

Medicina interna e nuova organizzazione ospedaliera: la proposta della FADOI Toscana

Role of internal medicine in a new model of hospital: a proposal of Tuscany's FADOI

M. Alessandri¹, C. Bartolomei², M. Bernardini³, G. Landini⁴, R. Laureano⁵, G. Lombardo⁶, C. Nozzoli⁷ *

¹ UO Medicina Interna, Ospedale Misericordia, AUSL 9, Grosseto

² UO Medicina Interna II, Ospedale di Livorno, AUSL 6, Livorno

³ UO Medicina Interna e Geriatria, Ospedale di Arezzo, AUSL 8, Arezzo

⁴ UO Medicina Interna, Ospedale di Cecina, AUSL 6, Livorno

⁵ UO Medicina Interna, Ospedale S.ta Maria Annunziata, AUSL 10, Firenze

⁶ UO Medicina Interna e di Urgenza, Ospedale di Empoli, AUSL 11, Empoli (FI)

⁷ UO Medicina Interna I, AO Universitaria Careggi, Firenze

KEY WORDS

Department of medicine
Intensity of care
Internal medicine
FADOI
Hospital care

Summary BACKGROUND The Tuscany's FADOI society proposes the role of internal medicine in a new model of hospital care. The cornerstones of this new model are the "care intensity" and the "department". We propose that hospital care should be organized so that the patient and his needs represent the core of this care system, in accordance with the idea of the progressive patient care. This aim can be obtained by dividing the hospital's areas for intensity of care and, therefore, going beyond the present model of hospital care, where the patients are treated in specialty divisions. This new model of care may find its own execution within the department. For medical area, the department of medicine undoubtedly offers a strong multidisciplinary integration and favours the organization for intensity of care. The management of a large amount of patients should be left to the internist. In fact, because of his olistic formation, this clinician seems more appropriate than the other specialists to play this role. The specialists will take care of those patients who suffer from disturbances with a strong specialistic characterization, and in other cases acting as consultants. **CONCLUSIONS** In Tuscany we can now view various experiences which are trying to experiment this model. Results are encouraging. Starting from these results and greatly believing in them, we offer this contribute to the internists who work in hospital, persuaded to draw from them useful matters for discussion.

Con questo documento la FADOI Toscana si è proposta di definire, nell'ambito di un nuovo modello di organizzazione ospedaliera, i compiti delle strutture di medicina interna, le quali continuano ad avere un ruolo centrale sia in ospedale sia nel complesso rapporto di rete tra questo e il territorio.

Due sono i cardini della nuova organizzazione ospedaliera in cui la medicina interna si troverà a operare: il modello assistenziale per intensità di cura e gli ambiti della sua possibile applicazione, vale a dire il dipartimento e, dove questo non sia presente, l'unità operativa.

L'assistenza per intensità di cure

In Toscana la Legge n. 22 (8 marzo 2000) e la successiva n. 40 (24 febbraio 2005) prevedono la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti distinti per disciplina specialistica. In generale, in ambito ospedaliero, i livelli di cure previsti sono il "livello 1" (intensivo e subintensivo) e il "livello 2" (acuto).

Fanno parte poi dei servizi erogati in ambito ospedaliero attività quali il *day service*, il *day hospital* e le prestazioni ambulatoriali. Esiste inoltre un "livello 3" (postacuto) che dovrebbe trovare la sua dimensione in ambiti territoriali

* Corrispondenza:

Massimo Alessandri, UO Medicina Interna,
Ospedale Misericordia, via Senese 161, 58100 Grosseto,
e-mail: acamarri@gol.grosseto.it

(ospedale di comunità, residenza sanitaria assistita, *hospice*, assistenza domiciliare integrata).

Questa indicazione di ordine generale può trovare applicazione non solo nell'organizzazione complessiva di un ospedale, ma anche in quella più specifica di un dipartimento o addirittura nella tradizionale unità operativa. Infatti, nell'attuale organizzazione delle aree di cura, basata sulla classica suddivisione in aree mediche e chirurgiche, e, nel loro ambito, in unità operative, l'estrema variabilità della gravità clinica e del carico assistenziale rappresenta una situazione abituale. Un'attenzione clinica media può, quindi, risultare superiore alle necessità per alcuni pazienti, ma insufficiente per altri.

