso del paziente in U.O.
 - la metodologia di lavoro incentrata su equipe multidisciplinari e multiprofessionali
 - i percorsi clinico-assistenziali
 - l'organizzazione per Intensità di cure
 - la presenza di un'Area ad alta Intensità (Area Critica)
 - la dimissione del paziente dall'U.O.
 - le Reti per la gestione dei pazienti “ specialistici “ complessi secondo il modello dell' Hub e Spoke
 - la continuità assistenziale e la dimissione protetta
 - l'attività ambulatoriale e specialistica strutturata svolta dalla UO o dal Dipartimento cui la UO afferisce
 - la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dei visitatori
 - la sorveglianza delle infezioni
-
- **INGRESSO DEL PAZIENTE IN U.O.**

Le modalità di ingresso del paziente nell'U.O. sono da Pronto Soccorso o da Ambulatorio Specialistico con ricovero urgente, dalla Medicina d'Urgenza/Chirurgia d'Urgenza o da altre Unità Operative per trasferimento o, infine ricoveri programmati, da regolamentare in maniera adeguata, a livello aziendale, dipartimentale e/o di U.O..

Il regolamento deve tenere conto di questi elementi: appropriatezza del ricovero, in particolare rispetto alla compatibilità della patologia con le caratteristiche logistiche, strumentali e organizzative dell'U.O., compatibilità con i volumi di attività, distribuzione temporale degli invii. In particolare per il ricovero urgente da Pronto Soccorso devono essere presi accordi per indirizzare al meglio pazienti con patologie internistiche, tenendo conto del contesto e delle competenze disponibili.

Analogamente devono essere concordate le modalità organizzative di trasferimento da altre UU.OO. o da altri stabilimenti ospedalieri.

L'organizzazione interna dei ricoveri programmati deve essere esplicitata con la presenza di un registro, con l'identificazione dei referenti organizzativi, del percorso e dei tempi di attesa prevedibili e dei criteri di appropriatezza relativi al livello assistenziale e dei criteri di priorità clinica.

All'atto dell'ingresso del paziente in reparto devono essere registrati i tempi di arrivo e di inizio delle attività assistenziali e cliniche.

Devono essere definite le modalità di accettazione infermieristica e medica ed i criteri di allocazione del paziente.

Per favorire la partecipazione della persona e/o dei familiari alla programmazione del percorso clinico assistenziale deve essere individuato il referente medico, il luogo e i tempi per i colloqui informativi.

- **METODOLOGIA DI LAVORO INCENTRATA SUL CONFRONTO MULTIDISCIPLINARE E MULTI PROFESSIONALE**

Nell'ambito delle unità operative di medicina interna, dove vengono trattati pazienti complessi, multi patologici e, come documentato dall'analisi dei DRG la casistica trattata presenta un'ampiezza tale da coinvolgere molteplici competenze, oltre alla necessità che il medico internista possieda competenze di base delle principali specialità mediche è necessaria una metodologia di lavoro basata sul confronto quotidiano.

Deve essere quindi data evidenza nei piani di lavoro di ogni unità operativa di una modalità di lavoro strutturata tramite il confronto tra i diversi professionisti della équipe internistica.

Tale modalità può estrinsecarsi con approcci differenti a seconda delle caratteristiche di ogni singola unità operativa e consiste in:

- a) momenti strutturati di confronto fra i medici e gli infermieri in riferimento alla gestione dei casi (ad esempio una visita medica sistematica con la partecipazione di medici ed infermieri in numero adeguato al confronto e alla ottimale gestione dei singoli casi più critici)
- b) momenti di confronto (briefing strutturati) di chi gestisce il caso con altri colleghi internisti finalizzato alla assunzione di decisioni critiche
- c) di momenti di confronto con consulenti esterni.

La documentazione clinica ed in particolare la cartella clinica dovrà contenere le evidenze di tale condivisione delle decisioni.

- **I PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI**

Il processo assistenziale nell'ambito dell'unità operative di medicina interna si basa sulla presa in carico globale del paziente. Tale presa in carico si estende anche oltre la fase di ricovero ospedaliero durante la acuzie della patologia. L'unità operativa di medicina interna deve collaborare sia con il pronto soccorso ed servizi dell'emergenza urgenza, sia con la medicina territoriale ed i dipartimenti di cure primarie. La collaborazione con il pronto soccorso ed i servizi di emergenza urgenza è finalizzata a sviluppare ed ottimizzare le dinamiche di accettazione dei pazienti in un'ottica di miglioramento della appropriatezza del setting assistenziale per ogni singolo caso. La collaborazione con il territorio ed il dipartimento di cure primarie è invece finalizzata ad una migliore gestione della cronicità, volta a limitare l'utilizzo dell'ospedale alle sole fasi acute non controllabili da un adeguato follow-up o da interventi domiciliari.

