

volume 3
ISSUE 6
2015 Dicembre



SOCIETÀ
SCIENTIFICA
DI MEDICINA
INTERNA

FADOI

FEDERAZIONE
DELLE ASSOCIAZIONI
DEI DIRIGENTI
OSPEDALIERI
INTERNISTI

QUADERNI

dell'Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*

The official journal of the Federation of Associations
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

Editor in Chief
Roberto Nardi

**Aspetti clinico-organizzativi nella degenza medica ospedaliera
in Italia: il ruolo della Medicina Interna nel Dipartimento
Medico e continuità assistenziale**

Guest Editors: G. Panigada, M. Campanini, A. Fontanella, R. Nardi

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Mauro Campanini, Novara, Italy

PRESIDENTE ELETTO

Andrea Fontanella, *Napoli, Italy*

PAST PRESIDENT

Carlo Nozzoli, *Firenze, Italy*

SEGRETARIO

Giuseppe Augello, *Canicattì (AG), Italy*

TESORIERE

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

DIRETTORE RIVISTA ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

RESPONSABILE RAPPORTI SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ISTITUZIONI

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti, *Roma, Italy*

RESPONSABILE SITO NAZIONALE

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*

DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANIZATION

Michele Stornello, *Siracusa, Italy*

COMMISSIONE FADOI GIOVANI

Paola Gnerre, *Savona, Italy*

Fondazione FADOI - Organigramma

PRESIDENTE

Giorgio Vescovo, Padova, Italy

COORDINATORE

Domenico Panuccio, *Bologna, Italy*

DIRETTORE SCIENTIFICO

Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Mauro Silingardi, *Guastalla (RE), Italy*

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA

Giancarlo Agnelli, *Perugia, Italy*

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

<i>Consigliere</i>	Paolo Arullani, <i>Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Davide Croce, <i>Castellanza (VA), Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Francesco D'Amore, <i>Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Salvatore Di Rosa, <i>Palermo, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Sandro Fontana, <i>Biella, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Ranieri Guerra, <i>Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Ido Iori, <i>Reggio Emilia, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Giovanni Mathieu, <i>Pinerolo (TO), Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Cecilia Politi, <i>Isernia, Italy</i>

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

INTRODUZIONE

Aspetti clinico-organizzativi nella degenza medica ospedaliera in Italia: il ruolo della Medicina Interna nel dipartimento medico e continuità assistenziale	499
<i>G. Panigada, I. Chiti</i>	

LA REALTÀ ITALIANA DELLA MEDICINA INTERNA

Organizzazione delle Medicine Interne della Toscana: analisi specifica delle criticità	503
<i>R. Laureano, S. Meini</i>	
Risultati di una survey sulla complessità promossa da FADOI	509
<i>M. Gambacorta, A. Montagnani, P. Gnerre</i>	
Fare di più non significa fare meglio: il contributo FADOI al programma di Slow Medicine per una medicina sostenibile	513
<i>L. Lusiani, R. Frediani, A. Fortini, R. Nardi</i>	
Gli effetti della riorganizzazione ospedaliera sulla comunicazione medico-paziente: un'analisi di cambiamento necessario	523
<i>M. Felici, S. Lenti</i>	
Survey sui fabbisogni di formazione e aggiornamento degli internisti FADOI	528
<i>C. Canale, M. Cannone, M. La Regina, R. Riscato, M. Silingardi</i>	

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

L'internista ospedaliero: dentro o fuori?	531
<i>F. Orlandini, F. Pietrantonio</i>	
La telemedicina in Medicina Interna	537
<i>A. Sciascera</i>	
Red flags e modelli di fast track per accedere rapidamente alla diagnosi precoce	541
<i>F. Pieralli, F. Corradi</i>	

IL PROBLEMA DEL COORDINAMENTO E LA CONTINUITÀ DELLE CURE

Sovraffollamento e qualità assistenziale in Ospedale: sono previste soluzioni nei patti per la salute?	544
<i>A. Fontanella</i>	
L'area critica di medicina interna: stato dell'arte nella Regione Puglia. Quali motivazioni? Per quali pazienti? Secondo quali normative? ..	548
<i>F. Ventrella</i>	
Il medico tutor nell'ospedale per intensità di cura	556
<i>M. Alessandri</i>	
L'Hospitalist	563
<i>I. Stefani, A. Mazzone</i>	

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

Il dipartimento medico è tuttora una soluzione per il governo clinico della complessità assistenziale?	567
<i>G. Landini</i>	
Modalità organizzative e clima interno nell'area medica	569
<i>S. De Carli, R. Re</i>	
Malattie endocrino-metaboliche in area medica: percorsi clinico-assistenziali ed implicazioni economiche	575
<i>M. Cappagli, S. Barbieri, V. Scardigli, C. Rossi, L. Sanna, E. Romano</i>	
Cure palliative: nuova branca specialistica o competenze da riscoprire?	583
<i>G. Chesi, P. Montanari, R. Nardi</i>	
Strumenti di comunicazione esterna per la continuità assistenziale: dimissioni protette, percorsi integrati ospedale territorio, integrazione di servizi.	588
<i>G. Chesi, E. Scalabrini, N. Branchetti, C. Sarti, F. Bencivenni, A. Giudici</i>	
Integrated delivery system: effetti su costi e qualità. Quale futuro? . . .	599
<i>E. Desideri</i>	
L'ospedale del futuro tra assistenza in acuzie e continuità di cura: il modello inglese può essere implementato anche nei nostri ospedali?	601
<i>P. Gnerre, M. Gambacorta, A. Montagnani</i>	
CONCLUSIONI	
Conclusioni: chi garantisce il coordinamento e la continuità delle cure?	608
<i>C. Nozzoli</i>	
APPENDICE	
I documenti FADOI	610
<i>M. Campanini</i>	

Aspetti clinico-organizzativi nella degenza medica ospedaliera in Italia: il ruolo della Medicina Interna nel dipartimento medico e continuità assistenziale

Grazia Panigada,^{1,2} Irene Chiti²

¹Presidente FADOI Toscana; ²SC Medicina Interna, Ospedale S.S. Cosma e Damiano Pescia, Azienda USL3 Pistoia, Italia

Introduzione

L'aumento della sopravvivenza e la creazione di fasce di popolazione *fragili* ha determinato in questi anni un'accresciuta richiesta di salute che si è riversata su tutti i settori della Sanità ma che ha trovato la sua valvola di sfogo privilegiata negli Ospedali. Per le caratteristiche di questi pazienti (anziani e molto anziani, pluripatologici, complessi, affetti da malattie croniche, ma anche critici e non di rado con problematiche sociali), nonché per il tipo di formazione e l'attitudine dei medici, la maggior parte del carico assistenziale è stato assorbito dalla Medicina Interna, che è andata incontro a numerose trasformazioni e in parte si è reinventata.¹ Al suo interno è stato necessario sviluppare una discreta versatilità sia per quanto riguarda la forma di offerta erogata sia per quanto riguarda le conoscenze, rendendo necessari nuovi approcci formativi. Dalla sua posizione centrale nella nuova concezione dell'Ospedale per Intensità di Cure,² la Medicina Interna ha dovuto dispiegare un variegato ventaglio di competenze che vanno dall'assistenza al paziente *critico* (ventilazione non invasiva, complicanze settiche, gestione di cateteri venosi centrali, procedure invasive, ecografia bedside, *etc.*) al reinserimento sul territorio del paziente *vulnerabile*, dai percorsi assistenziali complessi in regime di day service alla continuità ospedale-territorio. La Medicina Interna, da sempre pietra miliare del sistema sanitario in tutti gli ospedali si fa carico della grande

maggioranza dei ricoveri acuti di area medica, garantendo continuità sulle 24 ore 365 giorni all'anno. È lo snodo imprescindibile da cui è necessario passare per chiarire la diagnosi. Non sempre l'iter si esaurisce al suo interno e talvolta sono necessarie tecniche diagnostiche o terapie complesse: in questi casi si fa carico del coinvolgimento di altri specialisti o addirittura di centri di secondo livello, per poi essere in grado di raccogliere il paziente e seguirlo nel tempo. In questo contesto l'internista, accanto alle competenze cliniche in senso stretto non può fare a meno di effettuare una valutazione multidimensionale del paziente per scegliere possibilmente in modo saggio le priorità, gli obiettivi terapeutici, ma anche selezionare il *setting* assistenziale adeguato, non sempre potendosi avvalere di *evidence-based medicine* e linee guida, ma più spesso in condizioni di incertezza che richiedono il saper coinvolgere paziente e famiglia. Sempre più frequentemente l'internista esercita all'interno dei dipartimenti ospedalieri una complessa attività di *hospitalist*³ intervenendo nei percorsi chirurgici, ortopedici e specialistici. E sempre più rilevante il suo ruolo nell'integrazione con i servizi territoriali al fine di ottenere una continuità effettiva.

Se dopo tutta la mole di argomentazioni proposte negli ultimi anni, per definire gli aspetti clinico-organizzativi della degenza medico internistica ospedaliera e della continuità assistenziale siamo ancora alla ricerca di un'efficace risposta significa che la complessità di questi fenomeni è ben lontana dall'essere risolta. Impossibile un approccio statico, necessaria invece una continua evoluzione, insieme a un cambiamento costante, anche utilizzando esperienze e proposte volte a perfezionare un modello che con appropriatezza metta al centro il paziente, ottimizzi i rapporti paziente-professionisti e tra i professionisti stessi, e contemporaneamente permetta a questi di svolgere il loro operato con soddisfazione nel costante obiettivo del mantenimento di un costruttivo clima interno.⁴

Negli ultimi anni ci siamo abituati a considerare l'approccio internistico sempre più rivolto al paziente nella sua complessità⁵ che alla malattia in senso specialistico, tanto da diffondere la definizione dell'inter-

Corrispondente: Grazia Panigada, SC Medicina Interna, Ospedale S.S. Cosma e Damiano Pescia, Azienda USL3 Pistoia, Italia.

E-mail: g.panigada@alice.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright G. Panigada e I. Chiti, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:499-502

nista come lo specialista della complessità intesa come sommatoria di molteplici aspetti quali gravità clinica, presenza di multiple comorbidità le une influenzanti le altre, disfunzione cognitiva e fragilità clinica e sociale sempre più presenti nei nostri pazienti con bisogni assistenziali crescenti.^{6,7}

Attualmente che si comincia a parlare di *precision medicine*,⁸ cioè di un approccio diagnostico e terapeutico di tipo personalizzato, tarato sulla base delle caratteristiche genetiche, biomolecolari, fenotipiche e psicosociali del paziente è necessario produrre uno sforzo anche in termini organizzativi per garantire nell'ottica di un uso appropriato delle risorse, che sempre più appaiono finite, modelli di presa in carico modulati in base alla complessità.

L'intensità di cure rappresenta la risposta alla corretta allocazione dei pazienti, senza spreco di risorse, personale e spazi. Tuttavia è ormai diffusamente accettato che deve essere evitata una rigida applicazione del modello,⁹ ma in maniera flessibile deve essere ottenuta non solo la vicinanza dei malati con simili livelli di criticità e di necessità assistenziale ma non devono essere dispersi quelli assegnati alle singole specialità.

Principio imprescindibile del modello è la valorizzazione dei rapporti multidisciplinari e multiprofessionali facendo in modo di far coincidere il più possibile l'organizzazione del lavoro infermieristico e il tutoraggio medico applicando in maniera estensiva principi della *Lean organization*¹⁰ che mira a facilitare lo sviluppo del percorso ospedaliero, eliminando le attese determinate dalla programmazione indipendente delle diverse attività e la competizione fra percorsi urgenti e percorsi programmati. L'organizzazione per processi consente, infatti una gestione complessiva del paziente dall'inizio alla fine del percorso, superando così la logica secondo la quale ogni struttura è programmata e valutata solo in rapporto alla qualità ed all'efficienza dei propri processi interni, a favore di una riprogettazione globale del processo che corrisponde al percorso affrontato dal cittadino.

Il modello per intensità di cure richiede di essere completato¹¹ e la Medicina Interna, fulcro dell'organizzazione deve promulgare con adeguate modalità organizzative questa evoluzione assicurandosi eventuali investimenti.

Necessario è garantire un tutoraggio effettivo riconosciuto dai pazienti e dai parenti, che non può prescindere da un rapporto personale e diretto finalizzato alla presa in carico globale per accompagnare il paziente nel suo percorso assistenziale in cui intervengono anche altre figure professionali e competenze fino a condurlo a destinazione: il domicilio, le cure territoriali, le strutture protette, l'*exitus*...

Le attività internistiche non possono che essere in linea con quelle del DEA e pertanto debbono esten-

dersi temporalmente sia per quel che riguarda le degenze che per le attività alternative al ricovero, che rappresentano una modalità necessaria per ottemperare alle richieste del territorio con un numero finito di posti letto.

L'internista, con un'adeguata formazione deve rendersi protagonista nelle aree a più alta intensità, in cui sarà previsto nei singoli PDT il ricovero dei pazienti più instabili o con patologie specifiche quali lo stroke dove concentrare risorse mediche, infermieristiche, strumentali per ottenere un adeguato livello di assistenza, e ridurre il rischio clinico.

Pivot anche nel *Day service* multidisciplinare che, con garanzia di percorsi integrati è e dovrà essere sempre di più l'anello di congiunzione del percorso medico¹² tra il dipartimento territoriale, outpatients a gestione della Medicina Generale e quello ospedaliero, fornendo, con un adeguato triage, la presa in carico di tutti quei pazienti che in base a stabilità non richiedano il posto letto.

La Medicina Interna, da sempre sensibile al tema nelle singole realtà potrà favorire l'integrazione interprofessionale superando diffidenze e pregiudizi reciproci per legare più strettamente i rapporti fra le professioni e incrementare la disponibilità del tempo per i malati.

Adegamenti tecnologici, strutturali e informatici sono naturalmente necessari, ma la Medicina Interna dovrà riuscire nelle singole realtà aziendali a indirizzare le scelte in tal senso. In particolare l'informatizzazione dovrà essere sempre più utilizzata come strumento gestionale per conoscere, in tempo reale i dati di attività e utilizzarli nell'ottica del miglioramento continuo: misurare per migliorare!¹³

Una delle sfide principali del terzo millennio è rappresentata dalla continuità e dunque la Medicina Interna dovrà rafforzare l'integrazione con i servizi territoriali, nell'ambito delle patologie croniche e complesse anche uscendo dall'ospedale e utilizzando strumenti di facilitazione quali la telemedicina, col fine di intervenire sul paziente cronico prima che si renda necessaria l'ospedalizzazione.¹⁴

Diverse soluzioni sono possibili da discutere nelle singole realtà, apprezzabili purché condivise, non calate dall'alto ma scelte attivamente. Tutte devono mirare a garantire al paziente lo svolgimento del suo specifico percorso di cura con principi di appropriatezza,¹⁵ continuità, sicurezza ricordando sempre che la presa in carico globale è il presupposto di un rapporto medico-paziente esteso nell'empatia e nello spazio-tempo.

Ma qualsiasi intervento organizzativo deve permettere all'internista di mantenere credibilità e autorevolezza presupposti necessari per non perdere entusiasmo nel lavoro e incorrere in burn out sempre in agguato in una professione tanto stressante.¹⁶

Quando ero ancora una giovane studentessa uno dei miei insegnanti mi disse: *Se vuoi sapere davvero*

cosa ha un malato devi chiederlo a lui e quello che lui ti dice è in qualche modo sempre vero. Direi che non esiste perifrasi migliore per spiegare cosa è un'anamnesi. Quello che un malato ha da dire è per prima cosa il motivo che lo ha spinto a cercare il medico e quindi è indiscutibilmente il *fil rouge* da seguire se si vuole arrivare alla diagnosi. Ma è anche espressione del suo modo di vivere i sintomi e la malattia, un piccolo spaccato sulla storia della sua vita e sul suo mondo, un momento insostituibile che ci permette di capire quale sia il suo grado di consapevolezza, quanto possa essere attendibile, se può essere affidabile nella gestione di terapie complesse e potenzialmente pericolose.

A volte pochi minuti di dialogo tranquillo, non guastati da continue telefonate e interruzioni, rivelano più notizie di cartelle intere piene di dati e di esami. Il colloquio con il paziente ha la capacità, a volte per vie insondabili e non razionali, magari attraverso uno sguardo o un tocco, di costruire il contatto umano, un autentico ponte in grado di veicolare nei due sensi numerose informazioni che possono anche non raggiungere il livello cosciente, ma che spesso sono determinanti ai fini dell'inquadramento diagnostico e della cosiddetta alleanza terapeutica.

L'umanità del medico, il suo interesse autentico, la sua apertura che il paziente coglie nell'incontro sono variabili non secondarie nell'influenzare la sua capacità di fidarsi e confidarsi, di recepire quanto gli viene detto e di metterlo in pratica.

Ho visto bravi medici riuscire a far sorridere e perfino ridere malati terminali sul letto di morte e ho pensato che anche questo è curare, quando guarire non è più possibile.

Il bravo internista non deve possedere solo scienza e tecnica, ma anche un insieme di attitudini, difficilmente definibili con un solo termine, che gli permettano, di fronte all'inestricabile matassa di informazioni che gli vengono da un paziente, di accedere subito al cuore del problema e di capire cosa è davvero importante e cosa può essere trascurato.

Questo qualcosa che nessuno insegna e che è in parte talento del medico si può però imparare e perfezionare proprio nel continuo e costante confronto con il paziente.

Ricordati - dicevano sempre i miei maestri - *che il clinico sta per definizione al letto del malato, come dice l'etimologia della parola* e di questo mai dovremmo dimenticarci quando ci poniamo compiti organizzativi e gestionali parti integranti del nostro ruolo di internisti.

Con la presente monografia, analizzando la realtà internistica italiana, le esperienze delle regioni, le proposte internazionali, i bisogni formativi, affronteremo il tema pressante del ruolo della Medicina Interna nel dipartimento ospedaliero e in quello territoriale nell'imminente futuro.

Presupposti alla progettazione del dipartimento Medico e della continuità assistenziale

- *Il paziente internistico* polipatologico complesso tra cronicità e criticità deve *essere ascoltato e coinvolto nella cura.*
- *L'internista* tutor e hospitalist deve migliorare costantemente conoscenze cliniche, relazionali, tecnologiche, ma anche di governance. Deve saper vedere nell'interprofessionalità un valore aggiunto. Deve saper ottenere il massimo rendimento dall'informatizzazione per semplificare il lavoro ma soprattutto analizzare dati per migliorare la qualità. Sarà sempre più spesso hospitalist. Deve conservare *l'entusiasmo per il lavoro e la volontà di ascolto del paziente.*
- Qualità, sicurezza, appropriatezza e personalizzazione delle cure con il sovraffollamento, l'elevato turn over, i ricoveri ripetuti, la garanzia di continuità ospedale territorio sono *le sfide* da vincere con modelli organizzativi adeguati *senza perdere l'umanizzazione delle cure e nel rispetto del lavoro medico.*

Bibliografia

1. Kramer MH, Akalin E, Alvarez de Mon Soto M, et al. Internal medicine in Europe: how to cope with the future? an official EFIM strategy document. *Eur J Intern Med* 2010;21:173-5.
2. Alessandri M, Bartolomei C, Bernardini M, et al. Medicina Interna e nuova organizzazione ospedaliera: le proposte di FADOI Toscana. *Ital J Med* 2007;1:35-7.
3. Verdiani V, Affinati M. Hospitalist: l'anello mancante nell'ospedale per intensità di cure. *Toscana Medica* 2015;XXXIII(5):16-7.
4. Niccolai F, Nuti S. Intensità di Cura e intensità di relazioni. Pisa: Edizioni ETS; 2012.
5. Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza, clinica, tecnologica e strutturale nella assistenza del paziente complesso. Quaderni del Ministero della Salute n. 23; Settembre-Ottobre 2013.
6. Nardi R, Fabbri T, Belmonte G, et al. Medicina Interna, paziente complesso, evidence-based medicine e le non evidenze. *Ital J Med* 2009;3:191-200.
7. Nardi R, Borioni D, Berti F, et al. La complessità dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri di Medicina Interna: di che cosa stiamo parlando?. *Quaderni Ital J Med* 2014;2:3-13.
8. Jameson JL, Longo DL. Precision medicine-personalized, problematic, and promising. *NEJM* 2015 [Epub ahead of print].
9. Nardi R, Arienti V, Nozzoli C, Mazzone A. L'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. *Ital J Med* 2012;6:1-13.
10. Nicosia F. L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cure. Milano: Franco Angeli Ed.; 2008.
11. Panigada G, Landini G, Laureano R, et al. Ospedale per intensità di cure. Completare il modello per migliorare

- l'assistenza. Il ruolo della Medicina Interna. Toscana Medica 2014;XXXII(11):14-5.
12. Landini G, Cecchi M, Andreini R, et al. Percorso Medico Ospedale per Intensità di cure. Toscana Medica 2013;XXXI(1):32-6.
 13. Landini G, Panigada G, Masotti L, Chiti R. La cultura internistica come visione di un auspicato cambiamento in medicina e nella organizzazione ospedaliera: l'esperienza di due realtà toscane. Quaderni Ital J Med 2014; 2:101-5.
 14. Croce D, Mazzone A. I modelli organizzativi per l'assistenza territoriale primaria nel Servizio Sanitario Nazionale: evidenze ed intervento specialistico. Quaderni Ital J Med 2014;2:60-7.
 15. Panigada G, Chiti I, Fortini A, et al. Medicina Interna e wise medicine: le proposte FADOI, le prospettive assistenziali e le ricadute gestionali. Quaderni Ital J Med 2014;2:135-41.
 16. Chesanow N. Why internists are number one in physician burnout. Medscape; Jun 23, 2015.