Le conseguenze di tale "appiattimento alla media" sono note rispettivamente come "effetto tetto" ed "effetto pavimento". Il primo si verifica quando un utente con elevati bisogni è inserito in un "sistema a bassa offerta" e tende a stressare il sistema, ottenendo più assistenza rispetto agli altri utenti ricoverati, ma senza mai ricevere quella di cui necessita. Il secondo si realizza quando un utente con modesti bisogni è inserito in un "sistema ad alta offerta", ricevendo così una quota di assistenza superiore a quella necessaria, da un punto di vista sia quantitativo (minuti specifici) sia qualitativo (minuti specifici).

Quando effetto tetto ed effetto pavimento coesistono, inevitabilmente se ne sommano i rischi. Sulla base di queste considerazioni una riorganizzazione che metta al centro il paziente e i suoi bisogni nella fase specifica del suo decorso, e che identifichi aree di degenza omogenee per livelli di cura, si presenta non soltanto come il superamento di barriere che hanno mostrato limiti evidenti (le suddivisioni verticali in unità operative), ma soprattutto come capacità di indurre immediati vantaggi sul piano dell'assistenza, proponendo livelli di attenzione clinica e indicatori di complessità assistenziale molto simili nella medesima area.

Il citato valore aggiunto dell'organizzazione per livelli di cura può conseguire la sua massima valorizzazione nell'ambito dipartimentale e, qualora questo non sia presente, essere sperimentato anche in una dimensione più limitata come l'unità operativa. Nella misura in cui l'applicazione si riferisce a realtà diverse, con una casistica spesso assai differente, appare comunque poco proponibile una "taglia unica". Ogni dipartimento o unità operativa dovrà così trovare propri specifici criteri.

Modelli organizzativi

L'accoglienza del paziente in un'area di degenza appropriata per il suo livello di cura e lo spostamento successivo al variare delle condizioni cliniche devono attenersi a criteri oggettivi che fanno riferimento a due parametri: l'"instabilità" e la "complessità assistenziale". I due parametri possono essere rappresentati come due assi cartesiani e ipotizzando, a puro titolo speculativo, tre livelli per ciascun parametro, essi si associano in modo prevedibile determinando un numero finito di combinazioni. In tali diverse combinazioni identifichiamo facilmente situazioni comuni nella nostra pratica clinica (**Fig. 1**).

Il numero e la tipologia dei livelli di cura devono costituire un'utile rappresentazione del reale. Nella maggior parte dei casi le strutture di medicina interna si trovano a operare a un livello 2 (acuto) di intensità di cura. Nell'ambito di questo livello, però, data la diversa tipologia dei pazienti che vi afferiscono, si rende necessaria un'ulteriore distinzione in due sottolivelli, uno a elevata e l'altro a medio-bassa intensità assistenziale.

Quando si parla di elevata intensità in un'area medica si intende fare riferimento soprattutto ad aree dedicate a pazienti che non richiedono cure intensive in senso vero e proprio, ma che presentano esigenze assistenziali maggiori di quelle considerate normali per un reparto tradizionale. Questi pazienti possono richiedere un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di *nursing* mirati, ma non necessitano di monitoraggio invasivo o di trattamento intensivo.

Per l'attribuzione del sottolivello e la conseguente identificazione del modulo appropriato, occorre fare riferimento a parametri che tengano conto della complessità assistenziale infermieristica e dell'instabilità del paziente dal punto di vista medico. I due gruppi di parametri devono naturalmente integrarsi tra loro per fornire l'esatta collocazione del paziente nell'area adeguata alle sue necessità assistenziali.

Nella dimensione di "area di degenza dipartimentale", tenuto conto del maggior numero sia di posti letto sia di specialisti interessati, servono modifiche organizzative importanti e strettamente correlate al grado di complessità. Le parole d'ordine sono: integrazione, condivisione, formazione, comunicazione. Nella dimensione di "unità operativa" l'organizzazione per livelli di cura si traduce in un più ap-

	Basso livello di instabilità	Medio livello di instabilità	Elevato livello di instabilità
Elevato carico assistenziale	Letti altrove	?	Subintensiva
Medio carico assistenziale	?	?	?
Basso carico assistenziale	Degenza breve, day hospital, domicilio	?	? Esiste?

Figura 1 Schema di combinazione dei parametri "instabilità" e "complessità assistenziale"

proprio grado di attenzione, conseguente a una migliore stratificazione dei pazienti, e può essere conseguita in regime di isorisorse.