Percorsi finalizzati al miglioramento della appropriatezza dei ricoveri ed alla presa in carico globale dei singoli pazienti

In ogni unità operativa devono esistere percorsi e protocolli finalizzati alla gestione dei rapporti con il pronto soccorso ed alla presa in carico dei pazienti gestibili e trattabili da una medicina interna, sia in regime di ricovero ordinario, che attraverso altre modalità.

Devono esistere almeno due percorsi clinico assistenziali per le principali patologie trattate.

Devono essere individuati per le attività cliniche rilevanti profili diagnostico-terapeutici e deve essere documentata la loro applicazione e revisione periodica, in particolare per la definizione delle urgenze ed il loro trattamento.

In almeno due dei percorsi individuati devono essere esplicitati e condivisi gli strumenti diagnostici e i provvedimenti terapeutici urgenti da attuarsi già in PS, le modalità del ricovero e, nel caso di reparti organizzati per intensità di cure, i criteri per l'ammissione di un paziente in area ad alta intensità, le modalità di dimissione.

Devono essere adottati protocolli per l'esecuzione delle manovre strumentali più comunemente eseguite: toracentesi, paracentesi, posizionamento sonde naso gastriche, posizionamento cateteri vescicali, incannulamento venoso, prelievo arterioso e altre manovre correntemente eseguite presso la U.O..

Per le manovre a maggior carattere di invasività e maggiormente soggette a possibili rischi di complicanze, deve essere predisposto un modulo informativo semplice e facilmente comprensibile per il paziente, utilizzabile anche per la firma del consenso informato alla manovra.

Deve inoltre essere definito un piano per la sorveglianza delle infezioni correlate alle manovre più invasive e alle patologie più frequenti.

Devono essere utilizzati protocolli/linea guida/procedure per:

- prevenzione delle lesioni da pressione;
- prevenzione e controllo infezioni ospedaliere;
- il buon uso degli antibiotici;
- gestione nutrizionale dei pazienti con particolare riferimento alla nutrizione enterale e parenterale;
- buon uso del sangue;
- rilevazione e trattamento del dolore;
- prevenzione delle cadute.

Per almeno due di questi temi deve essere data evidenza di azioni di monitoraggio.

Sono previste modalità di interazione con il Medico curante.

Deve esistere evidenza che nella Unità operativa viene favorito il ruolo attivo della persona e/o del caregiver nella gestione della salute (educazione sanitaria e addestramento terapeutico: es. autosomministrazione terapia, monitoraggio glicemia, somministrazione terapia insulinica, uso dei device, monitoraggio del peso, medicazioni).

Devono essere monitorati gli eventi avversi e gli errori di somministrazione della terapia attraverso l'utilizzo di segnalazioni volontarie e anonime (incident reporting)

• DOCUMENTAZIONE CLINICA

Devono esserci modalità documentate per individuare altri referenti oltre al paziente cui comunicare le informazioni sulla sua salute.

Devono essere definiti i criteri per la compilazione della cartella clinica.

Le registrazioni essenziali contenute devono essere: dati anagrafici, medico curante, causa dell'attuale ricovero, anamnesi farmacologica, chiara e sintetica anamnesi familiare, anamnesi prossima e remota, esame obiettivo sintetico riguardante tutti i distretti corporei, ipotesi diagnostiche, piano assistenziale orientato per problemi.

Deve essere documentata e motivata la richiesta di esami strumentali invasivi e/o ad alto consumo di risorse.

Deve esservi chiara documentazione della terapia in atto (prescritta e somministrata) che deve essere aggiornata almeno quotidianamente mediante utilizzo di una scheda unica.

Devono essere riportati in sintesi i referti degli esami diagnostici urgenti e significativi.

Le epicrisi devono essere periodiche ed effettuate con tempestività a seguito di richiesta di accertamenti urgenti. La cartella clinica e tutta la documentazione sanitaria devono essere chiaramente leggibili e fruibili da parte del personale di reparto, del consulente, del paziente.