Non-commercial use only

Organizzazione delle Medicine Interne della Toscana: analisi specifica delle criticità

Raffaele Laureano, Simone Meini

SOC Medicina Interna, Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze, Italia

RIASSUNTO

Lo studio INDOMITO ha valutato le attività delle Medicine Interne Ospedaliere sulla quasi totalità delle strutture presenti in Toscana, analizzando i dati di ricovero e l'attività ambulatoriale del 2013. La Medicina Interna in Toscana è presente in tutti gli Ospedali, soddisfa gran parte dei ricoveri urgenti afferenti agli Ospedali di riferimento ed effettua oltre metà di tutti i ricoveri delle discipline mediche. È stato possibile delineare le caratteristiche della struttura *tipo* di Medicina Interna operante in Toscana, le risorse disponibili e l'efficienza operativa, che è risultata elevata per tutte le strutture e spesso mostra eccessivo sovraccarico di lavoro; le attività sono state valutate anche in relazione alla tipologia dei diversi ospedali evidenziando criticità diverse. Nei grandi ospedali è prevalente l'attività di ricovero, con sofferenza per sovraffollamento, nei piccoli sono concentrate molte prestazioni ambulatoriali specialistiche di tutte le branche dell'area medica, spesso rappresentando l'unico riferimento per il territorio. Emerge un quadro in cui spesso gli Internisti surrogano altri specialisti per gestione di molteplici patologie e per la continuità assistenziale (guardia) per i pazienti ricoverati. Questi dati rappresentano un utile riferimento per la valutazione della figura dell'Internista ospedaliero e del ruolo della Medicina Interna nella rete assistenziale e possono essere utili per l'elaborazione di proposte organizzative per il futuro.

Introduzione

Il Servizio Sanitario della Regione Toscana ha una rete di Ospedali pubblici che consta di 37 presidi distribuiti nelle 3 aree vaste (centro, nord-ovest e sud-est) cui si aggiungono le 3 Aziende Ospedaliere-Universitarie di Firenze, Pisa e Siena, una per Area Vasta, oltre alle Aziende Meyer di Firenze e alla Fondazione Monasterio. Le strutture ospedaliere dei 37 presidi hanno tutte almeno un'Unità di Medicina Interna: queste sono in totale 45, oltre a quelle delle AOU.

I posti letto (PL) per acuti in Regione sono 12.222 (anno 2012), di cui circa 2500 di Medicina Interna, la quale quindi, oltre ad essere presente su tutto il territorio regionale, rappresenta una parte cospicua (21%) di tutti i PL per acuti.

Ogni anno i PS-DEA della Toscana effettuano 1.470.000 accessi per una popolazione di circa 3.7 milioni di residenti. I ricoveri ospedalieri per acuti nel 2012

sono stati 541.763 (scorporando i neonati, i parti e i ricoveri riabilitativi); di questi 401.898 sono stati ricoveri ordinari (non DH) >1 gg, e di questi circa 200.000 hanno riguardato l'area medica. La Medicina Interna effettua circa 110.000 ricoveri all'anno, cioè oltre il 50% di tutti i ricoveri di area medica; circa il 90% provengono da accessi d'urgenza tramite i PS-DEA.

Nel 2014 la FADOI Toscana ha svolto un'indagine conoscitiva delle attività di ricovero ed ambulatoriali delle Medicine Interne, della organizzazione del lavoro e delle risorse disponibili, valutandoli in riferimento al contesto operativo, con particolare riferimento ai rapporti con le altre specialità, e nelle diverse tipologie degli ospedali in cui operano. I dati sono stati raccolti mediante un questionario compilato dai responsabili delle strutture. Inoltre sono stati raccolti i dati dell'attività ospedaliera del Ministero della Salute¹ e della Regione Toscana - Agenzia Regionale di Sanità.²

In questo articolo sono presentati i principali risultati della indagine in oggetto (STUDIO INDOMITO: *INDagine Medicine Interne Toscane Ospedaliere*).

Attività di ricovero ed ambulatoriale

L'indagine ci ha permesso di valutare l'attività di 43 su 45 strutture in 37 presidi ospedalieri della Regione, che rappresentano il 73% dei posti letto e il 71% dei ricoveri di Medicina Interna (pari al 27% del totale dei ricoveri per acuti di area medica della Regione Toscana); i rispettivi PS-DEA effettuano il 91% di tutti gli accessi ai PS della Toscana. I ricoveri in Medicina In-

Corrispondente: Raffaele Laureano, Medicina Interna, Ospedale SM Annunziata, via Antella 58, 50011 Bagno a Ripoli (FI), Italia.
E-mail: raffaele.laureano@uslcentro.toscana.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright R. Laureano e S. Meini, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:503-508

terna avvengono principalmente dai PS (circa il 90%), in urgenza, e le Medicine soddisfano in gran parte le esigenze dei DEA per l'area medica. Questo dato, unito al cronico sovraffollamento dell'Ospedale, determina il fenomeno negativo degli *appoggi* di pazienti in altri reparti di degenza e una elevata percentuale di ricoveri notturni che, nella nostra indagine, è risultata in media di 129 ingressi per notte sui 321 ingressi nelle 24 ore nella totalità delle 43 strutture considerate. Entrambi sono fattori di elevata criticità per l'assistenza.³

Abbiamo valutato i dati di attività su 77.576 dimissioni del 2013, pari a circa il 70% del totale dei dimessi dalle Medicine Interne.

Il campione delle strutture oggetto dell'indagine è risultato quindi estremamente numeroso e altamente rappresentativo della realtà operativa e dell'attività assistenziale erogata in Toscana.

Le 43 strutture sono state suddivise in base alle dimensioni dell'ospedale di appartenenza: *Piccoli Ospedali* (N=20), considerando tali quelli con meno di 100 PL (N=15) oppure fino a 140 PL e con meno di altre 4 specialità presenti oltre alla Medicina Interna (N=5) dato che sono assimilabili ai piccoli; *Ospedali Medi* (N=9) con PL fra 140 e 300; *Grandi Ospedali* (N=14) con PL >300. Vengono riportate le risorse (medici e PL), il numero di dimissioni, la Degenza Media (numero medio di giorni di ciascun ricovero) ed i principali indicatori *classici* dell'attività di ricovero: indice di rotazione (IR=numero di pazienti per posto letto per anno), indice di occupazione PL o tasso di utilizzo % (IO/TU=% dei PL mediamente occupata) ed Intervallo di turn over (IT=periodo di tempo espresso in giorni che intercorre tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro in ciascun PL).

La Tabella 1 riporta alcuni dati relativi a risorse umane e strutturali, indicatori di attività in regime di ricovero e le prestazioni ambulatoriali.

L'attività ambulatoriale è risultata cospicua.

Gli Internisti toscani delle 43 strutture considerate effettuano ben 181 ambulatori specialistici che effettuano 257 sedute ambulatoriali settimanali di 6 ore/seduta; nel 2013 hanno erogato 120.563 visite e 105.217 esami strumentali o procedure invasive.

Gli ambulatori specialistici effettuati più diffusamente dagli Internisti sono risultati: Angiologia ed Ecodoppler vascolare (attivo in 28 strutture), Ipertensione (14), Scompenso cardiaco (13), Endocrinologia (13), Ematologia (8), Endoscopia digestiva (6), Pneumologia con PFR (5). Oltre a questi gli Internisti svolgono altri 49 ambulatori specialistici di varie discipline o dedicati a particolari patologie e presenti con minore frequenza dei precedenti: Diabete, Geriatria, Pneumologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Nefrologia, Malattie Cerebrovascolari, Dislipidemie, Cefalee, Cardiologia, Ecocardio, Ecografia internistica; inoltre tutte le strutture hanno attività ambulatoriali *proprie* di Medicina interna e Day Service.

È interessante notare come le attività ambulatoriali siano nettamente maggiori nei piccoli e medi ospedali rispetto alle strutture internistiche dei grandi ospedali. Al contrario le attività di ricovero e conseguentemente gli indicatori relativi sono più elevate nei medi e grandi ospedali.

Organizzazione e risorse: la struttura tipo e l'Internista tipo

La struttura *media* di Medicina Interna in Toscana ha 9 medici oltre al Responsabile, 42 PL, fa 1803 dimissioni/anno; ha un'attività di guardia quasi ovunque di H24 su 365 gg, ed effettua 2800 visite ambulatoriali/anno e 2400 prestazioni strumentali/anno.

Ogni singolo Internista in media assiste 6,6 PL per

Tabella 1. Studio INDOMITO. Posti letto, medici, attività di ricovero e ambulatoriale delle Medicine Interne Toscane (2013) (per abbreviazioni e definizioni vedi testo).

		Tutte=43	P=20 Piccoli ospedali	M=9 Ospedali Medi	G=14 Ospedali grandi
Risorse	N. Medici x Struttura	9,2	6,8	12,2	10,8
	PL totali	1814	643	498	673
	PL Medi per Struttura	42	32	55	48
	PL/Medico	4,6	4,7	4,5	4,4
Indicatori attività di ricovero	N. Dimissioni Totali	77.561	24.829	20.700	32.032
	N. Medio Dim x struttura	1803	1241	2300	2288
	N Dim/medico	195	181	188	212
	DM gg	8,0	8,1 (6,5-11)	7,9 (6,4-11)	7,8 (6,9-10,3)
	IR	42,7	38,6	41,6	47,6
	TU(IO)	102,4%	84%	96%	104%
	IT	-0,21	1,5	0,6	-0,3
Attività ambulatoriale	N. Amb spec medi x strutt.	4,2	5	4,5	3,2
	N. prestaz medie x strutt.	5232	6240	6844	2739
	N. prestaz/medico	565	910	560	253

365 gg, fa 30 notti all'anno prestando assistenza a 67 PL con oltre 3 ammissioni notturne in urgenza, fa 40 turni lavorativi festivi, 201 dimissioni e 42 sedute ambulatoriali con 312 Visite specialistiche e 274 prestazioni strumentali. Produce per 850.000 Euro (DRG medio x N. dimessi+N visite spec. da nomenclatore) oltre alla attività di guardia.

Le strutture di Medicina in Toscana hanno in media 2 sezioni di degenza di circa 20-24 PL ciascuna. L'organizzazione del lavoro prevede che in ogni sezione operino 2 medici al mattino, usualmente vi è un medico in ambulatorio ed un medico al pomeriggio ed uno di notte per tutta la unità operativa. Il personale medico è appena sufficiente per coprire le necessarie turnazioni, con criticità per fruizione di ferie ma anche dei tempi studio e delle attività di formazione e aggiornamento.

Questi dati non possono non essere considerati quando si valutano i carichi di lavoro, le specifiche difficoltà nel garantire la continuità assistenziale, elemento critico per la qualità e l'efficienza, l'usura del personale e quindi le necessarie risorse anche alla luce della produttività, in raffronto a strutture che hanno solo attività ambulatoriali o diurne.

La distribuzione delle attività per diversa tipologia di Ospedale, come emerge chiaramente dalla lettura della Figura 1, indica come gli internisti *surroghino* l'attività specialistica in maniera diversa a seconda delle necessità che le diverse realtà richiedono: nei Piccoli ospedali per gli *outpatients*, con una elevata attività ambulatoriale specialistica e prestazioni strumentali, nei Medi e Grandi ospedali per i ricoverati, soprattutto per garantirne la continuità assistenziale.

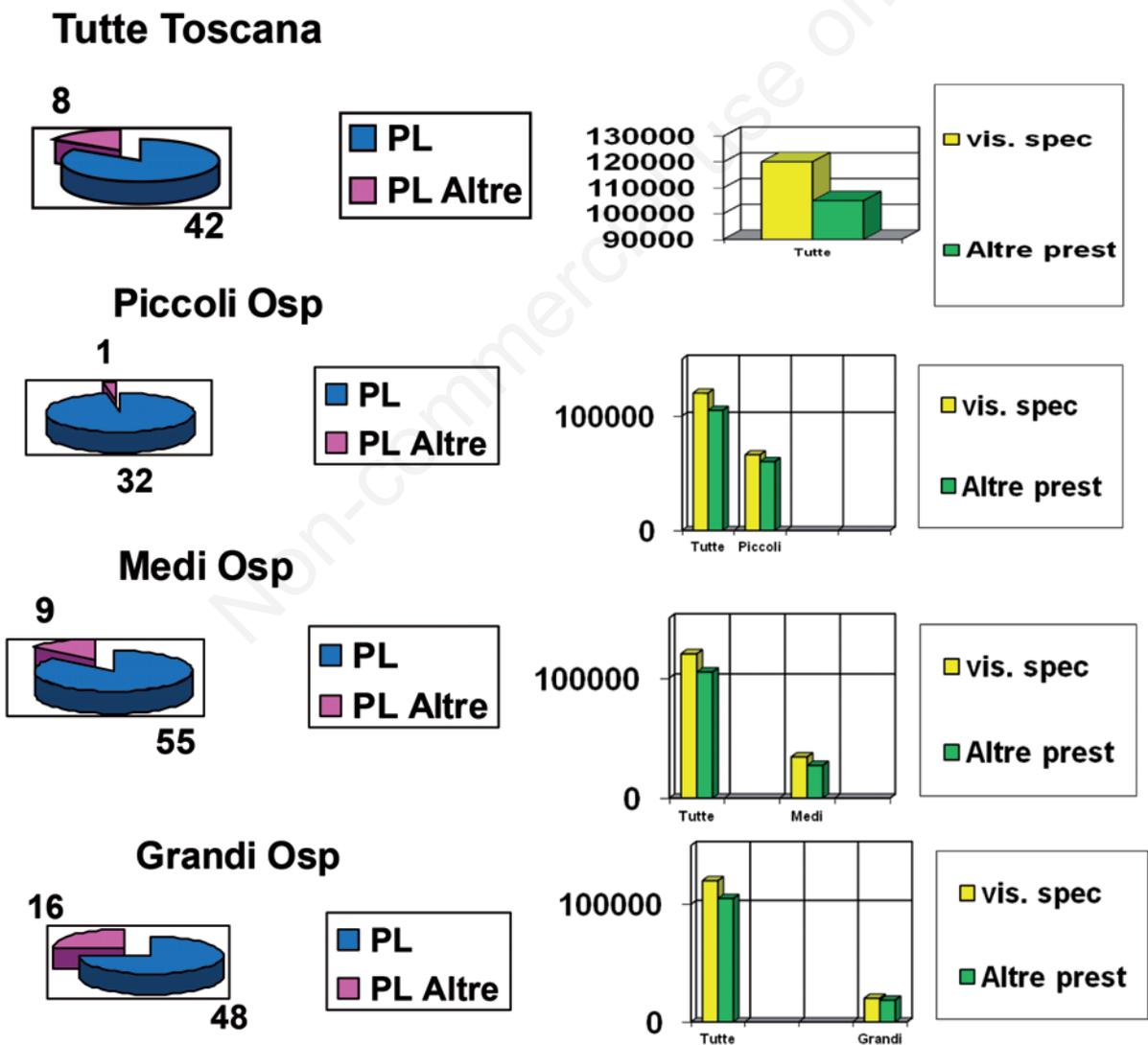


Figura 1. Attività per tipologia ospedale. Attività di ricovero: PL, propri della Medicina Interna; PL Altre, PL di altre UO assistiti in guardia notturna/festiva dagli internisti. Attività ambulatoriale: N. di visite specialistiche e prestazioni ambulatoriali effettuate dagli internisti.

Questi dati evidenziano un aspetto importante e peculiare che contraddistingue la Medicina Interna: la flessibilità funzionale.⁴

Nonostante la mole di attività svolta dagli Internisti, la carenza dei medici rispetto agli organici è risultata di circa l'8,5%, e le attuali politiche del *turn-over* del personale non lasciano ipotizzare una situazione migliore per il futuro.

La distribuzione per età dei medici internisti vede infine circa il 20% con <40 anni, il 33% fra 41 e 50 anni, il 37% fra 51 e 60 ed il 9% oltre i 60 anni; quindi il 45% degli Internisti toscani ha più di 50 anni. Le donne sono circa il 54% e sono in netta maggioranza nelle due fasce di età più giovani (69%), pertanto la percentuale di donne aumenterà nei prossimi anni.

Efficienza e criticità

Tutte le strutture hanno comunque elevati volumi di attività e mostrano elevata efficienza ma, soprattutto nei medi e grandi ospedali, si evidenzia sofferenza per sovraccarico eccessivo e indicatori nettamente al di fuori della *area di accettabilità* per gli *standard* di efficienza ospedalieri. Se si articolano tra loro mediante un nomogramma di Barber⁵ gli indicatori di flusso (Figura 2), si vede chiaramente come questi si collocano ben oltre gli *standard* ed addirittura fuori dall'area del grafico, questo in conseguenza di indici di occupazione superiori al

100% e intervallo di *turn over* PL in zona negativa; quest'ultimo aspetto indica come il posto letto non risulti mai libero, anzi la matematica indica che esso risulta occupato per alcune ore da 2 pazienti! È ovvio che il rilievo matematico rispecchia la presenza di un numero di pazienti superiori ai PL, dovuto alla presenza dei pazienti ricoverati *in appoggio* in altri reparti; tale evenienza viene sempre stigmatizzata come negativa sia per i disagi significativi per i cittadini, sia per la minore qualità dell'assistenza, sia per i possibili rischi.⁶⁻⁸

Gli indicatori di flusso possono essere articolati tra loro mediante il nomogramma di Barber che considera simultaneamente quattro tra i principali indicatori della attività degli ospedali. Si tratta di una analisi grafica che consente di eseguire confronti fra diverse strutture e le variazioni nel tempo; si realizza utilizzando un sistema di assi cartesiani, in cui l'ascissa è rappresentata dall'intervallo di turnover (IT) e l'ordinata dalla degenza media (DM). Il piano individuato è ulteriormente suddiviso sulla base dell'indice di occupazione dei posti letto (IO) e dell'indice di rotazione dei posti letto (IR). Il nomogramma consente di individuare in corrispondenza di ogni punto i valori dei quattro indicatori (DM, IO o TU, IT, IR) e conseguentemente la condizione operativa di una data struttura ospedaliera. È possibile quindi non solo tenere sotto osservazione simultaneamente quattro indicatori di attività ma anche, qualora ci si ritrovi all'esterno dell'area di accettabilità definita dagli

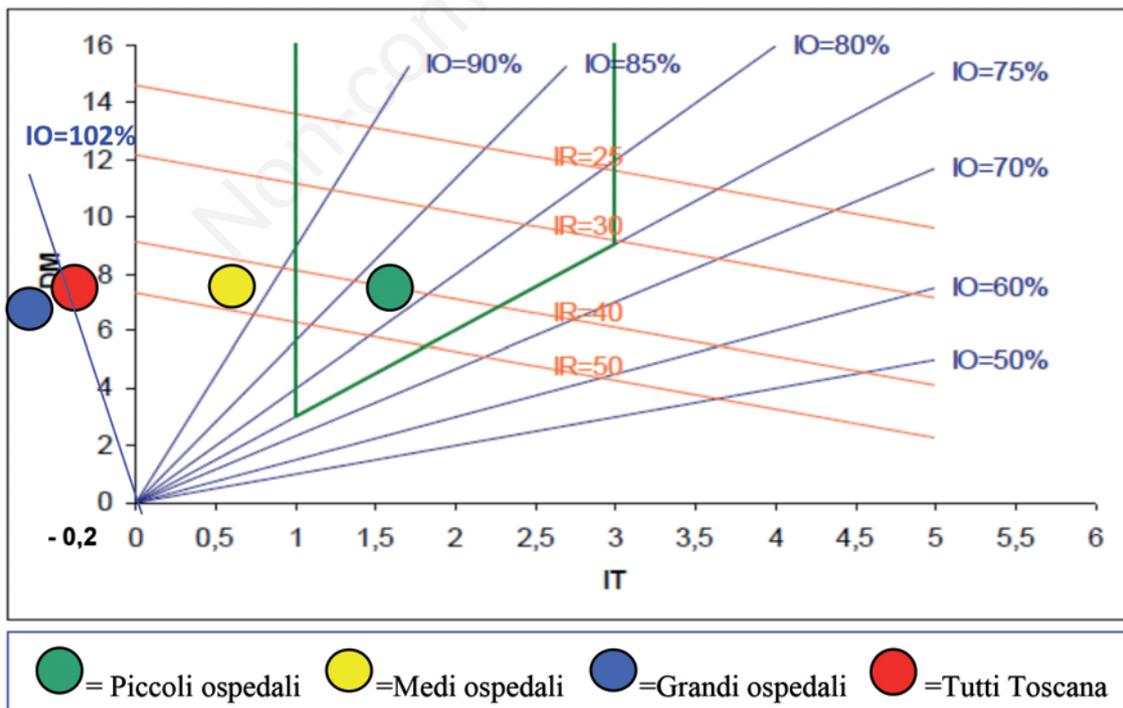


Figura 2. Nomogramma di Barber Medicine Interne Toscana 2013. DM, degenza media; IR, indice di rotazione; IO, indice di occupazione PL; IT, intervallo di *turn over*; in verde area di accettabilità (per interpretazione, vedi testo).

standard di efficienza, di simulare strategie gestionali per posizionarsi all'interno di tale area.