I nuovi modelli organizzativi di assistenza rendono necessaria l'introduzione di figure nuove, la principale delle quali è il "responsabile del caso (tutor)", ruolo di riferimento sia per il personale che lavora nell'area sia per il paziente che, altrimenti, potrebbe provare la sensazione di avere perso gli abituali punti cardinali di riferimento quali il reparto, il primario, i medici che l'hanno in cura. Nei confronti del paziente, pertanto, è necessario un grande sforzo di comunicazione.

In ragione della specificità dell'"internista" nel gestire la comorbilità, condizione frequente nelle aree di degenza medica, appare verosimile che la maggior parte della casistica sia gestita da tale figura. Se sono presenti altre specialità di area è verosimile che i medici di tali unità operative gestiscano direttamente i casi che richiedono particolari competenze, fornendo, però, il loro prezioso e costante contributo come consulenti per tutte le altre situazioni.

Un altro aspetto molto importante riguarda il destino delle cosiddette "aree speciali", come per esempio l'area ic-tus, dei cui vantaggi in termini di *outcome* nessuno dubita. Nel nuovo modello di assistenza per intensità di cura queste aree dovrebbero trovare una loro collocazione all'interno delle aree di degenza di livello 2, caratterizzate da più alta intensità assistenziale.

Il modello dipartimentale

L'organizzazione ospedaliera in unità operative se, da un lato, ha favorito lo sviluppo delle competenze specialistiche, dall'altro ha introdotto rilevanti elementi di diversità, producendo un approccio parziale al paziente, con ovvie conseguenze sul piano dell'efficacia dell'intervento e dei costi sostenuti. È necessario, pertanto, recuperare spazi di integrazione e coordinamento, affinché, nell'ambito dei percorsi di cura, si affermi una continuità assistenziale di tipo multidisciplinare che, allo stesso tempo, preservi le varie linee di specializzazione.

La scelta del "modello dipartimentale" è quella che meglio sembra rispondere a tali esigenze, in quanto ridisegna l'assetto organizzativo ospedaliero tramite l'accorpamento di unità operative strettamente interrelate sul piano clinico e la conseguente condivisione di risorse umane, fisiche e *know-how*.

Le possibili risposte che un dipartimento ospedaliero può fornire riguardano:

- integrazione e coordinamento, laddove politiche di sviluppo, processi di cura (linee guida comuni) e gestione dei fattori produttivi sono condivisi tra più unità operative;
- flessibilità, cioè gestione in comune di alcune risorse. In particolare i posti letto, non più assegnati alle singole unità operative, ma messi a disposizione in aree comuni, affinché possano essere meglio soddisfatte le necessità che di volta in volta si delineano;

- snellimento organizzativo, attraverso la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- recupero della centralità del paziente, con il superamento della logica del "paziente proprietà dell'unità operativa" e l'acquisizione di un metodo di lavoro che preveda l'apporto integrato di più unità operative alla risoluzione dei problemi di salute dell'utente;
- preservazione della specializzazione-differenziazione, grazie alla creazione di gruppi di studio-lavoro che affrontino specifici problemi di salute.

Il dipartimento di medicina

Per quanto riguarda l'area funzionale medica, dopo la grande espansione delle discipline specialistiche di area, si avverte oggi il bisogno di una ricomposizione di queste funzioni con l'organizzazione di dipartimenti di medicina capaci di una forte integrazione multidisciplinare. Che la medicina interna debba rappresentare il nucleo fondamentale di tale modello organizzativo lo dimostra il fatto che le nostre unità operative, distribuite capillarmente su tutto il territorio nazionale, sono oltre 1.060 e accolgono oltre i tre quarti dei ricoveri d'urgenza, la cui grande maggioranza riguarda patologie acute o croniche riacutizzate, con pazienti altamente complessi e bisognosi di cure che prevedono competenze di tipo multiprofessionale.

La scelta delle unità operative da accorpate in un dipartimento deve tenere conto sia delle affinità culturali delle discipline afferenti, sia delle modalità gestionali delle patologie che vi saranno trattate.

La *mission* del dipartimento di medicina sarà quella di trattare patologie di tipo acuto, organizzandosi l'assistenza attorno all'idea del *progressive patient care*. Nel suo ambito sarà strutturata un'assistenza per intensità di cura che preveda posti letto per pazienti acuti a bassa intensità assistenziale, posti letto per acuti ad alta intensità assistenziale, *day hospital* e *day service*.

All'interno del dipartimento, stabilendo standard strettamente collegati a valutazioni epidemiologiche, dovranno quindi essere definiti:

- numero dei posti letto di degenza (totali e distinti per funzioni specifiche);
- articolazioni in strutture semplici e complesse;
- organici medici e infermieristici.