Deve esistere una cartella infermieristica per ogni paziente

La cartella infermieristica fa parte integrante della cartella clinica complessiva.

La cartella clinica deve essere almeno chiusa entro 14 giorni dalla dimissione (eccezioni possono essere dovute al mancato arrivo di referti o alla prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico).

Le richieste di ricovero formulate dal Medico Curante, ove esistano, devono sempre essere allegate alla cartella clinica.

Gli eventuali dissensi rispetto al percorso presentato devono essere documentati in cartella clinica.

Deve essere documentato in cartella clinica il nome del Medico curante.

• **DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALL'U.O.**

Devono esistere modalità organizzative di dimissione che prevedano una metodologia per la stesura della lettera di dimissione, per le informazioni al paziente ad ai familiari, per il più idoneo collegamento con il MMG, per la prescrizione della terapia alla dimissione e per la ottimizzazione della compliance del paziente.

Deve esserci evidenza che per alcune delle principali patologie trattate esistono strumenti educazionali ad hoc costituiti da materiale informativo e/o da percorsi strutturati.

Nel caso di necessità di valutazione a breve distanza per il controllo di alcuni parametri o della efficacia della terapia devono essere garantiti canali preferenziali per un accesso ambulatoriale nei tempi ritenuti più idonei.

Deve esistere un foglio di dimissione infermieristico per la prosecuzione del piano assistenziale in particolare per persone portatrici di cateteri vescicali, stomie, supporti per nutrizione artificiale, ulcere da pressione, ossigeno terapia domiciliare iniziata di recente, impianto di protesi e questo in particolar modo per i pazienti per i quali è opportuna una dimissione protetta.

La lettera di dimissione è informatizzata.

Al momento della dimissione deve essere consegnata al paziente e la sua copia inserita nella cartella clinica.

La lettera di dimissione deve contenere chiara indicazione su: rilevanti accertamenti diagnostici eseguiti, trattamenti terapeutici svolti, conclusioni diagnostiche (anche se provvisorie), condizioni del paziente al momento della dimissione, terapia consigliata anche sottoforma di principio attivo, programma di monitoraggio e controllo periodico.

• LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E LA DIMISSIONE PROTETTA

Premessa

La gestione del paziente in dimissione è un nodo cruciale per garantire, quando è necessario, un'appropriata prosecuzione dell'assistenza in fase post-acuta, nel territorio.

L'organizzazione di questa fase del processo assistenziale richiede preliminarmente l'identificazione del bisogno di cura della persona alla dimissione, analizza l'insieme e la complessità dei suoi bisogni socioassistenziali e ne verifica le garanzie ed i requisiti per il suo soddisfacimento.

Si può pertanto attualizzare in maniera adeguata tramite l'elaborazione dei cosiddetti percorsi di dimissione protetta. In essi oltre al bisogno di cura viene in particolar modo enfatizzata la risposta più appropriata alle problematiche socioassistenziali che solitamente sono collegate sia a nuove e sopraggiunte disabilità (anche in relazione ad un eventuale episodio acuto di malattia), sia a situazioni logistico familiari (persona che vive sola, in sede disagiata, parenti di riferimento in difficoltà nell'assistenza, etc.).

Altre volte, qualora rispetto ad un bisogno socioassistenziale prevalga un bisogno di continuità assistenziale nel monitoraggio diagnostico e terapeutico di patologie ad andamento cronico quali BPCO, scompenso cardiaco, malattie oncoematologiche, etc. è necessario allestire percorsi clinico assistenziali integrati ospedale territorio con il prevalente coinvolgimento del MMG e del servizio infermieristico domiciliare. In questo ambito le UU.OO. di Medicina Interna, all'interno delle reti per le cure palliative ed in collaborazione con i servizi territoriali ed i dipartimenti di cure primarie devono predisporre appositi percorsi atti a gestire e trattare, nel contesto della cronicità anche le problematiche più propriamente di tipo palliativo.

La scelta di un appropriato regime assistenziale nella fase post-acuta ed un efficace coordinamento delle attività sanitarie e socio-assistenziali successive alla dimissione permettono la riduzione di inappropriati prolungamenti della degenza ospedaliera nonché di ricoveri ripetuti e la costituzione di un sistema di comunicazione e di integrazione ospedale — territorio che garantisce la continuità assistenziale del paziente.