Tutti questi aspetti indicano chiaramente come il sistema non sia solo vicino al punto di collasso, ma, matematicamente, stia già operando al di fuori della zona di accettabilità e dei basilari requisiti di *risk management*, per gli operatori e per i pazienti. Ad esempio si rapporti il problema delle infezioni nosocomiali e dei conseguenti isolamenti che si rendono necessari al dato dell'Intervallo di turn over negativo, o al dato di un tasso di occupazione di oltre il 100%, e lo si consideri in rapporto ai valori di attività che la letteratura riporta come ottimali.⁹

La nostra indagine restituisce una immagine dell'Internista e delle unità di Medicina Interna toscane che abbiamo rappresentato in Tabella 2 secondo un'analisi S.W.O.T.

In sintesi

- La Medicina Interna è presente in tutti gli Ospedali;
- Soddisfa gran parte delle esigenze dei DEA per i ricoveri Urgenti;
- Effettua 1/4 di tutta l'attività di ricovero ospedaliero e la metà di tutti i ricoveri delle specialità di area medica;
- Ha elevati indicatori di efficienza in tutta la Regione;
- Garantisce l'assistenza anche per pazienti di altre specialità, soprattutto in guardia notturna e festiva;
- Nei piccoli ospedali effettua attività specialistiche di tutte le branche dell'area medica, spesso rappresentando l'unico riferimento per il territorio;
- Nei grandi ospedali è prevalentemente rivolta al paziente ricoverato con elevati volumi di attività ed indicatori che dimostrano eccessivo carico di lavoro;
- Nei medi ospedali ha caratteristiche sia dei piccoli (con diffusa attività polispecialistica) che dei grandi ospedali con elevati/eccessivi livelli di attività di ricovero.

Considerazioni finali

La Medicina Interna è presente in tutti gli Ospedali, ha larga diffusione su base regionale ed ha uno stretto rapporto con le esigenze del territorio; soddisfa gran parte delle esigenze di ricovero dei DEA, effettua 1/4 di tutta l'attività di ricovero ospedaliero e la metà di tutti i ricoveri delle specialità di area medica, con elevati indicatori di efficienza in tutta la Regione. Essa configura già una attività centrata sull'Internista quale *Hospitalist*, ma diversamente declinata in funzione della tipologia di Ospedale in cui opera. Nei piccoli Ospedali effettua attività specialistiche di tutte le branche dell'area medica che spesso rappresentano l'unico riferimento per il territorio, mentre nei medi e grandi ospedali l'attività è prevalentemente rivolta al paziente ricoverato, con eccessivi carichi di lavoro.

La Medicina Interna garantisce l'assistenza anche per pazienti ricoverati di altre specialità, soprattutto in guardia notturna e festiva; gli internisti quindi spesso *surrogano* l'attività specialistica.

Nei rapporti con le altre specialità un fattore critico è rappresentato dal fatto che il paziente complesso è spesso assegnato secondo un criterio di selezione negativa, cioè di esclusione da parte delle altre specialità, e non invece riconoscendo la chiara competenza specifica sulla gestione della complessità che è propria della Medicina Interna.

La Medicina Interna ospedaliera ha una elevata efficienza operativa e dimostra importante flessibilità professionale per fronteggiare le diverse necessità nelle varie tipologie assistenziali. D'altra parte si rilevano anche preoccupanti sovraccarichi di lavoro con prevedibili ricadute negative sulla qualità e con usura del personale (tipologia del lavoro/età), essendo peraltro gran parte della attività rivolta alle urgenze.

Si delinea in definitiva un quadro operativo di generale sottodimensionamento rispetto alla effettiva at-

Tabella 2. Caratteristiche dell'Internista e delle Unità di Medicina Interna toscane.

Analisi interna

Punti di forza - *Strengths*

- Flessibilità funzionale/Capacità di surroga di attività specialistiche
- Capacità di diversificazione dell'offerta multispecialistica
- Capacità di gestione della complessità clinica e assistenziale
- Efficienza operativa/Volumi di attività erogabili
- Rilevanza quantitativa nell'attività ospedaliera
- Diffusione

Punti di debolezza - *Weaknesses*

- Caratteristiche demografiche dell'Internista
- Possibile gap formativo in situazioni superspecialistiche
- Rischio di incertezza e scarsa definizione della specificità di ruolo e figura professionale
- Rischio di perdita di identità

Analisi esterna

Opportunità - *Opportunities*

- Prospettive professionali (formazione, ruolo, nuove figure)
- Rapporti con il territorio
- Nuovo contesto organizzativo per intensità di cura

Minacce - *Threats*

- Volumi di attività richiesti
- Compiti poco definiti e riconosciuti
- Attività usurante (guardie notturne)
- Rilevanza dell'attività in urgenza

tività svolta, non adeguatamente supportata da proporzionali risorse, ma soprattutto dalla dovuta considerazione del ruolo strategico nella rete ospedaliera e quindi nella definizione e riconoscimento dei compiti, della giusta rilevanza nei processi di programmazione ed investimenti, delle prospettive professionali e, non ultima, da una riflessione sulla specifica formazione dell'Internista ospedaliero.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2013). Disponibile su: www.salute.gov.it/portale/documentazione
2. Regione Toscana - Agenzia Regionale di Sanità. I ricoveri Ospedalieri in Toscana. Disponibile su: <https://www.ars.toscana.it/it/aree-d'intervento/strumenti-e-metodi/indicatori-di-qualita-ed-equita-dell'assistenza/news/>
3. Nardi R, Gardellini A, Iori I. Sovraffollamento nei reparti di degenza e clinical risk management in Medicina Interna: soluzioni solamente strutturali o interventi sistemici sui processi assistenziali? *Ital J Med* 2009;3:3-8.
4. La Regina M, Gnerre P. Cos'è la Medicina Interna? *Quaderni Ital J Med* 2014;2:73-9.
5. Casanova A, Puggioni G, Repetto S. Efficienza dei servizi sanitari ed utilizzo ottimale delle risorse. Università degli studi di Cagliari. DRES. Dipartimento di Ricerche Economiche e Sociali. Disponibile su: <http://spol.unica.it/dres/download.php?view.26>
6. Alameda C, Suarez C. Clinical Outcomes in medical outliers admitted to hospital with heart failure. *Eur. J Intern Med* 2009;20:764-7.
7. Perimal-Lewis L, Li JY, Hakendorf PH, et al. Relationship between in-hospital location and outcomes of care in patients of a large general medical service. *Intern Med J* 2013;43:712-6.
8. Serafini F, Fantin G, Brugiolo R, et al. Outliers admission of medical patients: prognostic implications of outlying patients. *Ital J Med* 2015;9:299-302.
9. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006;184:208-12.

Strutture censite nello Studio INDOMITO

Medicina Interna AS Firenze: OSMA Dott. R. Laureano, SGDD Dott. A. Fortini, SMN Dott. G. Landini, Borgo SL Dott. S. Spolveri, Serristori Dott. A. Bribani, Prato Dott. G. Bini e Dott. M. Di Natale, AOUC Dott. A. Morettini, Dott. C. Nozzoli, Dott. B. Alterini, Empoli Dott. G. Lombardo, Pontedera e Volterra Dott. R. Andreini, Pistoia e S. Marcello Dott. M. Giusti, Pescia Dott.ssa G. Panigada, Lucca Dott. G. Brunelleschi, Massa Dott. C. Landucci, Carrara Dott.ssa M. Uliana, Castelnuovo e Barga Dott. Rinaldi, Fivizzano e Pontremoli Dott. R. Cozzalupi, Versilia Dott.ssa P. Lambelet, Cecina Dott. A. Pampana, Elba Dott. P. Fabiani, Livorno Dott. Camaiti e Dott. M. Cei, Piombino Dott. Piacentini, Arezzo Dott. M. Felici e Dott. L. Ralli, Cortona Dott. R. Migliacci, San Sepolcro Dott.ssa R. Nassi, Bibbiena Dott. E. Santoro, Montevarchi Dott. Pagni, Colle VdE Dott. C. Palermo, Nottola Dott. L. Abate, Grosseto Dott. V. Verdiani, Massa Dott. M. Alessandri, Castel del Piano Dott. P. Corradini, Orbetello Manciano Pitigliano Dott. M. Manini.

Risultati di una *survey* sulla complessità promossa da FADOI

Maurizia Gambacorta,¹ Andrea Montagnani,² Paola Gnerre³

¹Medicina Interna, Ospedale Media Valle del Tevere, Todi (PG); ²Medicina Interna, Ospedale Misericordia, Grosseto; ³Medicina Interna, Ospedale San Paolo, Savona, Italia

Introduzione

Un sistema si definisce complesso quando è costituito da vari elementi che interagiscono tra loro. Maggiore è la quantità e la varietà delle relazioni fra gli elementi di un sistema, maggiore è la sua complessità e le conseguenze di queste relazioni non sono prevedibili e desumibili dalla semplice sommatoria degli elementi che compongono il sistema.

Negli ultimi anni sempre più spesso sentiamo parlare di medicina della complessità come di un nuovo approccio di sistema al paziente (persona → definizione dei problemi → qualità della vita), in contrapposizione all'approccio di tipo riduzionistico che per tanto tempo ha guidato la medicina mettendo al centro la malattia (malattia → terapia → guarigione).

Come definiamo la complessità in medicina?

La definizione fornita dalla facoltà di Sociologia dell'Università di Vienna delinea la complessità come l'embricarsi delle influenze di due o più sistemi nello stesso individuo (ad esempio, malattie della sfera fisico-psichica, contesto sociale ed economico, farmaci, ecc.).

La *Agency for Healthcare Research and Quality* definisce il *paziente complesso* come un paziente affetto da due o più condizioni morbose, in cui ogni condizione morbosa influenza la cura o le altre condizioni attraverso: i) ridotta aspettativa di vita; ii) interazioni

tra le terapie farmacologiche; iii) diretta controindicazione alla terapia per una condizione a causa di un'altra condizione.

Il concetto di complessità non è univoco, estendendosi dalla sfera clinica a quella psico-sociale, da quella economica a quella organizzativa.

Grant identifica 5 domini per valutare la complessità nell'ambito delle cure primarie (Figura 1):¹ i) *Decisione medica*: è lo sforzo richiesto per valutare e comprendere il processo clinico e mettere in atto appropriate decisioni terapeutiche; ii) *Coordinamento delle cure*: è il lavoro necessario a supervisionare e coordinare i vari processi di cure e per essere sicuri che il sistema stia lavorando per la salute del paziente; iii) *Caratteristiche personali del paziente*: tutte le variabili legate al paziente che possono interferire con il processo di cura (per esempio scarsa *compliance*); iv) *Problemi psichiatrici*: aumentano la complessità della cura; v) *Condizioni socio-economiche*: influenze esterne alla sfera medica, che aumentano la complessità della gestione del paziente.

In ambito internistico non è facile misurare la complessità di un paziente perché sono tante le dimensioni che dobbiamo prendere in considerazione, alcune delle quali non facili da valutare, ed inoltre dobbiamo tener presente che non è soltanto il numero elevato delle variabili in gioco a definire la complessità, quanto il fatto di essere concatenate tra loro, in maniera evidente o anche non manifesta, da una serie di inter-relazioni, che a volte devono essere attentamente ricercate.²

Risultati di una *survey* sulla complessità

Durante un congresso di Medicina Interna è stato somministrato ad un campione di internisti, quindi a medici sensibili al concetto di complessità, un questionario in cui si chiedeva *Quali ragioni a vostro parere identificano la complessità del paziente?*. L'intervistato rispondeva scegliendo 5 items ed assegnando ad ogni item una priorità da 1 a 5.

Il risultato, riportato in Figure 2 e 3, è interessante in quanto mostra quante e quali siano le variabili che entrano nella definizione di complessità e come le priorità assegnate cambino a seconda dell'esperienza

Corrispondente: Maurizia Gambacorta, UOC Medicina Interna, Ospedale Media Valle del Tevere, Todi (PG), USL Umbria 1, Italia.

Tel.: +39.347.5769526.

E-mail: mauriziagambacorta@yahoo.it

Parole chiave: complessità, cronicità, multimorbidità.

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright M. Gambacorta et al., 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:509-512

e delle convinzioni individuali. Ciò a dimostrazione del fatto che la complessità è ancora un concetto difficile da obiettivare e da misurare.

Lo studio COMPLIMED

Ad oggi non esiste uno strumento univocamente riconosciuto e validato dalla comunità scientifica in grado di definire il grado di complessità di un paziente. Per questo FADOI ha raccolto l'ambiziosa sfida di costruire uno strumento *ad hoc* con lo studio COMPLIMED. Lo studio COMPLIMED è uno studio osservazionale, che ha coinvolto 29 Unità di Medicina Interna su tutto il territorio nazionale, per un totale di 576 pazienti arruolati, che ha l'obiettivo di identificare uno score multidimensionale per misurare la reale complessità dei pazienti ricoverati nelle Medicine Interne.

Le variabili prese in considerazione sono le seguenti:

- Età;
- Co/multimorbilità;
- Polifarmacoterapia;
- Comorbilità (CIRS);
- Instabilità clinica (MEWS);
- Fragilità clinica e sociale (indice di Flugelman);
- Fabbisogno assistenziale (INPS);
- Disfunzione cognitiva (SPMSQ);
- Depressione;
- Dipendenza funzionale;
- Stato nutrizionale;

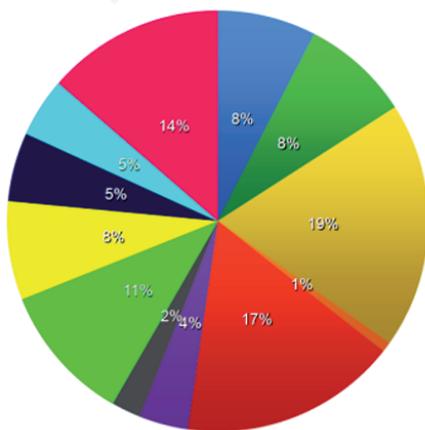
- Difficoltà alla dimissione;
- Frequenti ri-ricoveri.

Lo studio prevede la valutazione dei pazienti al momento del ricovero, alla dimissione, e ad intervalli di follow up di 1, 6 e 12 mesi. Il follow up dello studio è ancora in corso, ma i risultati preliminari si sono dimostrati molto interessanti, in quanto hanno permesso di definire la complessità come un fenomeno bidimensionale, che coinvolge due aspetti peculiari del paziente, il grado di dipendenza e il grado di comorbilità. Se questi dati saranno confermati con il follow up lo studio COMPLIMED avrà il merito di aver identificato la possibilità di utilizzare un numero limitato di questionari, rendono più agevole la valuta-

Severità dei sintomi, stabilità/instabilità della malattia
Difficoltà diagnostica
Presenza di dipendenza funzionale e/o disfunzione cognitiva
Capacità/incapacità/inerzia nell'assumere decisioni (<i>decision making</i>)
Preferenze personali del paziente e dei familiari
Stress e preoccupazione per i sintomi, vissuto di malattia
Disponibilità al trattamento, capacità di adesione
Sicurezza economica e stabilità domestica/residenziale
Contesto socio-famigliare
Presenza di <i>caregivers</i>
Organizzazione delle cure (quanta, con quanti e quali attori, con quale intensità)
Bisogno assistenziale
Coordinamento e continuità delle cure
Relazione medico (team di cura) e paziente

Figura 1. Le dimensioni della complessità.¹

Quali ragioni definiscono la complessità del paziente?



- Difficoltà diagnostica/presentazione atipica/malattia rara
- La difficoltà delle decisioni mediche da intraprendere
- Gravità del paziente/severità dei sintomi e/o difficoltà a migliorare nonostante tutte le cure (failure to thrive)
- La necessità di garantire in ogni caso le cure di fine vita/hospice
- Bisogni assistenziali: procedure mediche ed infermieristiche/gestione di devices complesse o avanzate in ospedale
- Lo stato cognitivo/mentale gravemente compromesso
- La dipendenza funzionale/non autosufficienza
- Presenza di s. Geriatriche (delirium, disfunzione cognitiva, cadute, incontinenza urinaria/fecale, ulcere da pressione, ecc)
- Il contesto socio-economico/manca di supporto familiare adeguato
- Dimissione "difficile" e problematica
- Incertezza sulla possibile adesione alle cure
- La difficoltà a definire il coordinamento delle cure e la continuità assistenziale dopo la dimissione

Figura 2. Risultati della survey sulla complessità promossa da FADOI.

zione del paziente nella pratica clinica rispetto a quanto disponibile finora.

Nuovi bisogni di salute per un paziente *nuovo*

Lo scenario che si è andato delineando negli ultimi anni è quello di un progressivo invecchiamento della popolazione, di un costante incremento della prevalenza di patologie croniche e di cambiamenti socio-economici, che hanno profondamente messo in discussione il modello di cure a cui l'organizzazione sanitaria del recente passato ci aveva abituato.