La gestione del dipartimento sarà affidata, in linea con quanto previsto dal D.Lgs 229/1999, a un direttore individuato tra i direttori di struttura complessa, coadiuvato da un consiglio direttivo formato dai responsabili delle strutture complesse e semplici, dai responsabili dei servizi afferenti al dipartimento e dal responsabile infermieristico e tecnico, ove presente. Per un dipartimento così concepito è fondamentale poter esercitare sia un'autonoma contrattazione del budget, sia un potere di indirizzo e di controllo, volto a fornire risposte unitarie, uniformi, efficaci e complete. Al dipartimento devono quindi essere assegnate le risorse umane, quelle economiche e quelle strumentali in modo da poter garantire l'esercizio delle funzioni a esso at-

tribuite. Il dipartimento di medicina dovrà avere caratteristiche di operatività e, nel proprio ambito, i consigli direttivi stabiliranno la strategia e le modalità da mettere in campo per centrare gli obiettivi affidati dalla direzione aziendale. Una tipologia dipartimentale così strutturata è, a nostro avviso, l'unica che consenta di gestire correttamente ed efficacemente risorse sempre più limitate.

Nei presidi ospedalieri con meno di 200 posti letto la realizzazione dei dipartimenti di area funzionale trova il suo principale ostacolo nella limitatezza delle discipline che qui in genere operano. Sarebbe quindi opportuno, in tali contesti, pensare a un'unicità della struttura dipartimentale ("dipartimento di presidio"), con aree di degenza, sempre organizzate secondo il modello dell'assistenza per intensità di cura, di tipo medico-chirurgico, ove il medico internista continui a svolgere, comunque, la funzione di principale gestore della corsia.

Gli strumenti operativi

Ricovero per 24 ore

In una struttura organizzativa di medicina interna si possono svolgere in regime di ricovero più funzioni, che possono avere differenti articolazioni secondo la situazione operativa. Si va dall'accettazione al trattamento di patologie sia in fase critica (pazienti acuti ad alta intensità assistenziale), sia di tipo cronico riacutizzato (pazienti acuti a medio-bassa intensità assistenziale), dalla gestione di pazienti in modalità di ricovero breve alla dimissione, rinviando il paziente al proprio domicilio e, quando necessario, alla rete dei servizi territoriali (distretto, residenza sanitaria assistita, ospedale di comunità).

Day hospital (DH)

La revisione avvenuta negli ultimi anni della funzione del DH ha portato all'individuazione di un diverso schema organizzativo. La tradizionale distinzione in DH diagnostico e terapeutico è superata, specie nelle unità operative di medicina interna, dalla principale finalità di questo strumento: la "deospedalizzazione". Il DH si configura quindi con una funzione prevalentemente "terapeutica", in particolare per le terapie con farmaci ad alto rischio e per la consegna di farmaci ad alto costo o comunque in fascia H. Possiamo individuare un "DH dipartimentale", con personale di assistenza dedicato, e un "DH polispecialistico", se l'attività attesa non giustifica una struttura dipartimentale. L'"organizzazione infermieristica" si comporrà di un'équipe con compiti organizzativi e assistenziali. Gli "indicatori di complessità" saranno rappresentati principalmente dai giorni di degenza e dal numero di prestazioni ambulatoriali per anno.

Day service (DS)

È un modello organizzativo e operativo attuato in ambito ospedaliero, che affronta problemi clinici di tipo diagnosti-

co e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse e che non richiedono sorveglianza medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi.

È una struttura ambulatoriale di secondo livello e l'ammissione è decisa dal medico specialista ospedaliero a seguito di visita ambulatoriale, divisionale o *intramoenia*, o richiesta dal pronto soccorso, da altri medici specialisti, dai medici di medicina generale. Viene semplificato l'accesso a prestazioni ambulatoriali, con formulazione di diagnosi o effettuazione della terapia.

Vengono valutati soggetti con patologie acute ad alto rischio di inappropriata. La partecipazione di più specialisti determina una risposta multidisciplinare ai problemi clinici. Viene garantita la continuità assistenziale quando l'utente sia inserito nel percorso stabilito dallo specialista ospedaliero che lo prende in carico. Importante è lo scambio di informazioni tra specialista ospedaliero e medico di medicina generale per semplificare i percorsi organizzativi. Anche in questo caso identifichiamo un "DS dipartimentale" e un "DS polispecialistico". L'organizzazione infermieristica consiste in un'équipe con compiti organizzativi e assistenziali. Anche in questo caso gli indicatori di complessità sono rappresentati dal numero di prestazioni ambulatoriali per anno, dal numero di accessi del paziente, dal numero di prestazioni per accesso.