Organizzazione

Deve esistere un protocollo, anche aziendale, che definisce le condizioni per le quali deve essere attivata la dimissione protetta. Il protocollo deve prevedere la valutazione dei bisogni della persona e sono predefiniti i percorsi assistenziali in grado di soddisfare tali bisogni.

E' previsto un apposito percorso condiviso con le Unità Valutative competenti preposte per la specifica attivazione dell'UVM che preveda tempistica della richiesta, dell'espletamento della valutazione ed infine della formulazione del progetto assistenziale definitivo nella sue diverse fasi e con le diverse strutture o persone di riferimento previste. Tale percorso dovrà essere sottoposto periodicamente a momenti di verifica ed eventuale riaggiustamento.

Criteri Generali

Devono essere documentati in cartella clinica:

1. le problematiche socio-sanitarie che possono creare ostacoli alle normali procedure di dimissione
2. l'individuazione di uno o più familiari di riferimento con la cui collaborazione porre le basi per la costruzione del percorso
3. deve esistere evidenza della segnalazione del caso appena individuate le problematiche
4. deve esistere evidenza della segnalazione del caso alla assistenza infermieristica domiciliare
5. deve esistere evidenza della individuazione di presidi e/o ausili da fornire a domicilio

Indicatori

Vengono identificati come indicatori i seguenti

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
cadute accidentali dei pazienti	n° di cadute accidentali occorse a pz durante il ricovero / totale delle giornate di degenza		Permette di valutare l'appropriatezza del livello assistenziale rispetto ai bisogni indicatore che misura il livello di assistenza assicurato ai pazienti		UO, aziendale, regionale	registro degli eventi	- indicatore grezzo che rappresenta la base per un approfondimento	Report Regionale
Valutazione dell'utilizzo dei sistemi di contenzione	n° dei pazienti ricoverati per i quali è stata utilizzata la contenzione/sul n° tot dei pazienti ricoverati		Permette di valutare l'appropriatezza del livello assistenziale rispetto ai bisogni Permette di misurare la tipologia del case mix trattato		UO, aziendale	Scheda di prescrizione/registrazione		

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Presenza di un sistema di rilevazione delle lesioni da pressione	n° di pazienti nei quali sono insorte lesioni da pressione durante la degenza/n° totale dei pazienti ricoverati		indicatore che misura il livello di assistenza assicurato ai pazienti	< al 5%	UO, aziendale, regionale		<p>possono essere utili l'uso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione - l'aggiornamento dei protocolli assistenziali per il Trattamento e medicazione delle Lesioni da Pressione - individuazione di azioni di prevenzione dei rischi specifici nell'anziano rivolte a: <ul style="list-style-type: none"> o idratazione e nutrizione o uso di psicofarmaci o contenzione fisica: presidi posturali o mobilità della giornata 	<p>vedi Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani</p> <p>http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss188.htm</p>
Gestione del dolore	Presenza di un sistema di rilevazione del dolore		indicatore che misura il livello di assistenza assicurato ai pazienti		UO, aziendale, regionale		<p>uso di una scala di valutazione del dolore NRS-VAS o scale per rilevazione del dolore nei pazienti con disturbi cognitivi</p>	<p>l'opinione dei paziente sul sull'informazione ricevuta in merito al trattamento del dolore è rilevabile attraverso la "Rilevazione della qualità percepita nelle strutture di degenza"</p>

Indice

Premessa	2
Area di Degenza	12
Area di Day hospital e Day Service	15
a) Requisiti strutturali e tecnologici	16
b) Requisiti organizzativi	16
Area Ambulatoriale	16
a) Requisiti strutturali e Requisiti tecnologici.....	16
b) Requisiti organizzativi.....	17
AREA ad Alta intensita' di cure	18
a) Requisiti strutturali	18
b) Requisiti tecnologici	18
c) Requisiti organizzativi	19
Personale	19
Osservazione Breve internistica (OBint).....	20
Acquisizione servizi	22
Clinical competence e formazione	23
Qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali	25
Indicatori.....	30
Allegato Tecnico	33