Invecchiamento della popolazione

Dai dati forniti dal Ministero della Salute emerge che gli ultra 65enni attualmente sono il 20,3% della popolazione, ma diverranno il 33% nel 2030; la decade di popolazione che cresce più rapidamente è quella tra gli 80 e i 90 anni. Gli ultracentenari in Italia, attualmente sono 17.000, e decuplicheranno entro 30 anni. Tutto ciò comporta un carico di patologie e disabilità, cioè di bisogni di salute, in costante incremento. In questo contesto non può sfuggire il dato che il 50% degli anziani con più di 65 anni assume più di 5 diversi farmaci al giorno, che il numero delle persone disabili (attualmente 2.800.000) aumenterà entro il 2030 del 70%, superando quota 5 milioni. Questo, anche e fortunatamente, per la *guarigione con esiti* di tanti cittadini che sopravvivono a patologie fino a pochi anni orsono fatali (cosiddetti *long survivors*).³

Cronicità

Studi epidemiologici dimostrano che almeno il 45% della popolazione è affetta da una o più patologie croniche e questa fetta di popolazione assorbe la maggior parte delle risorse: uno studio condotto dall'università del Minnesota dimostra come l'80% delle giornate di degenza sia da imputare a questa fetta di popolazione, così come quasi il 90% della spesa farmaceutica e il 96% delle visite domiciliari da parte dei Medici di Medicina Generale.^{4,5}

Multimorbilità

L'aumento dell'aspettativa di vita ha determinato la crescita esponenziale di una nuova categoria di malati, soprattutto pazienti anziani, caratterizzati da elevata vulnerabilità per la compresenza di due o più malattie croniche. Questo fenomeno, identificato con il termine *multimorbilità* si differenzia dalla comorbosità, nella quale, pur in presenza di più malattie, è rilevabile una patologia *indice* capace di per sé di condizionare la prognosi. La multimorbilità sta diventando un fenomeno di sempre più frequente osservazione: negli USA, ad esempio, la malattia coronarica rappresenta l'unica patologia solamente nel 17% dei pazienti.⁶ La presenza di multimorbilità ha un valore prognostico rispetto alla sopravvivenza, ma anche rispetto allo stato funzionale. Questo parametro è stato spesso correlato ad indicatori prognostici quali la durata della degenza, i costi, l'outcome o la sopravvivenza. È noto che la presenza di più malattie croni-

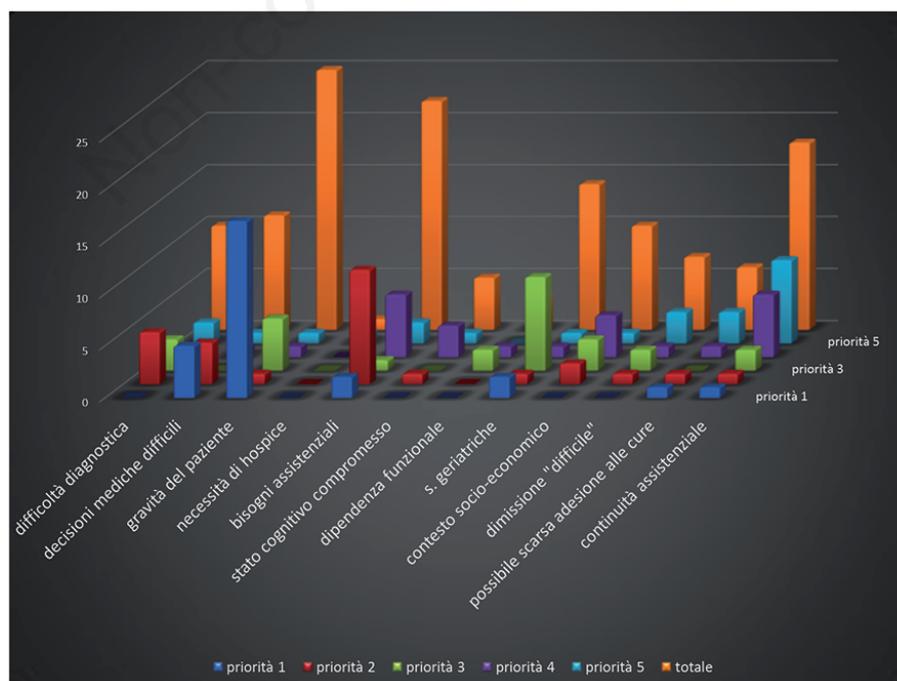


Figura 3. Risultati della survey sulla complessità declinati secondo la priorità assegnata ai vari items.

che nello stesso individuo aumenta il rischio di peggioramento dello stato di salute e di andare incontro a disabilità, di trattamenti inappropriati ed eventi avversi. Inoltre un importante studio osservazionale ha dimostrato l'associazione tra deprivazione socioeconomica e prevalenza di malattie croniche.⁷

Queste determinanti contribuiscono a rendere il paziente ricoverato in Medicina Interna il prototipo del paziente complesso: nella maggior parte dei casi è anziano o molto anziano, ha generalmente multiple comorbidità, tra cui patologie acute ma soprattutto croniche, che si accompagnano ad un diverso grado di limitazione dell'autonomia. In questi pazienti è importante ricercare la comorbidità, ma questa non è in grado, di per sé, di riflettere la complessità, né tantomeno, la fragilità ad essa frequentemente correlata.⁸

Conclusioni

Nonostante la complessità si stia delineando come l'elemento distintivo della Medicina Interna del terzo millennio rimangono ancora molte le questioni irrisolte:

- Non esiste nessun indicatore amministrativo che sia in grado di definire esaustivamente la complessità dei nostri pazienti e quindi il carico di lavoro dei reparti di Medicina Interna.
- Lo studio della complessità non è previsto in maniera sistematica nel percorso formativo del medico.
- Il paziente complesso, in quanto *fragile* e affetto da multimorbidità, viene regolarmente escluso dai grandi trials.
- Le stesse linee guida, essendo centrate sulle singole malattie, risultano spesso difficilmente applicabili, in quanto: i) basate su trials altamente selezionati raramente dedicati al paziente con comorbidità, soprattutto anziano; ii) non includono studi condotti su pazienti complessi e *fragili*; iii) le raccomandazioni sono per lo più limitate al paziente *ideale* e non contemplano l'eterogeneità del paziente complesso in termini di comorbidità, polifarmacoterapia, stato funzionale e cognitivo, situazione socio-familiare.

Ne consegue che l'internista, per prendersi in carico questi pazienti, deve possedere, accanto alle compe-

tenze cliniche in senso stretto, delle competenze e delle capacità che gli consentano di mettere in atto una valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito, di attuare una scelta delle priorità e di stabilire gli obiettivi terapeutici, di selezionare il setting assistenziale adeguato, avvalendosi degli strumenti dell'*evidence-based medicine* ma sapendosi anche muovere in condizioni di incertezza. Infine non deve trascurare gli elementi relazionali e di empatia con il paziente e il suo coinvolgimento nelle decisioni cliniche.

L'identificazione di uno strumento semplice e validato, come quello del COMPLIMED, può aiutare il medico ad effettuare scelte appropriate nella gestione del paziente sia nella valutazione clinico-prognostica che nella gestione del paziente in base ad una accurata selezione delle priorità, che inizia in ambito ospedaliero e prosegue con percorsi di continuità assistenziale calibrati rispetto alla esigenze del paziente. Inoltre misurare la complessità significa anche poter valutare il carico di lavoro all'interno delle nostre UO, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse a disposizione.

Bibliografia

1. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, et al. Ann Intern Med 2011;155:797-804.
2. Nardi R, Scanelli G, Borioni D, et al. The assessment of complexity in Internal Medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. Eur J Intern Med 2007;18:283-7.
3. Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nella assistenza del paziente complesso. I Quaderni del Ministero della Salute N. 23; Settembre-Ottobre 2013.
4. Kane RL. The chronic care paradox. Aging Soc Policy 2000;11:107-14.
5. Kane RL. Changing the face of long-term care. J Aging Soc Policy 2005;17:1-18.
6. Weiss CO, Boyd CM, Yu Q, Wolff JL. Patterns of prevalent major chronic disease among older adults in the United States. JAMA 2007;298:1160-62.
7. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012;380:37-43.
8. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, et al. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. Eur J Intern Med 2007;18:359-68.

Fare di più non significa fare meglio: il contributo FADOI al programma di *Slow Medicine* per una medicina sostenibile

Luigi Lusiani,¹ Roberto Frediani,² Alberto Fortini,³ Roberto Nardi⁴

¹Medicina Interna, Ospedale di Castelfranco Veneto, Presidente Regionale FADOI Veneto; ²Medicina Interna, Ospedale di Verbania e Domodossola, Dipartimento Formazione Fondazione FADOI; ³Medicina Interna, Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze, Vicepresidente Regionale FADOI Toscana; ⁴Medicina Interna, Ospedale Maggiore, Bologna, Editor-in-Chief di Italian Journal of Medicine

RIASSUNTO

Coerentemente con la propria visione sulla necessità di dare sviluppo a una medicina sostenibile, nel 2013 la FADOI decise di aderire al programma di *Slow Medicine* intitolato *Fare di più non significa fare meglio*, lanciato in Italia nel 2012, sulla scia della campagna statunitense *Choosing Wisely*[®] iniziata nel 2010 dall'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*. Secondo il progetto, la FADOI ha prodotto una sua lista di dieci raccomandazioni *evidence-based* del tipo *do not*, riguardanti altrettante pratiche cliniche internistiche di dubbio beneficio e/o potenzialmente dannose. La lista è il risultato del consenso di 1175 membri FADOI, ai quali è stato sottoposto un questionario contenente una selezione di 32 raccomandazioni di interesse internistico già pubblicate da *Choosing Wisely*[®]; essa, dunque, riflette la opinione qualificata di un largo numero di internisti italiani. Di queste raccomandazioni la FADOI ora si fa carico, proponendole alla platea dei medici, infermieri, operatori sanitari in genere, pazienti e cittadini, per promuovere la discussione su che cosa significhi oggi scegliere giudiziosamente nella pratica clinica, in un processo decisionale orientato alla condivisione, per una medicina sostenibile, sobria, rispettosa e giusta.

Il contesto

Nel 2013 la FADOI ha pubblicato una propria *position statement* sulla necessità di dare sviluppo a una medicina sostenibile e orientata ai reali bisogni dei pazienti ospedalizzati nei reparti internistici,¹ e, in successione, un *Decalogo FADOI per una Slow Medicine*,² condensando in dieci punti la propria visione sull'argomento. In seguito, ha aderito formalmente al programma di *Slow Medicine* intitolato *Fare di più non significa fare meglio*, già lanciato in Italia a partire dal 2012.³

Slow Medicine (<http://www.slowmedicine.it>) è una associazione di medici, infermieri, altri professionisti della salute, pazienti e cittadini, fondata nel 2010 in Italia, con lo scopo di promuovere una medicina sobria, rispettosa e giusta, orientata ai pazienti e alla loro salute, da perseguire attraverso un alto livello di co-

municazione fra medici e pazienti, e processi decisionali partecipati e condivisi.

Sulla scia della campagna statunitense *Choosing Wisely*[®] iniziata nel 2010 dall'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*,⁴⁻⁶ *Slow Medicine* nel 2012 aveva deciso di intraprendere una simile iniziativa in ambito nazionale (il programma *Fare di più non significa fare meglio*, appunto) con lo scopo di disseminare la stessa cultura: migliorare la qualità e la appropriatezza delle cure, garantendo la sicurezza delle stesse, e promuovere la riduzione delle procedure mediche la cui necessità può essere messa in discussione da medici e pazienti, in quanto non ovviamente benefiche e/o potenzialmente dannose. Una volta lanciato, il programma *Fare di più non significa fare meglio* ha raccolto la decisione di un numero progressivamente crescente di società scientifiche di specialità e associazioni di medici, infermieri e pazienti, attraverso un meccanismo di cooptazione volontaria (Tabella 1), e sta continuando a svilupparsi fattivamente. Nello stesso tempo, la campagna *Choosing Wisely*[®] si sta espandendo dagli USA in altri paesi europei, così come in Canada, Australia e Giappone.

Nei primi mesi del 2014, *Choosing Wisely*[®] aveva prodotto un ampio repertorio di raccomandazioni del tipo *do not* (non prescrivere, non raccomandare), sostenuto da 56 società scientifiche statunitensi (l'insieme delle *top-five list* di ciascuna società), accessibile on-line (<http://www.choosingwisely.org>). Questo materiale include i principali argomenti dove un internista si trova a dover mettere in discussione la

Corrispondente: Roberto Nardi, via C. Pavese 16/2, 40141 Bologna, Italy.
Tel.: +39.335.8291342.
E-mail: nardidoc48@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright L. Lusiani et al., 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:513-522

appropriatezza delle proprie scelte nella attività clinica quotidiana. Tutte le raccomandazioni sono *evidence-based*, referenziate e garantite autorevolmente dalle società scientifiche proponenti. Esse attendono di essere assunte e propagate da tutti (individui e organizzazioni), trasferite nella pratica e - ciò che costituisce una autentica sfida - verificate in concreto quanto ad applicazione, impatto e risultati di salute.

Il problema della sovrapprescrizione di esami e trattamenti

La sovrapprescrizione di esami e trattamenti di dubbio beneficio per la salute e potenzialmente dannosi⁶ è un fenomeno ben riconosciuto, che attraversa tutte le specialità mediche. Questo fenomeno è sostenuto da aspettative montanti da parte della popolazione generale, attitudini difensive da parte dei medici preoccupati dalle potenziali rivendicazioni dell'utenza,⁷ influenze occulte da parte dei portatori di interesse;

produce una medicina futile (approssimata per eccesso)⁸ e esuberanza di spesa non giustificata. La OMS stima che una percentuale della spesa per la salute compresa fra il 20 e il 40% sia sprecata. Come conseguenza, è diventata una opinione largamente condivisa e raccomandata che la sostenibilità economica del sistema salute debba diventare responsabilità della scienza medica e parte integrante del suo insegnamento accademico.⁹⁻¹³ Un gran numero di esempi pertinenti potrebbe essere citato, nel campo della medicina preventiva e curativa, della terapia medica e chirurgica, della diagnosi di laboratorio e strumentale. Per quanto riguarda l'Italia, disponiamo di dati consistenti nel campo della radiologia (dove il 44% delle richieste ambulatoriali risulta inappropriato,¹⁴ una volta sottoposto a revisione critica) e della cardiologia (dove il 14% delle procedure non-invasive e molti impianti di sincronizzatori ventricolari sono considerati inappropriati).^{15,16} Anche lo studio osservazionale TEMISTOCLE, frutto della cooperazione FADOI-ANMCO e rivolto ai pazienti con scompenso

Tabella 1. Lista delle società scientifiche italiane e organizzazioni di cittadini correntemente coinvolte nel programma *Fare di più non significa fare meglio di Slow Medicine*.

Associazione Italiana di Neuroradiologia - AINR
Associazione Italiana di Psicogeriatrica - AIP
Associazione Medici Diabetologi - AMD
Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI
Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani - ADOI
Associazione per un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia - ANDRIA
Società Italiana di Genetica Umana - SIGU
Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica - SIAAIC
Associazione Italiana di Medicina Nucleare - AIMN
Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare
Società Italiana di Cure Palliative - SICP
Federazione Italiana Medici pediatri - FIMP
Associazione Culturale Pediatri - ACP
ISDE Medici per l'Ambiente
Società Italiana di Pedagogia Medica - SIPeM
Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri - CIPOMO
Cochrane Neurological Field - CNF
Società Italiana di Radiologia Medica - SIRM
Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - AIRO
Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI
Società Italiana di Medicina Generale - SIMG
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO
Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica - SIAIP
Altre Società scientifiche di IPASVI: ANIARTI, AISLEC, AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO

cardiaco, ha mostrato come nei pazienti ospedalizzati in reparti medici o in reparti cardiologici, comparabili quanto a gravità, gli esiti non siano stati differenti, nonostante il più largo ricorso a procedure diagnostiche (ecocardiogrammi, monitoraggi ECG, cateterismi cardiaci, *etc.*) osservato nei pazienti cardiologici rispetto a quelli internistici:¹⁷ un chiaro esempio che fare di più non necessariamente significa fare meglio.

Oggi giorno la comunità scientifica internazionale è passata dal chiedersi se non si faccia troppo (*too much*) nella pratica in medicina,¹⁸ all'affermare che meno vale di più (*less is more*)^{19,20} e scegliere giudiziosamente (*choosing wisely*) una necessità urgente.²¹

In una certa misura la sovrapprescrizione può essere controbattuta attraverso azioni amministrative deterrenti (partecipazioni alla spesa scoraggianti, sistemi di rimborso svantaggiosi, *etc.*), ma da parte della classe medica si impone la responsabilità di interventi proattivi, orientati a recuperare la appropriatezza (non il puro taglio delle spese) attraverso la rigorosa attinenza alle linee guida *evidence-based* esistenti. Infatti, va sottolineato che, dal punto di vista medico, combattere la sovrapprescrizione non è eminentemente un fatto di contenimenti dei costi, perché la appropriatezza costituisce l'essenza dell'atto clinico, e il risparmio di risorse niente più che un desiderabile sottoprodotto. Di fatto, bisogna ammettere che prescrivere esami in eccesso e trattamenti putativamente curativi è molto più agevole che dedicare maggior tempo ai pazienti, al fine di meglio comprendere i loro problemi e condire con loro scelte personalizzate e più giudiciose.²² Purtroppo, per quanto meritevole e responsabile, una scelta di questo tipo rimane largamente non incentivata sul piano remunerativo.

Il programma *Fare di più non significa fare meglio*

Questo programma, lanciato da *Slow Medicine* è in via di sviluppo. È finalizzato a favorire la sicurezza delle cure mediche attraverso la riduzione delle pratiche (diagnosi o terapie) non necessarie. Per questo, *Slow Medicine* sta portando avanti una collaborazione con tutte le società scientifiche nazionali e le organizzazioni di cittadini interessate. Ogni società scientifica aderente è invitata in primo luogo a determinare una lista di pratiche di propria pertinenza considerate non ovviamente benefiche, di uso frequente, potenzialmente dannose (ricorrendo in prima istanza a quelle già contenute nel repertorio di *Choosing Wisely*[®], ma senza restringersi necessariamente ad esse), e, in secondo luogo, a formulare raccomandazioni coerenti (del tipo *do not*: non prescrivere, non raccomandare), corredate da riferimenti bibliografici pertinenti e dalla descrizione del metodo usato per l'ottenimento del consenso interno. Una volta proposte, le raccomandazioni (5 per ogni società scien-

tifica, come in *Choosing Wisely*[®]) devono essere vagliate da un *panel* di esperti designati (gruppo di regia) al fine di essere armonizzate con tutte le altre, prima di essere divulgate alle professioni mediche e ai cittadini, e, successivamente, valutate in termini di effettivo impatto sulla pratica medica e sui risultati di salute (<http://www.slowmedicine.it>).

Il contributo FADOI

Dopo la sua adesione al programma di *Slow Medicine*[®] (settembre 2013), alla FADOI è stato chiesto di contribuire con una lista di 10 raccomandazioni.

Una prima esperienza è stata eseguita nel corso del Convegno regionale della FADOI Toscana, tenutosi nell'ottobre 2013. Allo scopo di saggiare la sensibilità degli internisti toscani al problema, tutti i partecipanti sono stati invitati a fornire la loro opinione su 10 raccomandazioni selezionate tra quelle proposte da *Choosing Wisely*[®]. Il questionario, compilato da circa il 70% dei partecipanti, ha mostrato un accordo quasi completo su 7 delle 10 proposte, mentre su 3 proposte l'accordo era solo parziale. Le problematiche sollevate hanno suscitato vivo interesse in tutti i partecipanti.²³

Nei primi mesi del 2014, il Consiglio Direttivo Nazionale della FADOI ha incaricato due dei suoi componenti (L.L. e R.F.) di elaborare un questionario contenente una selezione delle raccomandazioni di *Choosing Wisely*[®] già pubblicate (270, da parte di 56 società scientifiche americane a febbraio 2014), da sottoporre in breve tempo a un campione dei soci FADOI (gli iscritti delle regioni Piemonte, Veneto, Trentino AA, Friuli VG Lazio, Campania), con lo scopo di giungere alla ulteriore selezione di 10 raccomandazioni, e di presentare i risultati al successivo Congresso Nazionale (maggio 2014). La scelta di questo metodo di lavoro, come alternativa alla istituzione di un comitato di esperti, aveva il senso di incoraggiare la divulgazione del materiale di *Choosing Wisely*[®] e la partecipazione di una larga parte degli iscritti FADOI, accettando di rinunciare a una discussione magari più qualificata, ma necessariamente ristretta.

Una selezione di 32 raccomandazioni *Choosing Wisely*[®] - quelle ritenute più rilevanti e pertinenti per la pratica internistica ospedaliera all'interno del repertorio di 270 - è stata sottoposta al vaglio di 1175 membri FADOI, raggiunti individualmente per e-mail, con una lettera di invito esplicativa nel marzo 2014 (Tabella 2). L'ordine di presentazione rispecchiava quello di pubblicazione da parte di *Choosing Wisely*[®], senza implicazioni sulla preminenza.