Ambulatorio di medicina interna

Ha fondamentalmente una funzione di follow-up per i pazienti dimessi a rischio di ricovero ripetuto. Nell'ambito dell'ambulatorio di medicina interna rientrano anche gli ambulatori strumentali tra cui, auspicabilmente, quelli di ecografia internistica, ecocolordoppler vascolare, ecocardiografia, monitoraggio nelle 24 ore della pressione arteriosa, fisiopatologia digestiva ed endoscopia, fisiopatologia respiratoria.

L'indicatore di complessità consiste essenzialmente nel numero di prestazioni per anno.

Consulenza specialistica

All'interno dell'organizzazione ospedaliera l'internista svolge una fondamentale funzione di "specialista della polipatologia". La funzione consulenziale essenziale è quindi soprattutto verso le aree diverse dall'area medica. In questo ambito risulta particolarmente importante la funzione consulenziale nei confronti delle attività chirurgiche, configurandosi una partecipazione importante della medicina interna alla "medicina perioperatoria".

Il paziente chirurgico è oggi sempre più spesso anziano e affetto da polipatologia e necessita, pertanto, di un'inquadramento preoperatorio di tipo internistico, di un'attenta attività consulenziale nella fase postintervento, di una correzione degli squilibri derivanti dalle malattie di base di cui può soffrire, di trattamento delle complicanze mediche postoperatorie.

Conclusioni

I modelli teorici di organizzazione ospedaliera descritti hanno trovato, in Toscana, un terreno fertile che ha prodotto alcune esperienze pratiche inserite in una cornice di riferimento di tipo sia dipartimentale sia di unità operativa. Tali esperienze in corso, anche se inizialmente hanno incontrato qualche difficoltà, soprattutto di tipo organizzativo, stanno fornendo sul campo i risultati attesi.

Nell'ultimo Congresso Regionale della FADOI Toscana, tenutosi a Castiglioncello (LI) nel giugno 2006, il Direttivo della FADOI Toscana ha presentato un documento, di cui questo articolo rappresenta una sintesi, che ha raccolto un'entusiastica adesione.

Tutti noi auspichiamo che le linee di indirizzo ivi contenute possano rapidamente tradursi in altrettante esperienze pratiche, capaci di dimostrare la validità delle nostre idee. È, pertanto, con tale spirito che offriamo questo lavoro alla riflessione di tutti gli internisti ospedalieri, sicuri di ricavarne spunti di discussione e, soprattutto, preziosi suggerimenti.

Bibliografia

- [1] US Public Health Service. Elements of progressive patient care. Washington, DC: US Public Health Service Publications, 1962.
- [2] Heyssel RM, Gaintner JR, Kues IW, Jones AA, Lipstein SH. Decentralized management in a teaching hospital. *N Engl J Med* 1984;310(22):1477-80.
- [3] Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC. Aree funzionali omogenee e dipartimenti. *Federazione Medica* 1994;10:4-8.
- [4] Mastrilli F, Paci A, Carinci P, Alesini A, Simonetti G. Il dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale. Proposta di linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere. Rapporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari. Roma: 1996.
- [5] Young J, Forster A, Green J. An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people. *Health Soc Care Community* 2003;11(3):229-31.
- [6] Braga M. I meccanismi di finanziamento dell'attività ospedaliera e il loro impatto sulla gestione dei dipartimenti. *Professione* 2005;5:16-21.
- [7] Greco M. I dipartimenti nella legislazione nazionale e regionale. *Professione* 2005;4:15-23.
- [8] Griffiths P, Sironi C. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. *Int J Nurs Stud* 2005;42(5):507-12.
- [9] Guzzanti E, Mastrilli F. I dipartimenti ospedalieri nelle esperienze internazionali. *Professione* 2005;3:14-30.
- [10] Ham C. Does the district general hospital have a future? *BMJ* 2005;331(7528):1331-3.
- [11] Legge Regionale n. 72/1998. Norme sulle procedure e gli strumenti della programmazione sanitaria e sull'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.
- [12] Legge Regionale n. 22/2000. Riordino delle norme per l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.
- [13] Gruppo di lavoro composto dai direttori generali dell'Azienda USL 5 di Pisa, dell'Azienda USL 11 di Empoli, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi. L'organizzazione degli ospedali per intensità di assistenza e cura. Linee di indirizzo.