Allegato Tecnico

Conoscenza e preparazione generale	Definisce la conoscenza formalmente riconosciuta dai titoli accademici insieme a quella determinata dall'esperienza personale, attraverso le conoscenze teoriche generali e la ricerca, secondo normali standard della professione
Assistenza e cura	Il professionista in Medicina Interna:
	§ sa raccogliere e gestire i dati anamnestici e le informazioni utili nella storia del paziente
	§ sa raccogliere l'anamnesi farmacologica
	§ sa effettuare l'esame obiettivo (compresa la valutazione dello stato mentale);
	§ sa descrivere le comorbilità attive/sottese
	§ sa formulare le ipotesi diagnostiche e diagnostico differenziali
	§ sa utilizzare i metodi della <i>evidence based medicine</i> (EBM)
	§ sa valutare i dati clinici, laboratoristici e strumentali
	§ sa richiedere gli accertamenti diagnostici appropriati
	§ sa proporre la terapia appropriata in base alle prove di efficacia – se disponibili -
	È in grado di assistere il paziente per:
	§ la cura di malattie e sindromi diverse e complesse
	§ le cure palliative
	§ le cure perioperatorie
	Il professionista in Medicina Interna è in grado di gestire (per diagnosi, terapia, prognosi ed eventuale follow-up), le principali malattie di sua pertinenza. Conosce ed applica le raccomandazioni delle Linee Guida internazionali o nazionali in tema delle principali patologie e dei principali DRG di Medicina Interna, se disponibili):
Gestione del paziente in acuzie	§ Valuta, gestisce e tratta il paziente acuto, critico
	§ Sa differenziare l'intensità delle cure necessarie
	§ Riconosce i propri limiti ricorrendo alla consulenza di altri Specialisti quando necessario
	§ Ascolta i desideri dei pazienti ed ottiene il consenso informato necessario per talune procedure diagnostico-terapeutiche ed assistenziali;
	§ Valuta i desideri e le direttive anticipate dei pazienti, anche ai fini di procedure di rianimazione
Gestione del paziente critico e non stabile (applicabile per le aree ad alta intensità di cura)	Possiede competenze nel monitoraggio multiparametrico
	Possiede competenze di rianimazione:
	§ di base: RCP, defibrillatore
	§ Utilizzo C-PAP
	§ Utilizzo Bi-PAP

Gestione del paziente complesso	sa utilizzare una valutazione multidimensionale, nei diversi <i>setting</i> assistenziali:
	§ in reparti internistici
	§ in reparti post-acuti
	§ in strutture residenziali
	§ in altri reparti/servizi (consulenze)
	§ in ambulatorio (visite specialistiche)
	§ nel <i>follow-up</i> ai fini della continuità di cura
	§ sa definire le priorità dei bisogni
	§ sa selezionare gli obiettivi di cura e la terapia farmacologica appropriata applicando le prove di efficacia disponibili
	§ sa prendere le decisioni (<i>decision making</i>) anche in condizioni d'incertezza
II: Aspetti tecnico-professionali ed abilità (generali e specifiche)	
Abilità nelle procedure diagnostico-terapeutiche	Definisce la capacità di effettuare le principali procedure necessarie ad affrontare i casi clinici ricoverati in Medicina Interna; Il professionista in Medicina Interna è in grado di effettuare le principali procedure di medicina interna secondo le istruzioni operative disponibili in reparto :
	§ esecuzione prelievo e incannulamento venoso
	§ esecuzione prelievo arterioso
	§ toracentesi
	§ paracentesi
	§ emocoltura
	§ urinocoltura
	§ posizionamento di catetere vescicale
	§ posizionamento di sondino naso-gastrico
	§ ossigenoterapia e valutazione saturimetrica
	§ interpretazione dell'ECG
Competenza specifica di una metodica diagnostica (in relazione alle prestazioni erogate)	Nell' ambito delle UO di Medicina Interna possono essere eseguite in maniera competente alcune delle seguenti attività strumentali:
	§ ecografia internistica
	§ ecografia interventistica
	§ ecocardiografia
	§ ABPM-pessurometria 24 h (monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa h 24)
	§ eco-color-doppler vascolare
	§ test da sforzo
	§ ECG holter
	§ spirometria
	§ ventilazione non invasiva NIV
	§ rachicentesi
	§ artrocentesi
§ endoscopia digestiva/bronchiale	
§ biopsia epatica	
§ agoaspirato e biopsia ostemidollare	
Competenza specifica d'impiego dei sistemi informatici in uso	Definisce la propensione dell'internista all'utilizzo delle procedure informatiche. Il professionista in Medicina Interna possiede le competenze informatiche sufficienti ad utilizzare i principali programmi in uso È in grado di accedere alle banche dati per un uso appropriato delle informazioni biomediche