Ogni socio FADOI è stato chiamato a indicare le 5 raccomandazioni ritenute più rilevanti per la propria pratica clinica, a prescindere dall'ordine. La percentuale di risposta è stata del 18,1% (213 questionari restituiti, per un totale di 1037 indicazioni) ad aprile

Tabella 2. Lista delle 32 raccomandazioni di *Choosing Wisely*[®] contenute nel questionario sottoposto ai soci FADOI.

1	<i>Non prescrivere gastroprotezione ai pz. medici, a meno di alto rischio di sanguinamento</i> da riservare alle cure intensive
2	<i>Non trasfondere per livelli arbitrari di HB in assenza di sintomi di malattia coronarica, scompenso, stroke</i> nei pazienti stabili, accettare livelli di Hb di 7-8
3	<i>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium</i> rischio superiore di incidenti, cadute, fratture; riservare BZD per astinenza da alcol, ansia
4	<i>Non trattare la batteriuria asintomatica negli anziani senza sintomi urinari</i> screening di batteriuria e trattamento raccomandati prima di procedure urologiche con possibile sanguinamento mucoso
5	<i>Non usare i FANS nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici</i> preferire paracetamolo, tramadolo, oppiacei di breve emivita
6	<i>Non raccomandare la PEG nella demenza avanzata</i> puntare sulla alimentazione orale assistita
7	<i>Non ritardare le cure palliative</i> le cure palliative non accelerano la morte
8	<i>Non richiedere DX-TSA nelle sincopi senza altri segni neurologici</i> non serve a identificare la causa di una sincope
9	<i>Non richiedere TC/RM cerebrale nelle sincopi semplici senza altri segni neurologici</i> non si parla di trauma cranico
10	<i>Non eseguire studi per le arterie renali in pazienti senza ipertensione resistente e con normale funzione renale, anche in presenza di malattia aterosclerotica</i> nessun beneficio
11	<i>Non ricercare stati trombofilici dopo un primo episodio di TVP con causa evidente</i> nessun beneficio
12	<i>Non raccomandare TEA carotidea negli asintomatici a meno di una incidenza di complicanze <3%</i> l'indicazione è comunque ristretta alle stenosi >70% e a una aspettativa di vita >3 anni
13	<i>Non eseguire rivascolarizzazione percutanea o chirurgica periferica in assenza di claudicatio o ischemia critica</i> nessun beneficio dimostrato
14	<i>Non eseguire angio-TC per EP senza un rischio pre-test moderato o alto</i> leggi, clinica e D-dimero
15	<i>Non usare PET/TC per lo screening di cancro in soggetti sani</i> conduce a biopsie e chirurgia inutili
16	<i>Non usare fattori di crescita granulocitari per la prevenzione primaria della neutropenia febbrile</i> eccezione per i pz. ad alto rischio (età, storia, caratteristiche di malattia)
17	<i>Non ordinare routinariamente un esame US della tiroide in pazienti con test tiroidei alterati in assenza di anomalie palpabili della tiroide</i> rischio di identificare noduli clinicamente irrilevanti.
18	<i>Non richiedere T3 (totale o libero) per valutare la terapia sostitutiva nei pazienti ipotiroidei trattati con levotiroxina</i> T4 è convertita in T3 a livello intracellulare
19	<i>Non richiedere ECO-Doppler-TSA come esame di screening nei pazienti asintomatici</i> può condurre a chirurgia non indicata
20	Nei soggetti con basso rischio pre-test di MTEV, misurare il D-dimero come test iniziale, non esami di imaging un D-dimero negativo esclude MTEV, usando il test di Wells come rischio pre-test
21	Non usare test di imaging per la cefalea non complicata non migliora l'outcome e evidenzia reperti accidentali
22	<i>Non ripetere DEXA più spesso che ogni 2 anni</i> le piccole variazioni sono inferiori alle possibilità di errore

Continua nella pagina seguente

Tabella 2. Segue dalla pagina precedente

23	<i>Non usare insulina con sliding scale nel trattamento di lungo termine nei diabetici istituzionalizzati</i>
	uno schema con insulina basale o basale + rapida ai pasti (basal plus) è più efficace
24	<i>Non prescrivere ipolipemizzanti di routine in pazienti con aspettativa di vita limitata</i>
	negli ultra-85 i rischi legati all'uso di statine (compromissione cognitiva, cadute, neuropatia, danno muscolare) aumentano
25	<i>Non trasfondere GRC in giovani sani senza sanguinamento attivo con Hb > 6 g/dL, in assenza di sintomi o instabilità clinica</i>
	la decisione di trasfondere deve essere basata sulla combinazione di criteri clinici e emodinamici
26	<i>Non infondere colloidali (albumina, destrano, amidi) per sostenere la volemia</i>
	preferire i cristalloidi (soluzione salina)
27	<i>Non eseguire ecocardiografia trans esofagea (TEE) alla ricerca di sorgenti emboligene quando una sorgente è già stata identificata e il trattamento del paziente non è destinato a cambiare</i>
	test clinici i cui risultati non influiscono sulle decisioni, vanno evitati
28	<i>Non somministrare fattori eritropoietici nei pazienti con insufficienza renale cronica con valori di hb superiori a 10 g/dL senza sintomi di anemia</i>
	la normalizzazione della Hb non è un obiettivo, perché non migliora sopravvivenza, non produce benefici cardiovascolari, e può essere dannosa
29	<i>Non inserire o mantenere in sede cateteri venosi centrali a inserimento periferico (PICC) per motivi di convenienza del paziente o di chi lo assiste</i>
	vanno rimossi quando vengono meno le indicazioni iniziali, per il rischio di infezioni e trombosi
30	<i>Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio</i>
	aumenta inutilmente i costi
31	<i>Non eseguire test per la trombofilia in pazienti con MTEV intercorsa in situazioni di alto rischio (chirurgia, traumi, immobilizzazione prolungata)</i>
	la strategia terapeutica non cambia, e la durata della anticoagulazione rischia di essere inutilmente prolungata
32	<i>Non infondere plasma o complesso protombinico come antidoti agli anti-vitamina K al di fuori delle situazioni di emergenza (sanguinamento maggiore, emorragia intracranica, chirurgia di emergenza)</i>
	in situazioni non emergenziali basta sospendere gli anti-vitamina K o somministrare vitamina K

2014. La lista delle 10 raccomandazioni più votate, in ordine di numero di segnalazioni è riportato nella Figura 1. Tutte le raccomandazioni sottoposte hanno ricevuto almeno una segnalazione, e non sono state osservate differenze sostanziali fra regioni.

La lista risultante delle 10 raccomandazioni FADOI è riportata in appendice, secondo il formato richiesto da *Slow Medicine*, cioè al completo di una didascalia esplicativa, di referenze bibliografiche e di una nota illustrativa del metodo seguito per il raggiungimento del consenso. In aggiunta, ancorché ciò non fosse richiesto, anticipando la necessità futura di monitorare la aderenza alle raccomandazioni e il loro impatto clinico, i componenti incaricati hanno associato ad ogni raccomandazione un possibile indicatore di procedura e uno di risultato, da usare ai fini valutativi.

Considerazioni conclusive

Le dieci raccomandazioni FADOI risultanti da questo lavoro evidentemente non esauriscono il problema appropriatezza nella pratica internistica. Come tutte le raccomandazioni proposte da parte delle altre società

scientifiche all'interno del programma *Fare di più non significa fare meglio*, intendono promuovere la discussione fra medici, infermieri, operatori sanitari, pazienti e cittadini, su cosa significhi operare scelte giudiziose in tema di salute. Pur nella loro formulazione apodittica e volutamente provocatoria nel formato *do not* (*non prescrivere, non trattare*), non costituiscono nuovi dogmi; piuttosto, introducono spunti di ripensamento, volti a scongiurare scelte uniformi da parte dei medici. In nessun modo esse intendono emendare le linee guida esistenti, all'interno delle quali, anzi, saldamente si collocano, essendo *evidence-based*, anche se bisogna ammettere che scelte basate sulla evidenza scientifica sono la eccezione piuttosto che la regola in Medicina Interna. Esse vorrebbero costituire un aiuto per i medici a discernere cosa sia orientato alla salute, piuttosto che orientato alla malattia, nelle loro scelte, favorendo una mentalità *patient-centered*.

Una politica delle scelte così orientata, per quanto possa risultare funzionale al risparmio finanziario, è sicuramente costosa, perché richiede un lavoro impostato sulla relazione, e quindi esige tempo e reclama che il tempo dato, più ancora delle prestazioni messe in campo, sia oggetto di valorizzazione.

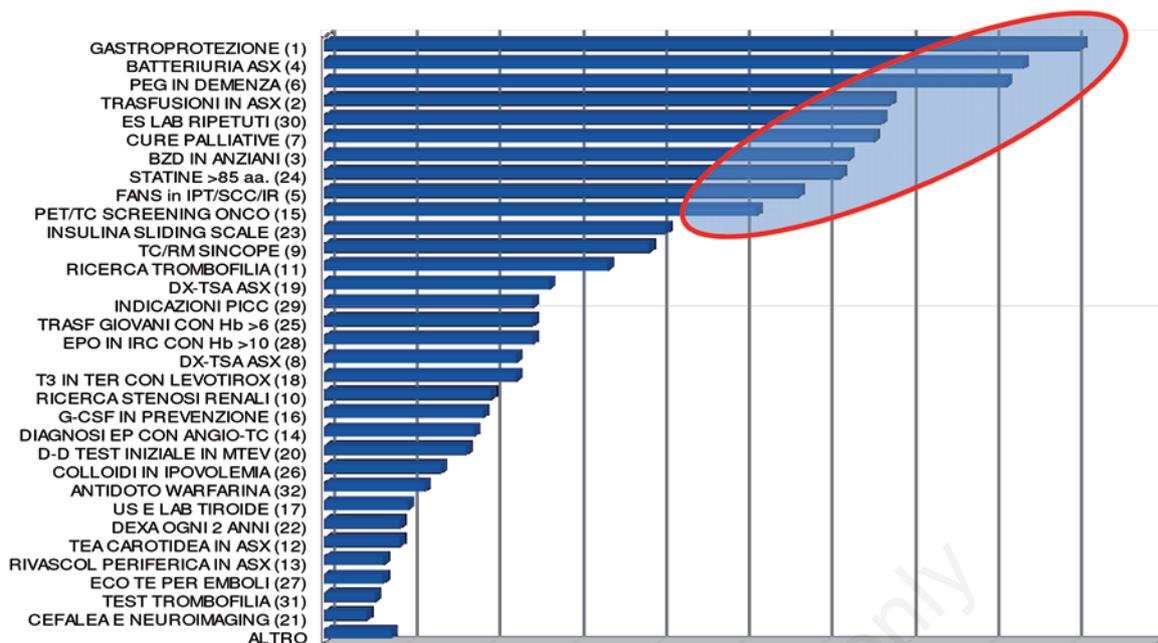


Figura 1. Ordine delle raccomandazioni segnalate dai soci FADOI. Lungo l'asse verticale, il numero della raccomandazione riportata nel questionario; lungo l'asse orizzontale, il numero di segnalazioni ricevute.

Bibliografia

- Nardi R, Berti F, Fabbri L, et al. Towards a sustainable and wise healthcare approach: potential contributions from hospital Internal Medicine Departments to reducing inappropriate medical spending. *Ital J Med* 2013;7:81-97.
- D'Amore F. The doctor and the patient: doing too much or too little. *Ital J Med* 2013;7:135-7.
- Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014;349:g4703.
- The Good Stewardship Working Group. The "top five" list in primary care. Meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med* 2011;171:1385-90.
- Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med* 2010;362: 283-5.
- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012;307:1801-2.
- Santacroce G. Judicial intervention in the medical profession: present and future regulation of disputes concerning professional liability. *Ital J Med* 2012;6:253-4.
- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Int Med* 1990;112:949-54.
- Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs - lessons from regional variability. *N Engl J Med* 2009;360:849-52.
- Good Stewardship Working Group. The "top 5" list in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Int Med* 2011;171:1385-90.
- Berwick DM, Hackbart A. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
- Brody H. From an ethics of rationing to an ethic of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51.
- Cooke M. Cost consciousness in patients care - What is education's responsibility. *N Engl J Med* 2010;362: 1253-55.
- Cristofaro M, Busi Rizzi E, Schinà V, Chiappetta D, Angeletti C, Bibbolino C. Appropriateness analysis of outpatient radiology requests. *Radiol Med* 2011;117: 322-32.
- Orsini E, Lorenzoni R, Becherini F, et al. L'appropriatezza dei test cardiologici non-invasivi, Studio osservazionale sull'appropriatezza della prescrizione del test da sforzo, dell'ecocardiogramma, dell'ECG dinamico e dell'ecocardiografia vascolare. *G Ital Cardiol* 2007;8: 359-66.
- Merkely B, Roka A, Kutya V, et al. Tracing the European course of cardiac resynchronization therapy from 2006 to 2008. *Europace* 2010;12:692-701.
- Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP, et al. Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units. *Am Heart J* 2003;146:e12.
- Godlee F. Too much medicine. *BMJ* 2013;346:f5997.
- Lipitz-Snyderman A, Bach PB. Overuse of Health Care Services: When Less Is More ... More or Less. *JAMA Intern Med* 2013;173:1277-8.
- Grady D, Redberg RF. Less is more. How less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010;170:749-50.
- Newman-Toker DE, McDonald KM, Meltzer DO. How much diagnostic safety can we afford, and how should we decide? *BMJ Qual Saf* 2013;22:ii11.20.
- Ballini L. L'iniziativa "Choosing wisely"® rilancia la scelta ragionata di medici e pazienti. *Politiche Sanitarie* 2012;13:253-6.
- Fortini A, Tavernese G, Panigada G, Tafi A. Choosing wisely: questionnaire FADOI Tuscany. *Ital J Med* 2014;8(s2):51.

APPENDICE

Fare di più non significa fare meglio: Le dieci pratiche ad alto rischio di inappropriatelyzza**1 Non prescrivere gastroprotezione per la profilassi di ulcere da stress ai pazienti medici, a meno di alto rischio di sanguinamento.**

Secondo le linee guida internazionali, la profilassi farmacologica delle ulcere peptiche da stress con antagonisti dei recettori H-2 dell'istamina o inibitori di pompa protonica (PPI), non trova indicazione al di fuori delle cure intensive. Anche il termine *gastroprotezione* andrebbe bandito in questo contesto, dal momento che, enfatizzando l'aspetto benefico (ovviamente desiderabile), tende ad occultare che il ricorso a farmaci comporta ineluttabilmente rischi di azioni indesiderate e di possibili danni. In particolare, i PPI, largamente usati per questo in Italia, innalzano la suscettibilità alle polmoniti comunitarie e al *Clostridium difficile*. La prescrizione ospedaliera (fase acuta) tende a persistere dopo la dimissione (fase cronica), con un sensibile impatto sulla spesa farmaceutica.

2 Non trattare con antibiotici la batteriuria nei soggetti anziani, in assenza di sintomi urinari.

Nella batteriuria asintomatica è indicato un approccio astensionistico. Non è dimostrato che i soggetti anziani interessati da batteriuria asintomatica vadano incontro ad esiti avversi, e, comunque, non è dimostrato che il ricorso agli antibiotici in questa condizione sia benefico. Per contro, sono noti gli effetti indesiderati da antibiotici, che comprendono le specifiche reazioni avverse delle singole molecole, e la pressione selettiva sui batteri colonizzatori (in particolare gli enterobatteri), con lo sviluppo di ceppi resistenti. Lo screening e quindi il trattamento di una batteriuria asintomatica resta giustificato solo in caso di procedure urologiche durante le quali sia prevedibile un sanguinamento mucoso. Nel 30% dei soggetti asintomatici una batteriuria significativa in un singolo campione urinario non viene confermata da un secondo esame.

3 Non raccomandare la PEG nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.

Nella demenza avanzata l'uso della PEG non comporta un miglioramento della sopravvivenza, non diminuisce il rischio di polmoniti da aspirazione, non migliora la guarigione delle ulcere da decubito (anzi, il rischio di decubiti risulta aumentato); aumenta lo stress e il ricorso al contenimento fisico e alla sedazione farmacologica, e il rischio di sovraccarico idrico, diarrea, dolori addominali, complicazioni locali. La alimentazione orale assistita, invece, permette di migliorare lo stato nutrizionale. Ma nei malati terminali la nutrizione dovrebbe focalizzarsi sul comfort del paziente e sulle relazioni umane piuttosto che mirare ad obiettivi nutrizionali.

4 Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio.

I pazienti internistici ospedalizzati subiscono un volume notevole di prelievi ematici per esami di laboratorio nel breve periodo della degenza, per richieste spesso ridondanti e ripetitive. Gli esami di laboratorio alterati richiedono ulteriori controlli, anche se la richiesta originaria era futile, e ciò amplifica il problema. Si tende a sottovalutare il problema della anemia indotta dall'ospedalizzazione a causa dei frequenti prelievi, che può costituire un problema in particolari situazioni cliniche. Sono in atto tentativi di automatizzare i retrocontrolli sulle richieste, con sistemi *reflex* e con vincoli basati su incompatibilità con precedenti risultati o su filtri di intervallo temporale. Comunque, spetta al medico prescrittore discernere ciò che è inutilmente ripetitivo, anche attraverso una interazione con il medico di laboratorio. Ovviamente, gli esami futili gravano inutilmente sui costi.

5 Non trasfondere emazie concentrate per livelli arbitrari di Hb in assenza di sintomi di malattia coronarica attiva, scompenso, stroke.

È raccomandato di essere restrittivi nella strategia trasfusionale delle anemie croniche, anche nei pazienti ospedalizzati. Orientativamente, la decisione di trasfondere dovrebbe essere presa in considerazione a partire da valori di Hb di 6 nelle anemie acute nei giovani asintomatici, 7 g/dL nella generalità dei pazienti, di 8 nei pazienti con precedenti di malattia cardiovascolare, di 9 nella maggioranza dei pazienti critici. Comunque, non ci si deve basare esclusivamente sul valore di Hb, ma anche su molteplici fattori che condizionano lo stato clinico e le necessità di ossigenazione dei vari organi. Nei pazienti sintomatici per coronaropatia attiva, scompenso cardiaco, *stroke*, le indicazioni dovrebbero essere più liberali, ma anche in questi tipi di pazienti il beneficio di valori di Hb superiori a 10 g/dL è incerto. Le trasfusioni non necessarie espongono a rischi indebiti di effetti avversi non controbilanciati da pari probabilità di beneficio, e generano costi aggiuntivi.

6 Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.

I pazienti anziani che assumono ipnotici, e in particolare le benzodiazepine, vanno incontro più spesso degli altri a incidenti d'auto e a cadute con fratture di femore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio di cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio, e di deficit motori e cognitivi indotti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di astinenza da alcol e agli stati ansiosi; dovendone far ricorso, va data preferenza ai bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alle terapie di breve durata, all'uso intermittente, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di usi prolungati. In caso di agitazione e delirium va data la preferenza ad altri farmaci.

7 Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.

La qualità delle cure offerte ai malati terminali ospedalizzati non è ottimale, soprattutto a causa del fatto che, per inerzia organizzativa e attitudine mentale, nei reparti per acuti (come sono le Medicine Interne) si tende a mantenere a oltranza standard di procedure terapeutiche e diagnostiche futili, orientate alla malattia piuttosto che ai reali bisogni del paziente. Ciò determina l'insufficiente controllo dei sintomi chiave che caratterizzano la terminalità (dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie, *etc.*), con impatto negativo sui pazienti, sui familiari e sugli operatori sanitari stessi. L'adozione di protocolli di cure specificamente concepiti (*care pathways*) introduce maggior sollievo e dignità al fine vita, non accelera il decesso, ed anzi dimostratamente prolunga la vita in casi selezionati.

8 Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata.

Fino a un terzo della popolazione fra 75 e 85 anni dei paesi avanzati assume terapia ipolipemizzante (soprattutto statine) per prevenzione primaria o secondaria. Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani l'ipercolesterolemia LDL o i bassi valori di HDL siano importanti fattori di rischio cardiovascolare è controverso, perché per lo più basato sulla estrapolazione dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con una aumentata mortalità. Oltre gli 85 anni il rapporto rischio/beneficio correlato all'uso di statine non è ovviamente favorevole perché, mentre, l'aspettativa di vita è progressivamente minore, l'incidenza di effetti indesiderati (danno muscolare, neuropatia, decadimento cognitivo, cadute) è relativamente maggiore. A fronte di una aspettativa di vita limitata (*i.e.* <10 anni), iniziare una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenerla è questionabile.

Continua nella pagina seguente

Segue dalla pagina precedente

9 Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.

I FANS sono farmaci ampiamente prescritti per il trattamento del dolore muscoloscheletrico cronico, tuttavia ad essi sono correlati importanti effetti indesiderati cardiovascolari, renali ed ematologici specie nei pazienti anziani. I FANS e gli inibitori della cicloossigenasi di tipo 2 (anti COX-2) possono causare incremento della pressione arteriosa, minore risposta ai trattamenti antipertensivi, ritenzione idrica e peggioramento della funzione renale, nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni eziologia incluso il diabete. Le più recenti linee guida per il trattamento del dolore cronico dei soggetti affetti da tali patologie, per lo più se anziani, raccomandano di limitare il più possibile l'uso dei FANS, preferendo, in alternativa, paracetamolo, tramadolo ed oppiacei a breve emivita.

10 Non fare ricorso alla PET/TC per lo screening del cancro in soggetti sani.

La probabilità di diagnosticare una neoplasia con questa metodica in pazienti asintomatici è inferiore a 1%. In molti di questi casi, si tratta di neoplasie indolenti (*i.e.*, linfomi) che non beneficiano di una terapia precoce, oppure di neoplasie già in stadio avanzato nonostante la asintomaticità (*i.e.*, pancreas). Il numero di esami falsamente positivi risulta preponderante (soprattutto nella regione testa-collo), e ciò comporta il ricorso a esami aggiuntivi, biopsie e procedure chirurgiche non necessarie (e quindi dannose). La PET/TC, come tutte le metodiche diagnostiche, deve essere usata per chiari quesiti e in contesti clinici definiti.

Come questa lista è stata creata

Con la sua adesione al programma di *Slow Medicine*, alla FADOI è stato chiesto di contribuire con 10 raccomandazioni.

All'inizio del 2014, il Direttivo Nazionale FADOI ha incaricato due suoi componenti di elaborare un questionario contenente una selezione delle raccomandazioni già pubblicate da *Choosing Wisely*[®] (270 da parte di 56 società scientifiche a febbraio 2014), da sottoporre con un questionario agli iscritti di alcune regioni appositamente selezionate, al fine di giungere alla designazione delle *top ten*.

In marzo 2014, una lista di 32 raccomandazioni, quelle reputate più rilevanti per un internista da parte degli incaricati, è stata inviata, insieme ad una lettera di accompagnamento, a 1175 iscritti FADOI appartenenti a 6 diverse regioni (Piemonte, Veneto, Trentino AA, Friuli VG, Lazio, Campania), secondo un ordine di presentazione che rispecchiava quello di pubblicazione da *Choosing Wisely*[®]. Ad ogni iscritto è stato chiesto di indicare le 5 raccomandazioni considerate più rilevanti per la propria pratica medica. La percentuale di risposte è stata di 18,1% (213, per un totale di 1037 indicazioni) alla data di scadenza (aprile 2014).

Questo metodo è stato prescelto per favorire la divulgazione e la partecipazione. La lista *top ten* risultante rispecchia l'opinione qualificata di un largo numero di iscritti FADOI.

Bibliografia

- American Society of Health System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis. *Am J Health Syst Pharm* 1999;56:347-379.
- Bez C, Perrotet N, Zingg T, Leung Ki EL, Demartines N, Pannatier A. Stress ulcer prophylaxis in non-critically ill patients: a prospective evaluation of current practice in a general surgery department. *Journal of Evaluation*

in *Clinical Practice* 2013;19:374-378. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01838.x

- Gullotta R, Ferraris L, Corlezzi C, Minoli G, Prada A, Comin U, Rocca F, Ferrara A, Curzio M. Are we correctly using the inhibitors of gastric acid secretion and cytoprotective drug? Results of a multicentre study. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1997;29(4):325-9.
 - Parnte F, Cicino C, Gallus S, Bagiggia S, Greco S, Pastore L, Bianchi Porro G. Hospital use of acid-suppressive medications and its fall-out on prescribing in general practice: a 1-month survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17(12):1503-6.
 - Herzig SJ, Howell MD, Ngo LH, Marcantonio ER. Acid-suppressive medication use and the risk for hospital-acquired pneumonia. *JAMA* 2009;301(20):2120-8. doi: 10.1001/jama.2009.722.
 - Cunningham R, Dale B, Undy B, Gaunt N. Proton pump inhibitors as a risk factor for *Clostridium difficile* diarrhoea. *J Hosp Infect* 2003;54(3):243-5.
- Infectious Disease Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis* 2005;40:643-665.
- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et Association française d'urologie (AFU). Infections urinaire nosocomiales de l'adulte. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2003;33:193s-215s.
- Bulfoni A, Concia E, Costantino S, Giusti M, Iori I, Mazzei T, Nardi R, Salsi A, Schito G. Orientamenti terapeutici per il trattamento delle infezioni batteriche nel paziente anziano in *Medicina Interna*. *Italian J Med* 2007;(1)2 Suppl: III-IV,156s-61s.
 - Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Syst Rev* 2009 Apr15; (2): CD007209
- Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson Lc et al. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision making regarding difficulty with eating for person with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 59(3): 580-584.
- Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, LeeTJ et al Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2011 Nov 59(11):2009-2016

- Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc* 2012 Oct, 60(10): 1918-21
- Van der Steen JT, Radbruch L, MPM Hertogh C, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Care* 2013;0:1-13, DOI: 10.1177/0269216313493685
4. Salisbury AC, Reid KR, Alexander KP. Et al. Diagnostic blood loss from phlebotomy and hopsyial acquired anemia during acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2011;171:1646-53
- Janssens PM. Managing the demand for laboratory testing: options and opportunities. *Clin Chim Acta* 2010;411:1596-602, doi: 10.1016/j.cca.2010.07.022. Epub 2010 Jul 24.
- <http://www. Roche.it/fmfiles/re7143001/ESADIA42.pdf>
5. Jeffrey L. Carson, MD; Brenda J. Grossman, MD, MPH; Steven Kleinman, MD; Alan T. Tinmouth, MD; Marisa B. Marques, MD; Mark K. Fung, MD, PhD; John B. Holcomb, MD; Orijeji Illoh, MD; Lewis J. Kaplan, MD; Louis M. Katz, MD; Sunil V. Rao, MD; John D. Roback, MD, PhD; Aryeh Shander, MD; Aaron A.R. Tobian, MD, PhD; Robert Weinstein, MD; Lisa Grace Swinton McLaughlin, MD; Benjamin Djulbegovic, MD, PhD, for the Clinical Transfusion Medicine Committee of the AABB. Red blood cell transfusion: a critical practice guideline from the AABB. *Ann Intern Med* 2012;157(1):49-58. doi:10.7326/0003-4819-157-1-201206190-00429.
- Carson JL, Carless PA, Hebert P. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogenic red blood cell transfusion. *Cochrane Library*, DOI:10.1002/14651858.CD002042.pub3
- Retter A, Wynol D, Pearse R, Carson D, McKennie S, Stanworth S, Allars S, Thomas D, Walsh T; British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. *Br J Haematol* 2013 Feb;160(4):445-64. doi: 10.1111/bjh.12143. Epub 2012 Dec 27.
- Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunematologia (SIMTI). Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasmaderivati. 1^a Edizione, settembre 2008. Edizioni SIMTI, Italia
- Holst LB, Haase N, Wetterslev J, et al. Lower versus higher hemoglobin threshold for transfusion in septic shock. *N Engl J Med* 2014;371:1381-91
6. Couto AT, Silva DT, Silvestre CC, Lyra DPJr. Quality analysis of research on the use of benzodiazepines by elderly patients in the emergency room: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol* 2013;60:1343-50. doi: 10.1007/s00228-012-1439-7.
- The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Amer Geriatr Soc* 2012;60:616-31.
- Finkle WD, Der JS, Greenland S, al. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1883-90.
- Allain H, Bentue-Ferre D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent fall and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging* 2005;22:749-65.
7. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *Brit Med J* 2003;326(7379):30-4.
- Costantini M, Ottonelli S, Canvacci L, Pellegrini F, Belcaro M. The effectiveness of the Liverpool care pathway in improving end of life care for dying cancer patients in hospital. A cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res* 2011;11:13.
- Lusiani L, Bordin G, Mantineo G, Roncato P, Favaro L, Tessaro L, Sandonà L, Bordin F. Cure di fine vita nei pazienti oncologici terminali in Medicina Interna. *It J of Med* 2012;6:110-5.
- Temel JS, Greer JA, Muzilkansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blindermann CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billing JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
8. Dalleur O, Spinewinw A, Henrard S, Lousseau C, Speybroeck N, Boland B. Inappropriate prescribing and related hospital admission in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging*. 2012;29:829-37.
- Schiattarella GG, Perrino C, Magliulo F, et al. Statins and the elderly: recent evidence and current indications. *Aging Clin Exp Res* 2012;24(S3):47-55.
- Schatz IJ, Masaki K, Yano K, Chen R, Rodriguez BL, Curb JD. Cholesterol and all cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study. *Lancet* 2001;358:351-5.
- Petersen LK, Chistensen K, Kragstrup J. Lipid lowering to the end? A review of observational studies and RCT on cholesterol and mortality in 80+ year old. *Age Ageing* 2010;39:674-80.
- Maraldi C, Lattanzio F, Onder G, et al. Variability in the prescription of cardiovascular medications in older patients: correlates and potential explanations. *Drugs Aging* 2009;26(Suppl 1):41-51.
9. http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd.
- http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7_full.pdf
- <http://pathways.nice.org.uk/pathways/chronic-heart-failure>
- Whittle SL, Colebatch AN, Buchbinder R, et al. Multi-national evidence-based recommendations for pain management by pharmacotherapy in inflammatory arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a board panel of rheumatologists in the 3e Initiative. *Rheumatology* 2012; 51:1416-1425.
10. Minamimoto R, Senda M, Terauchi T et al. Analysis of various malignant neoplasms detected by FDG-PET cancer screening program: based on a Japanese Nationwide Survey. *Ann Nucl Med* 2011;25:45-54
- Lee JW, Kang KW, Paeng JC, et al. Cancer screening using 18F-FDG PET/CT in Korean asymptomatic volunteers: a preliminary report. *Ann Nucl Med* 2009;23: 685-691.

INDICATORE DI PROCEDURA		INDICATORE DI RISULTATO	
1	Numero di prescrizioni di PPI in ospedale (fase acuta) e sul territorio (fase cronica)	Numero di ricoveri in per sanguinamenti gastroenterici	
2	Numero di prescrizioni di antibiotici correntemente usati per le infezioni urinarie	Numero di ricoveri per infezioni urinarie ricorrenti o pielonefriti	
3	Numero di prescrizioni di PEG	Numero di ricoveri per polmoniti ab ingestis	
4	Volume delle richieste di laboratorio	Durata della degenza e numero delle riammissioni in ospedale per la stessa diagnosi nel breve termine	
5	Consumo di sangue	Durata della degenza per scompenso cardiaco (ICD9.CM 428) e numero di riammissioni in ospedale per scompenso nel breve termine	
6	Numero di prescrizioni di benzodiazepine in ospedale	Numero di cadute negli ospedalizzati	
7	Numero di procedure diagnostiche di alta tecnologia (<i>i.e.</i> , TC o procedure invasive) durante gli ultimi giorni di vita nei pazienti che decedono in ospedale	Controllo del dolore durante gli ultimi giorni di vita nei pazienti che decedono in ospedale	
8	Numero di prescrizioni di statine negli anziani	Incidenza di eventi cardiovascolari negli anziani	
9	Numero di prescrizioni di FANS	Controllo del dolore	
10	Numero di PET/TC per screening di neoplasia	Incidenza di neoplasie curabili	

Gli effetti della riorganizzazione ospedaliera sulla comunicazione medico-paziente: un'analisi di cambiamento necessario

Mario Felici, Salvatore Lenti

UOC Medicina Interna e Geriatria, Ospedale S. Donato USL 8 Arezzo, Italia

RIASSUNTO

I cambiamenti sociali e culturali che caratterizzano la nostra epoca, il progressivo invecchiamento della popolazione con la sua cronicità e la sua comorbidità spingono i sistemi sanitari a riformare i tradizionali modelli d'assistenza ospedaliera e territoriale. Il nuovo contesto sanitario mette in evidenza tutti i limiti e le criticità del metodo clinico *disease oriented* utilizzato in medicina negli ultimi cinquanta anni. L'esplosione delle malattie croniche, che richiedono processi assistenziali orientati all'accudimento del paziente, all'accompagnamento nella malattia e all'assistenza sociosanitaria continuativa, richiede un diverso approccio al malato. Da qui la necessità di introdurre in medicina un nuovo modello clinico *patient-centred* che meglio si adegua alle necessità cliniche d'assistenza ma anche alle necessità di sostenibilità economica del sistema e alle nuove dimensioni bioetiche. La nuova riorganizzazione sanitaria determina inoltre importanti trasformazioni sulla relazione medico-paziente e sui processi comunicativi fra operatori sanitari. È necessario quindi inquadrare gli aspetti comunicativi-relazionali come una delle quattro *clinical competences* che il medico deve possedere, abbandonando l'idea della comunicazione come attitudine personale o come competenza utile ma non necessaria. Il nuovo modello di medicina *patient-centred* richiede nuove competenze comunicative (*communication skills evidence-based medicine*) per ridefinire una nuova relazione medico-paziente orientata a una cura e a un'assistenza sempre più condivisa e personalizzata sui bisogni del malato.

Introduzione

La crescita esplosiva della popolazione anziana richiede nuove e specifiche competenze professionali alla classe medica e nuovi modelli di assistenza alle organizzazioni sanitarie. In pochi anni le malattie croniche hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la sanità pubblica e consumano il 78% delle risorse sanitarie.¹ La complessità dei pazienti ricoverati nei reparti di medicina interna² disegna una condizione nella quale non sempre esiste consenso unanime su ciò che è necessario fare né certezza su come operare (medicina della complessità). Le polipatologie croniche richiedono modalità assistenziali orientate all'accudimento del paziente, all'accompagnamento nella malattia e all'assistenza sociosanitaria continuativa, obiettivi assistenziali completamente diversi dalle patologie acute che evolvono in gran parte in guarigione in tempi medio brevi.

Corrispondente: Salvatore Lenti, Medicina Interna e Geriatria, Ospedale San Donato USL8 Arezzo, Italia.
E-mail: lentisa@libero.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright M. Felici e S. Lenti, 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:523-527

La professione medica, come ogni professione, richiede un modello teorico che dichiari e giustifichi in modo chiaro ed esplicito i suoi obiettivi. La funzione di questo modello è di guidare la pratica professionale e di dare al medico un parametro interpretativo del proprio lavoro.³

Il modello clinico che ha dominato in questi anni, è certamente il modello biomedico di cui la biologia molecolare ne rappresenta le fondamenta. Tale modello sostiene che la medicina si debba occupare delle malattie e che la definizione di *malattia* sia collegata ad un'alterazione dalla norma di variabili biologiche-somatiche misurabili.⁴ Si tratta quindi di un modello centrato sulla malattia (*medicine disease-centred*) che chiede al medico di riconoscere la patologia del paziente attraverso una diagnosi e di intervenire con terapie dimostrate valide secondo evidenze scientifiche. Il modello biomedico si è dimostrato vincente fino ad oggi sia come base per lo studio delle patologie che per il trattamento delle stesse ed è diventato negli anni l'unico possibile approccio alla salute, condiviso e validato nel mondo occidentale.

La medicina *disease-centred*

Su questo paradigma biologico-biochimico sono state formate intere generazioni di medici definendo gli scopi della visita medica, gli obiettivi del medico e le modalità per raggiungerli (raccolta anamnesi, esame obiettivo, ipotesi diagnostica e terapeutica). Sul modello *disease-centred* si è sviluppata la ricerca, la

formazione degli operatori sanitari e la visione sociale della medicina stessa. Anche l'organizzazione sanitaria è stata fortemente influenzata da questa visione come dimostra lo sviluppo degli ospedali secondo patologia d'organo o di sistema (reparti di cardiologia, neurologia, nefrologia, gastroenterologia, malattie infettive, ecc.). In funzione di questa centralità della malattia è stato disegnato uno specifico spazio del medico essendo l'esperto della malattia biologicamente intesa. Il passaggio dal modello teorico alla pratica clinica ha determinato una conversione dal *disease-centred* al *doctor-centred*. Se l'oggetto della cura è la malattia, è il medico e solo il medico che, in nome delle sue conoscenze scientifiche, può identificare la malattia e decidere quale rimedio è più appropriato. Il medico nel condurre la visita introduce subito un *filtro* di selezione delle informazioni per raccogliere solo quelle che *si incastrano* nella mappa biomedica, eliminando a priori come poco significative le informazioni collegate a tutto ciò che biologico non è. Il punto di vista del paziente sulla malattia e il suo essere malato sono privi d'importanza e semmai sono considerati un impedimento al processo diagnostico.⁵ Di fatto nella pratica clinica la *medicina doctor-centred* e *disease-centred* s'integrano l'una con l'altra. Nella relazione medico paziente lo scambio delle informazioni è condizionato esclusivamente dagli schemi di selezione della mappa biomedica della malattia mentre il contenuto della comunicazione è esclusivamente ricondotto alla dimensione biologica della patologia. Le notizie date dal malato sul suo stato di salute, sono tradotte in un linguaggio biologico e utilizzate e archiviate nel momento in cui *al medico* interessano.

La scienza medica basata su modello tradizionale di *medicina disease-doctor-centred* ha certamente prodotto ottimi risultati di salute pubblica: la vita media nei paesi occidentali si è allungata, la mortalità perinatale/neonatale si è ridotta e le grandi epidemie infettive del passato sono sotto controllo.

I punti di forza del modello disease-doctor-centred possono essere riassunti nei seguenti punti:⁶ i) *Semplicità*: l'approccio biologico consente di ridurre la persona malata (fenomeno complesso) a un rapporto semplificato di causa (biologica) - effetto (patologico); ii) *Predittività*: la malattia si ripresenta in soggetti diversi con la stessa relazione causa-effetto e questo consente al medico non solo una diagnosi più facile ma anche di indicarne la prognosi; iii) *Chiarezza del metodo clinico*: gli obiettivi che i medici devono raggiungere nella visita e i passi che devono eseguire per raggiungerli sono chiari, definiti e standardizzati; iv) *Verificabilità*: l'approccio anatomico-patologico garantisce la possibilità di verificare la diagnosi clinica; v) *Insegnabilità*: il metodo clinico è oggetto d'insegnamento e di apprendimento da parte delle Università di Medicina di tutto il mondo occidentale.

Negli ultimi anni, come risposta all'esplosione della medicina della complessità, i sistemi sanitari con risorse economiche sempre più limitate, stanno proponendo nuovi modelli di organizzazione ospedaliera (intensità di cure) e nuovi processi assistenziali nella rete ospedale-territorio (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali PDTA). Questa nuova forma di governo clinico sarebbe in grado di rispondere a migliori criteri di appropriatezza e di sostenibilità economica del sistema senza rinunciare all'equità di accesso alle cure. Anche se ancora non vi sono prove scientifiche validate sul piano dell'efficienza/efficacia di tali modelli, tuttavia esiste un certo consenso unanime sui principi filosofici, culturali ed economici ispiratori di questo cambiamento.

Questo nuovo contesto sanitario ha evidenziato però in breve tempo i principali *punti di debolezza del modello disease-doctor-centred*:⁷ i) *Disumanizzazione della sanità*: i pazienti si sentono sempre meno curati, ascoltati e capiti nelle loro molteplici malattie. Concetti come *illness* (come vive il malato la propria malattia) e *sickness* (riconoscimento sociale della malattia) non appartengono al registro lessico del medico e male si adattano all'approccio biologico alla malattia; ii) *Parcellizzazione del corpo*: alla suddivisione del corpo in organi malati corrisponde anche la parcellizzazione del sapere medico e l'iperspecializzazione dei clinici. A ogni medico il suo pezzo di malato, esaltando la patologia vista dal medico e non lo stato di salute vissuto e sofferto dal paziente (disabilità funzionale e cognitiva, polipatologia e polifarmacologia); iii) *Semplificazione e riduzionismo*: la ricerca sistematica della semplificazione secondo il principio logico di Occam che mira a trasformare la medicina della complessità in una successione di eventi causa-effetto senza alcuna interazione concentrica fra loro genera sempre più semplicismo e riduzionismo; iv) *Ipermedicalizzazione*: l'interpretazione in chiave medico-biologica dei fenomeni anche quando essi non sono medici determina un utilizzo non giustificato di esami diagnostici da parte del medico e un consumo incontrollato di farmaci da parte del paziente.

È evidente che il *modello disease-doctor-centred*, costruito per patologie acute con elevata probabilità di guarigione in tempi brevi, non può essere considerato appropriato per i nuovi ospedali organizzati per intensità di cura e per la rete ospedale-territorio con i suoi percorsi, diagnostici e terapeutici ottimizzati alla cronicità. Peraltro questa nuova riorganizzazione sanitaria determina importanti trasformazioni sulla relazione medico-paziente e sui processi comunicativi fra operatori sanitari. È opportuno quindi chiedersi quale nuovo modello teorico sarà in grado di guidare la pratica professionale e sarà in grado di dare al medico e all'infermiere un sicuro parametro interpretativo del proprio lavoro.

In realtà già da molti anni alcuni autori si erano posti questo problema. Balint nel 1957 sosteneva che il nodo centrale dell'attività del medico è la sua relazione con il paziente, che di per sé è terapeutica: il medico stesso è la prima medicina.⁸ Jaspers nel 1959 affermava che il medico in grado di confrontarsi con l'umanità del malato sviluppava una comunicazione esistenziale che andava oltre ogni terapia.⁹ Lo stesso autore nel 1986 sosteneva che i due aspetti tecnico-biologico e comunicativo-relazionale sono due gambe della stessa medicina indipendenti l'uno dall'altra da utilizzare in modo variabile secondo il caso clinico.¹⁰ I contributi di Balint e Jaspers sono da considerare certamente pionieristici e interessanti sul piano teorico ma poco praticabili nella pratica clinica perché la relazione medico-paziente come incontro fra *sogetti* non è stata mai tradotta in strategie operative.

In questo clima di ricerca Engel nel 1977 fu il primo ad affermare l'esistenza di un nuovo modello in grado di condizionare la pratica medica, il *modello bio-psico-sociale*¹¹ nel quale l'uomo è un sistema complesso che può essere analizzato come insieme di parti che lo compongono (organi, tessuti, cellule, atomi) e come parte di sistemi sovrastanti (sistema duale, familiare, sociale, ecc.). Nel momento in cui interviene una malattia, si assiste a una modificazione non solo della struttura organica dell'individuo ma anche di tutte le altre parti che sono in relazione con essa. Il malato quindi non è colpito soltanto a livello biologico, ma la malattia si manifesta come alterazione anche a livello psicologico, sociale e dell'ambiente in cui vive. Purtroppo risultò subito evidente quanto poco facilmente queste osservazioni potessero essere trasferite nell'agire medico. Engel non riuscì, infatti, a individuare con chiarezza gli elementi nuovi dell'attività medica e non riuscì a dare ai medici delle direttive operative per realizzare un approccio sistematico al malato. Una prova indiretta della scarsa operatività di tale modello è dimostrata dalla sua scarsa penetranza nella pratica medica a distanza di venti anni.

La nascita di un nuovo metodo clinico: la medicina *patient-centred*

È possibile far coincidere l'atto di nascita della *medicina patient centered* con la pubblicazione di tre articoli apparsi su *Family Practice* nel 1986.¹²⁻¹⁴ Un'articolazione più completa e più complessa sulla *medicina patient-centred* è poi seguita a distanza da un primo testo molto interessante¹⁵ nel 1989, cui ha fatto seguito una successiva pubblicazione¹⁶ nel 1995. Entrambi i testi sono ricchi di suggerimenti e riflessioni sull'impianto teorico del modello e presentano una specifica sezione dedicata agli aspetti pedagogici e formativi.

Nella medicina centrata sul paziente, il vissuto

soggettivo di malattia assume la stessa dignità della patologia in senso biologico. In questo modello non si rinnega l'utilità del modello tradizionale, anzi se ne riconosce l'insostituibile validità, ma si afferma anche la necessità di confrontarsi con il significato, puramente soggettivo, che la malattia acquisisce nel malato che ne soffre. Non esiste solo il versante organico del *disease* ma è presente e valido anche il significato del vissuto soggettivo del malato: *...vidi scendere dal treno tre o quattro persone in sciatica, come appariva chiaro dalla trepida apprensione con cui stringevano le natiche, dal loro passo incerto e dalla mimica piuttosto smarrita e piagnucolosa che accompagnava i loro lenti movimenti. Ciascuno di loro aveva senza dubbio la sua specialità, il suo particolare tipo di sofferenza e di conseguenza il suo speciale modo di camminare, di esitare, d'incedere, di zoppicare e anche la propria inimitabile mimica ...chi conosce gli scherzi del nervo sciatico per esperienza diretta e non per studio dei libri ha l'occhio acuto per vedere subito le differenze...fra la malattia che accomuna i malati (disease) e ciò che li distingue come sentirsi malati (illness) (Hesse, 1953).*¹⁷

La *medicina patient-centred* raccoglie in sé l'obiettivo della *medicina disease-centred* ma accanto a esso si riscontra la necessità di indagare la dimensione soggettiva della malattia. L'obiettivo generale si sposta dal *to cure* della medicina centrata sulla malattia al *to care*.

La relazione medico-paziente non è più un mezzo per arrivare alla diagnosi ma diviene essa stessa uno scopo della medicina. In questa relazione anche la comunicazione si modifica di conseguenza, mettendo in gioco nuove abilità comunicative che il medico dovrà apprendere.

Rispetto al *modello disease-doctor-centred* i punti di forza del *modello patient-centred* possono essere così riassunti:⁷ i) *Conservazione*: è conservato l'approccio alla patologia del *modello disease-centred*; ii) *Ampliamento*: s'introduce l'area dell'*illness* che corregge il riduzionismo del modello biologico; iii) *Specificità*: gli obiettivi che caratterizzano l'area dell'*illness* ovvero della parte nuova introdotta dal modello sono specifici e misurabili; iv) *Verificabilità*: la misura del raggiungimento degli obiettivi specifici nelle visite *patient-centred* è facilmente applicabile e ripetibile; v) *Insegnabilità*: gli strumenti comunicativi-relazionali necessari al medico sono insegnati secondo il principio dell'identificazione reciproca¹⁸ attraverso specifiche procedure formative già ampiamente testate e validate.

La *medicina patient-centred* rispondendo alle esigenze di concretezza e operatività tipiche del nuovo mondo sanitario caratterizzato da una medicina della complessità con la sua *evidence biased medicine* e da una medicina sostenibile sia sul piano economico sia su quello delle nuove dimensioni bioetiche, si propone

come vero e proprio nuovo metodo clinico.

Gli elementi strutturati della medicina *patient-centred* possono essere così sintetizzati: i) visita medica *patient-centred*; ii) colloquio clinico *patient-centred* (agenda del medico e agenda del paziente); iii) nuove competenze comunicative (*communication skills evidence based medicine*); iv) nuove competenze relazionali.

La visita medica *patient-centred* permette al medico di possedere non solo i dati biologici del malato ma anche elementi importanti per il suo vissuto (come il paziente vive il suo stato di malattia, quali sono le sue preoccupazioni, le attese che ha nel suo futuro ma anche le aspettative riposte sul medico). La visita *patient-centred* si propone due scopi: quello tradizionale di trattare il *disease* e quello di comprendere il versante esperienziale del paziente (comportamento di malattia). Dati di letteratura dimostrano che le visite centrate sul paziente non sono mediamente più lunghe delle *disease-centred*¹⁹ ma anzi risulta significativo il risparmio di tempo a lungo termine.²⁰

Il colloquio clinico *patient-centred* si basa sull'integrazione dell'agenda del medico con l'agenda del paziente. Attraverso l'esplorazione dell'agenda del paziente si arriva a comprendere *che cosa significa questa malattia per il malato ovvero come il paziente vive la propria malattia e come la offre al medico*. Il vissuto di malattia portato al medico entra con pieno diritto dentro la visita medica e acquista significato diagnostico-terapeutico. In sintesi l'agenda del paziente è ciò che il malato porta con sé nel momento in cui richiede l'intervento del medico, quando bussava alla porta dell'ambulatorio.

Nuove competenze comunicative sono richieste per portare a termine il colloquio clinico. Esplorare l'agenda del paziente significa sapere identificare i quattro elementi che la costituiscono: i sentimenti del paziente (la paura o la rabbia di essere malato), le sue idee e le sue interpretazioni riguardo a ciò che non va, le aspettative e i desideri riguardo a ciò che dovrebbe essere fatto, il contesto familiare, sociale e lavorativo. Per esplorare in modo standardizzato e ripetibile questi contenuti sono state proposte varie procedure comunicative non derivate da altre discipline ma appositamente create, testate e validate in campo medico (*communication skills evidence based medicine*), come: *Macy Model of doctor patient communication New York University School of Medicine*,²¹ *Six function model of medical communication Amsterdam University School of Medicine*,²² *Skills for communicating with patients Calgary Cambridge*.²³

L'acquisizione di una fra le procedure sopra descritte rappresenta una vera e propria competenza clinica che va oltre l'attitudine personale di ciascun medico e che crea le condizioni per definire al meglio una cura condivisa e personalizzata.

Esplorare l'agenda del paziente non significa che il medico dovrà fare *ciò che il paziente vuole*, ma poter negoziare la propria agenda con quella del malato. Il medico, sulla base della conoscenza di ciò che il paziente ha in testa, sarà in grado di *spianare la strada* a un intervento più efficace e più appropriato. Il *modello patient-centred* non intende alterare o rendere meno puntuale l'intervento del medico sul piano tecnico che anzi è reso più efficace perché condiviso e personalizzato sul singolo paziente.

Capacità relazionali e abilità comunicative sono strumenti essenziali per raggiungere gli obiettivi specifici che la *medicina patient-centred* si pone. Capacità di chiedere (*questioning skills*), capacità di ascoltare (*active listening skills*) e capacità di comprendere sono gli strumenti che permettono al medico di dimostrare il suo interesse e il suo rispetto per il malato costruendo in tal modo la relazione medico-paziente.

Ragioni e vantaggi della medicina *patient-centred* e delle *communication skills*

La medicina *patient-centred* risponde alle nuove necessità d'assistenza, alle necessità di sostenibilità economica del sistema e alle nuove dimensioni bioetiche. Mantiene tutta la sua scientificità e in questo non differisce dal vecchio modello *disease-centred*. Come l'anatomia patologica o l'imaging delle nuove procedure diagnostiche è il momento di verifica della correttezza della medicina *disease-centred*, l'esplorazione della *agenda del paziente* e quindi del suo *illness* rappresenta il momento di verifica della correttezza della cura condivisa e personalizzata sul singolo malato. La medicina centrata sul paziente conferma tutto il suo valore scientifico perché misurabile e riproducibile in tutte le sue procedure e in tutti i suoi obiettivi. Non si pone in antitesi alla medicina centrata sulla malattia, ma ne rappresenta una sua evoluzione condividendo sia gli obiettivi generali sia le strategie operative. Non dà spazio al soggettivismo (*ognuno fa come meglio crede*) e permette la verifica oggettiva del raggiungimento degli obiettivi sia del medico sia del paziente.

Quali sono i vantaggi e gli effetti positivi che il medico può riscontrare come conseguenza dell'applicazione di questo nuovo metodo clinico?

Rispetto alla visita medica *disease-doctor-centred* l'approccio *patient-centred* fornisce al medico una migliore comprensione del problema e un'informazione sul paziente più completa e più ricca.²⁴ L'esplorazione dell'agenda del paziente attraverso nuove abilità comunicative consente al medico di ottenere a parità di tempo migliore quantità e qualità²⁵ di dati clinicamente utili a scopo diagnostico e terapeutico. La visita medica e il colloquio *patient-centred* migliorano la comprensione del trattamento da parte del paziente^{26,27} e la

compliance alla terapia attraverso una migliore aderenza al progetto terapeutico.^{28,29} La qualità percepita della visita medica e la maggiore soddisfazione del paziente determinano una riduzione delle cause per malpractice³⁰ e una riduzione del fenomeno del *doctor shopping*.³¹ La migliore qualità della visita produce anche una migliore soddisfazione professionale da parte del medico.³²

La medicina centrata sul paziente costituisce in questo momento l'evoluzione scientifica più innovativa e completa dei modelli di medicina in grado di dare risposte appropriate ai bisogni complessi che caratterizzano la sanità dell'inizio del XX secolo. Le abilità comunicative e relazionali intese come competenza clinica, attraverso procedure di *fast/slow communication evidence based medicine*, permettono di ottimizzare risorse e tempo determinando rilevanti vantaggi clinici e migliore soddisfazione del paziente e dei medici.

Bibliografia

- Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep* 2004;119:239-43.
- Montagnani A, Tintori G, Nardi R, eds. *Medicina Interna e Clinical Governance: quali proposte per il prossimo futuro?* Quaderni Ital J Med 2014;2:1-104.
- Weston WW, Brown JB. Overview of the patient centred clinical method. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Patient centred medicine, transforming the clinical method*. London: Sage Publication; 1995. pp 21-30.
- Engel G.L. The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- Butler NM, Campion PD, Cox AD. Exploration of doctor and patient agendas in general practice consultation. *Social Sci Med* 1992;35:1145-55.
- McWhinney IR. Why we need a new clinical method. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:3-7.
- Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
- Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman; 1957.
- Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag; 1959.
- Jaspers K. *Der Arzt im technischen zeitalter*. Monaco: Piper; 1986.
- Engel GL. The clinical application of the biopsycosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
- Brown J, Stewart M, Mccracken E, et al. The patient centered clinical method. Definition and application. *Family Practice* 1986;3:75-9.
- Levenstein JHM, Mccracken E, Stewart M, et al. The patient centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 1986;3:24-30.
- Stewart M, Brown J, Levenstein JH, et al. The patient centered clinical method. Changes in residents' performance over two months of training. *Family Practice* 1986;3:164-7.
- Stewart M, Roter D. *Communicating with medical patients*. London: Sage Publications; 1989.
- Stewart M, Brown J, Weston W. *Patient centered medicine. Transforming the clinical method*. London: Sage Publications; 1995.
- Hesse H. *Kurgast, aufzeichnungen von einer Badener Kur*. Frankfurt a M: Suhrkamp Verlag; 1953. p 15.
- Baker SJ. The theory of silences. *J General Psychol* 1955;53:159.
- Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. Medical interviewing by exemplary family physicians. *Family Practice* 1998;47:343-8.
- McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- Macy Initiative on Health Communication. New York: NYU School of Medicine; 2001. Disponibile su: <http://nyumacy.med.nyu.edu>
- Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Counsel* 2009;74:287-94.
- Silverman J, Kurtz SJ. *Skills of communication with patient*. Milton Keynes: Radcliffe Publishing; 2004.
- Roter D, Stewart M, Pputman SM, et al. Communication patterns of primary care physicians. *J Am Med Assoc* 1997;277:350-6.
- Smith RC, Hoppe RB. The patient's story, integrating the patient and physician-centred approaches to interviewing. *Ann Intern Med* 1991;115:470-6.
- Roter D, Hall JA, Katz NR. Relation between physicians behaviors and analogue patients satisfaction, recall and impression. *Medical Care* 1987;24:437-51.
- Hall JA, Roter D, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 1988;26:657-5.
- Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change, recent ideas on compliance. *CMJ* 1996;154:1357-62.
- Kaplan SH, Greefield S, Ware JE. Impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of chronic disease. In: Stewart M, Roter D, eds. *Communicating with medical patient*. London: Sage Publications; 1989. pp 228-245.
- Levinson W, Roter D, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication, the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
- Kasteler J, Kane RL, Olsen DM, et al. Issues underlying prevalence of "doctor shopping" behavior. *J Health Social Behav* 1976;17:328-39.
- Gothill M. What do doctors want? Altruism and satisfaction in general practice. *Family Practice* 1998;15:36-9.

Survey sui fabbisogni di formazione e aggiornamento degli internisti FADOI

Clelia Canale,¹ Michele Cannone,² Micaela La Regina,³ Roberto Riscato,⁴ Mauro Silingardi⁵

¹Medicina Interna, Lamezia-Terme (CZ); ²Ospedale di Canosa di Puglia (BT); ³POU del Levante Ligure; ⁴Medicina Interna, Ospedale di Augusta (SR); ⁵Medicina Interna, Guastalla (RE), Italia

Introduzione

Fra i valori fondanti della nostra società scientifica, c'è l'obiettivo di accrescere le conoscenze mediche e la buona metodologia clinica degli internisti, di facilitare lo sviluppo della Medicina basata sulle prove di efficacia, di far crescere una impostazione professionale di *disease management*, con attenzione alla qualità clinica, ma anche agli aspetti di epidemiologia, ai percorsi diagnostico-assistenziali e ai costi, di facilitare l'acquisizione e l'utilizzo delle tecnologie necessarie per la gestione diretta della diagnostica di base.

Al fine di rispondere in maniera più adeguata e concreta ai bisogni di formazione e di aggiornamento dei propri soci, il Dipartimento Formazione FADOI ha deciso di eseguire la survey, oggetto del presente lavoro.

Prima di essa gli unici dati disponibili in merito ai fabbisogni formativi degli internisti FADOI derivavano dalla compilazione della scheda AGENAS nel corso degli eventi formativi organizzati dalla società; tali dati erano, tuttavia, di numero ridotto (qualche decina) e piuttosto aspecifici, anche per essere la scheda targetizzata su tutte le professioni sanitarie e non esclusivamente sugli internisti.

Materiali e metodi

Nel mese di Marzo 2014, i membri del Dipartimento Formazione FADOI, partendo dalla scheda AGENAS per la rilevazione dei fabbisogni formativi,

hanno elaborato un questionario, costituito da 8 domande (1 in aperto e 7 a scelta doppia o multipla) per indagare le necessità di aggiornamento e/o formazione dei soci.

Il questionario esplorava l'ambito delle conoscenze cliniche e delle abilità tecniche, dell'accreditamento professionale, degli strumenti per il governo clinico, delle normative in materia sanitaria, dei nuovi modelli organizzativi, della comunicazione efficace, della privacy e del consenso informato, dell'epidemiologia. Nel mese di giugno 2014 il questionario è stato inviato a tutti i soci in regola col pagamento della quota associativa. La compilazione avveniva su piattaforma Google Drive. La deadline era fissata al 30 luglio 2014.

Nel mese di Settembre 2014, è stata effettuata l'analisi dei dati e i risultati sono stati discussi e interpretati dai membri dipartimento Formazione FADOI, collegialmente.

Risultati

Il questionario è stato inviato a 1810 soci. Alla deadline del 30 luglio erano stati compilati 533 questionari; al 5 settembre, giorno dell'analisi, 580, tuttavia 12 erano dei duplicati e sono state escluse dall'analisi.

In relazione alla prima domanda - a risposta aperta - nella sezione per le competenze cliniche, sono state esaminate 568 schede; tra queste, 12 non recavano alcuna indicazione; si sono esaminate, pertanto, 556 schede. La risposta aperta prevedeva la possibilità di multiple indicazioni: il totale è stato di 1172 indicazioni con una media di due indicazioni per scheda. Tali indicazioni sono state raggruppate in macroargomenti, definendo per ciascuno, la percentuale sul totale delle schede utili.

Le indicazioni, per la formazione e l'aggiornamento delle conoscenze cliniche, più numerose sono state per gli argomenti *Sepsi* (157) e *Infezioni e terapia antibiotica* (141), con un totale, integrando i due risultati, di 298 indicazioni (53,6% degli intervistati). Seguono argomenti di *Cardiologia* con 120 indica-

Corrispondente: Mauro Silingardi, via Daniele da Torricella 9, 4210, Reggio Emilia, Italia.
E-mail: mauro.silingardi@ausl.re.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright C. Canale et al., 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:528-530

zioni (21,6% degli intervistati), di *Pneumologia* e *Gastroenterologia*, entrambe con 87 indicazioni (15,6% degli intervistati) - dettagli in Figura 1.

Le risposte discorsive alla domanda 1B (competenze tecniche e strumentali) sono state raggruppate in 15 categorie: l'ecografia di base e specialistica è stata indicata quale esigenza formativa dal 66,3% degli intervistati, la ventilazione meccanica non invasiva dal 48,2%, il posizionamento di accessi venosi eco-guidati dal 25,3%, l'inglese e l'informatica per medici dal 30%, le manovre invasive, eco-guidate e non, dal 7,2% - dettagli in Figura 2.

Il 78,5% degli intervistati ha affermato di avvertire l'esigenza di una valutazione e certificazione delle sue competenze.

L'82% si è dimostrato interessato a conoscere e approfondire tematiche come linee guida/protocolli/EBM/PDTA e gli aspetti relazionali in medicina (comunicazione interna, esterna, con paziente). Il 70% si è detto interessato ad approfondire il management del paziente complesso, la gestione del rischio clinico e le problematiche medico-legali in medicina interna.

Argomenti come l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie nei LEA o l'accreditamento delle strutture sanitarie, la prevenzione e promozione della salute, la farmacoeconomia, farmacoeconomia e farmacovigilanza sono stati indicati dal 50% circa degli intervistati.

Ancora modesto è risultato invece l'interesse per l'*Health Technology Assessment* (HTA) indicata dal 6% degli intervistati, per i sistemi di valutazione e verifica dell'efficacia e dell'efficienza (12%), per la multiculturalità e la cultura dell'accoglienza nelle attività sanitarie (19%).

Discussione

Le novità del lavoro da noi elaborato possono essere così individuate: i) ha utilizzato una scheda derivata da quella istituzionale AGENAS ma costruita in modo da indagare agevolmente i diversi ambiti di interesse squisitamente internistico; ii) ha introdotto una risposta aperta per le competenze cliniche e tecniche che ha consentito agli intervistati di indicare non solo l'argomento oggetto del bisogno formativo ma anche e, forse soprattutto, la modalità ritenuta più utile per la formazione stessa; iii) ha impiegato un supporto elettronico che ha consentito di raggiungere facilmente e rapidamente tutti i soci, di aumentarne la compliance alla survey (rispetto alla tradizionale compilazione della scheda AGENAS all'evento residenziale) e di accelerare l'analisi dei dati (i dati derivati dai questionari venivano trasferiti in automatico in fogli di Excel, pronti per l'analisi); iv) il confronto con i temi trattati nel corso degli ultimi congressi nazionali ha evidenziato significative di-

screpanze (maggior spazio per tematiche poco indicate dagli intervistati, soprattutto in ambito gestionale).

Sia pure le 568 schede utili raccolte rappresentino la risposta di circa un terzo (31,4%) dei soci FADOI, esse costituiscono un'essenziale fonte d'informazione ai fini di una programmazione formativa che voglia rispondere a reali esigenze. E ciò sia in relazione agli argomenti trattati sia alle modalità della formazione stessa. È, infatti, assai utile notare come, per la maggior parte delle indicazioni, fosse fatto chiaro riferimento a una trattazione molto pratica dell'argomento stesso.

Ad esempio: *schemi di terapia empirica per specifico organo e apparato; scelta razionale dell'antibiotico nella sepsi; schemi di terapia antibiotica empirica nelle infezioni nosocomiali. Così anche: corsi teorico-pratici per il riconoscimento e il trattamento delle aritmie; far-*

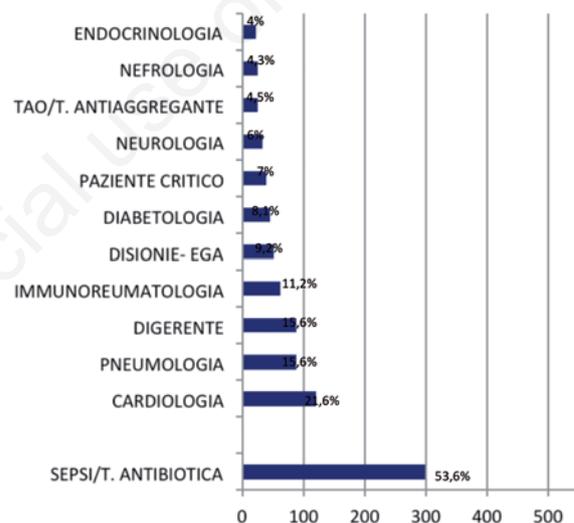


Figura 1. Conoscenze cliniche.

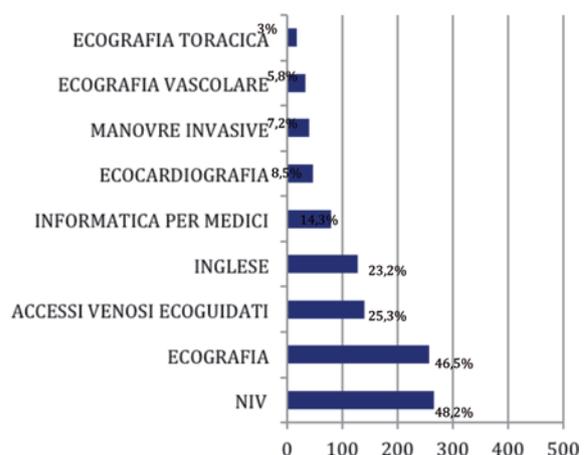


Figura 2. Competenze tecniche e strumentali.

maci antiaritmici con dosi e modalità di somministrazione. E ancora: casi clinici internistici; percorsi assistenziali e linee guida condivise.

Essendo questa la prima esperienza di survey sui fabbisogni formativi, e vista la rilevanza dei dati raccolti, ci si propone di migliorare la puntualità dell'indagine e, in particolare, l'aderenza dei soci in termine di risposta. L'eventuale individuazione di un

facilitatore per Unità Operativa potrebbe essere utile in tal senso.

Conclusioni

I risultati della presente survey rappresentano un valido punto di partenza per l'elaborazione del piano formativo FADOI per il 2015.

Membri del Dipartimento Formazione FADOI

Mauro Silingardi	<i>Direttore</i>	Giuseppe De Matthaëis
Marco Grandi	<i>Staff</i>	Gualberto Gussoni
Roberto Frediani	<i>Staff</i>	Giancarlo Landini
Micaela La Regina	<i>Staff</i>	Salvatore Lenti
		Ruggero Pastorelli
Clelia Canale		Roberto Risicato
Marco Candela		Antonio Sacchetta
Michele Cannone		Giancarlo Tintori
Fabrizio Colombo		Antonella Valerio

L'internista ospedaliero: dentro o fuori?

Francesco Orlandini,¹ Filomena Pietrantonio²

¹SC Medicina Interna, Ospedale S. Andrea ASL 5, La Spezia; ²SC Medicina Interna, Ospedale Sant'Eugenio, Roma, Italia

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento dell'età media, ha notevolmente aumentato il numero di soggetti affetti da patologie croniche, multiple e complesse.

Parallelamente, le mutate condizioni socioeconomiche del nostro paese, 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.¹

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, prevenendo quindi meccanismi di collegamento con il territorio e le sue strutture socio-assistenziali e meccanismi cosiddetti di dimissione protetta.

Il *chronic care model* cerca di rispondere a queste mutate esigenze della popolazione, incrementando risorse sul territorio con attivazione di percorsi e strutture atte a mantenere a domicilio, o comunque fuori dall'ospedale, pazienti cronici fragili polipatologici che hanno bisogno di un continuum socio assistenziale.

Resta comunque alta l'esigenza della corretta gestione ospedaliera di tale fragilità e complessità, spesso frammentata in molteplici interventi di specialisti con rischio concreto di frequenti trasferimenti da un reparto ad un altro.²

Corrispondente: Francesco Orlandini, SC Medicina Interna 1, Presidio Ospedaliero Unico del Levante Ligure, Stab. Sant'Andrea, via Vittorio Veneto SNC 19124 La Spezia, Italy. Tel.: +39,0187.533319. E-mail: francesco.orlandini@asl5.liguria.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright F. Orlandini e F. Pietrantonio, 2015
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:531-536

Come cambia la medicina interna nel terzo millennio

Caratteristica delle unità operative (U.O.) di Medicina Interna è la loro diffusione capillare sul territorio nazionale, all'interno delle strutture ospedaliere, sia di grandi che di piccole dimensioni.³

È evidente quindi che la *Mission* 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, in un piccolo ospedale di una comunità montana.

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 ospedale di piccole-medie dimensioni, la U.O. di Medicina Interna spesso assume la connotazione di Unità Internistica a valenza polispecialistica e gestisce direttamente funzioni specialistiche di base, funzioni connesse alla gestione dell'emergenza-urgenza e funzioni di tipo semi-intensivo.

La Medicina Interna ha nel metodo clinico, lo strumento essenziale di impostazione del rapporto medico-paziente.

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

Caratterizzano l'attività delle U.O. di Medicina Interna:

- la gestione, la diagnosi e la terapia dei pazienti complessi, polipatologici, fragili;
- la possibilità di offrire, generalmente con utilizzo di tecnologie di base, una risposta efficace alle necessità di assistenza che emergono dalla grande varietà di problemi clinici, permettendo, con la sua peculiare funzione di *filtro* e di *indirizzo*, il più appropriato utilizzo delle funzioni specialistiche ad alta tecnologia;
- 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 (es., ecografia e ventilazione non invasiva);
- 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;
- la possibilità di supportare 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 (DS). 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, 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 dei malati chirurgici.

Gli internisti sono in primo luogo i medici della complessità, intesa però nelle sue due accezioni: da un lato, espressione di difficoltà alla diagnosi di una singola patologia e dall'altro dei problemi connessi con la multimorbilità e le comorbilità del singolo paziente.

Il primo aspetto è cruciale e la Medicina Interna svolge un ruolo insostituibile nel panorama sanitario.

Il paziente con sintomi spesso usuali, quali la febbre e l'astenia può essere affetto da patologie rare, complesse, difficili da diagnosticare e che richiedono, nella loro formulazione ed articolazione, una cultura medica vasta e profonda, supportata da una consistente esperienza clinica. Questo dato affonda le sue radici nella storia quando Erodoto afferma che gli antichi Egizi avevano un medico dedicato alle *malattie nascoste*, poco associate a manifestazioni esterne o con cause profondamente oscure, le malattie interne.

Il modello inglese

Nel 2013 il *Royal College of Physician* ha redatto le raccomandazioni per l'ospedale del futuro.⁴

Il *Royal College of Physician* è un'associazione indipendente che vanta più di 28.000 medici iscritti, la maggior parte dei quali, lavora negli ospedali inglesi.

In questo documento molto corposo, si affrontano varie tematiche come gli standard del personale, i rapporti con i pazienti, gli obiettivi di cura, la buona pratica

clinica, il rapporto ospedale-territorio, l'opportunità di scelte in funzione delle risorse economiche, ecc.

Secondo questa *consensus*, la continuità di cura deve essere garantita sette giorni su sette compresa la domenica, con il paziente al centro del percorso di cura ed un team di specialisti che ruota intorno a lui, fino a che la necessità clinica lo richieda.

I pazienti complessi possono richiedere la presenza di più specialisti, in funzione dei propri bisogni clinici, ma tutti coordinati da una unica figura (*consultant*, inteso come referente) che avrà il compito, anche, di indicare il momento in cui il paziente non ha più bisogno di cure specialistiche secondo protocolli e criteri semplici e predefiniti.

La sintesi dei problemi clinici del paziente deve essere fatta il più presto possibile dopo l'accesso in ospedale cosicché il *consultant*, che deve essere un internista, possa accedere alle eventuali consulenze specialistiche, da subito, 7 giorni su 7, risparmiando tempo e denaro.

Il livello di cura deve riflettere l'acuità e la complessità della malattia; ci dovrebbero essere più letti di alta intensità rispetto a letti per malati medici acuti e lo staff infermieristico dovrebbero essere adeguato alle esigenze del paziente in relazione alla sua instabilità, al trattamento, alle sue funzioni cognitive ed alla sua fragilità.

Il team medico internistico deve farsi carico di tutti i malati medici presenti in ospedale, compresi quelli chirurgici. Ci deve essere un adeguato ri-arrangiamento di personale fra i reparti chirurgici e quelli medici.

Devono essere presenti ambulatori annessi al reparto dove il medico possa rivedere i pazienti dimessi per i quali il percorso diagnostico-terapeutico non è terminato o pazienti che hanno un livello di acuzie tale da poter essere gestiti in ambulatorio.

Va assicurata una rigorosa continuità assistenziale: quando c'è trasferimento di cura per competenza, aumentano i rischi per il paziente che dovrebbe essere al centro del progetto di cura e quindi gli stessi medici ospedalieri dovrebbero farsi carico anche delle cure domiciliari.

La degenza andrebbe interrotta il prima possibile ed eventuali terapie dovrebbero continuare a domicilio, sotto la supervisione del medico ospedaliero con la collaborazione attiva del medico di famiglia.

Il training del medico internista deve essere adeguato: deve avere adeguata conoscenza in determinati ambiti, quali per esempio: la fragilità e la demenza, la sua specialità propria, ma anche la gestione del paziente critico e del paziente complesso con più comorbilità, la coordinazione delle cure.

Queste caratteristiche dovrebbero essere proprie di ogni medico internista ospedaliero, indipendentemente dalla specialità di base.

La specialità in medicina interna permette lo sviluppo di conoscenze ed esperienze indispensabili per la

diagnosi, il trattamento, il coordinamento delle cure e la dimissione di pazienti acuti, complessi e polipatologici.

Nelle corsie di medicina di un prossimo futuro occorre: i) allocare le risorse in modo tale da creare aree ad alta intensità, aree per pazienti acuti sia medici che chirurgici, aree più intensive o di cure avanzate; ii) nominare un *consultant* 7 giorni su 7 in ogni determinata area con funzioni di coordinamento di una équipe e in stretto contatto con il direttore della divisione ed il coordinatore infermieristico; iii) assicurarsi che il lavoro dell'équipe sia coordinato con la restante attività dell'ospedale (ingressi, dimissioni, trasferimenti ad altri setting assistenziali).

Le aree ad alta intensità devono poter gestire pazienti critici per un periodo di tempo superiore alle 24 ore, devono avere accesso alle metodiche diagnostiche 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, e devono avere personale adeguato in termini numerici e di competenze.

Il team medico che le gestisce deve avere adeguate competenze per la diagnosi e la cura della patologie da cui può essere affetto un paziente, ma anche competenze nella gestione della criticità ed instabilità clinica e capacità di coordinamento delle cure.

La realtà italiana

In Italia ancora non esistono documenti che definiscono con chiarezza il ruolo, le funzioni e le competenze delle U.O. di medicina interna.^{3,5,6}

Esistono alcuni modelli che, tuttavia, spesso non sono strutturati in maniera organica e, soprattutto, hanno una distribuzione a macchia di leopardo, sul territorio nazionale.

Ugualmente il numero di medici delle varie medicine interne italiane è estremamente variabile e solo raramente risponde a criteri correlati al carico di lavoro.

Per esempio, la dotazione organica delle U.O. Medicina Interna in molte realtà viene stabilita secondo le norme della legge Donat Cattin del 1992 che considerava la medicina e la chirurgia reparti a bassa/media intensità di cure e ai quali venivano assegnati 5 medici ogni 32 posti letto e 1 medico ogni ulteriori 10 posti letto.

Dotazioni organiche così scarse impediscono ovviamente di sviluppare attività aggiuntive alla sola assistenza clinica.

Men che meno esistono organici definiti per le aree ad alta intensità e non esistono criteri che definiscono in modo chiaro le competenze del medico ospedaliero sul territorio.

L'internista ospedaliero: dentro o fuori?

In alcune realtà il medico ospedaliero anche in Italia, sulla scorta del modello inglese, segue a domicilio,

in collaborazione con il medico di medicina generale, il paziente che presenta persistente riacutizzazione di una patologia cronica che non si è del tutto risolta durante la degenza ospedaliera.

Questo percorso può prevedere l'accesso, anche ripetuto, presso l'ambulatorio ospedaliero di medicina interna, per ridurre il rischio di ri-ricovero, con invio diretto da parte del medico di reparto al momento della dimissione, dallo stesso medico di reparto durante un controllo domiciliare o da parte del medico di medicina generale.

L'avvento della telemedicina consentirà sempre più di monitorizzare a domicilio alcuni pazienti che, per le patologie delle quali sono affetti, possono essere seguiti con il controllo a distanza.

È evidente che queste organizzazioni sono possibili solo in strutture tecnologicamente avanzate, con adeguata dotazione organica e, soprattutto, con amministrazioni lungimiranti che destinano fondi allo sviluppo tecnologico e che credono nel ruolo centrale del medico internista come gestore olistico della complessità clinica.⁷

Il *chronic care model*

Più comunemente le diverse regioni italiane stanno applicando il *chronic care model*,⁸ con connotazioni ancora una volta polimorfe e non univoche, per pazienti fragili e polipatologici dimessi dalle strutture ospedaliere.

Nella maggior parte dei casi tale modello è coordinato prevalentemente dal Distretto Socio-Sanitario che assume pertanto un ruolo nodale nella gestione della cronicità. Esso infatti è il luogo ove: i) si adottano i protocolli di gestione integrata, improntati sul *chronic care model* e il *disease management*; ii) si promuovono e si realizzano interventi di prevenzione e di contrasto della cronicità, mediante la medicina di iniziativa, la proattività degli interventi e l'*empowerment* del paziente; iii) viene assicurata la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, intesa come reale e totale presa in carico del soggetto affetto da patologia cronica, attraverso percorsi assistenziali integrati in collaborazione con la rete di Servizi Sociali; iv) si agevolano le dimissioni ospedaliere *guidate* attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e sociali passando, in tal modo, dall'attuale logica di tipo prestazionale a quella di percorso assistenziale più consona e funzionale per il cittadino. L'attivazione della dimissione guidata deve partire dal reparto ospedaliero garantendo la continuità di cura domiciliare già dal momento dell'arrivo a casa del paziente.

Tali percorsi vengono gestiti e garantiti da un *case manager* che può essere individuato in un infermiere professionale (infermiere di comunità o *di famiglia*),

adeguatamente formato e sostenuto da un adeguato sistema organizzativo.

Il *Protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (diabete mellito, scompenso cardiocircolatorio, broncopneumopatia cronica ostruttiva)*, individua, in molte realtà, nel Distretto Sanitario la struttura che ne deve garantire l'implementazione e la realizzazione. Il Distretto rappresenta in questi casi la sede naturale delle funzioni indicate per la gestione integrata costituendo: i) il naturale raccordo tra l'attività del Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta e le strutture specialistiche territoriali e ospedaliere; in tale processo, come detto, l'infermiere di comunità può assumere un ruolo fondamentale sia ricoprendo il ruolo di *case manager* sia occupandosi di prevenzione, educazione, gestione della domanda e di codificate patologie acute; ii) il soggetto in cui si realizza l'integrazione operativa dei piani di intervento aziendali nei confronti delle patologie croniche; iii) il luogo in cui viene consolidato il metodo di lavoro in *rete* tra gli altri Dipartimenti territoriali (Prevenzione e Salute Mentale) e quelli ospedalieri, nel perseguimento di obiettivi di salute comuni; iv) la struttura alla quale è affidata l'individuazione delle modalità organizzative atte a garantire la regolare e periodica effettuazione del follow-up dei pazienti presi in carico.

Gli obiettivi principali del Protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche sono: i) porre al centro del processo assistenziale il paziente, affetto dalla patologia cronica; ii) favorire l'appropriatezza delle prestazioni e l'equità di accesso alle cure, sulla base del livello di complessità; iii) ottimizzare l'utilizzo delle risorse, migliorando la presa in carico ambulatoriale; iv) limitare l'accesso al Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero.

Limiti evidenti di questo modello tuttavia sono: i) la naturale interruzione della continuità assistenziale del paziente dimesso dall'ospedale; ii) la scarsa conoscenza della fase di acuzie da parte dei vari attori territoriali che non hanno vissuto la fase di instabilità clinica del paziente; iii) la difficile gestione territoriale dei pazienti cronicamente instabili che modificano il loro stato di salute nel volgere di pochi giorni e che solo l'internista ospedaliero, che ha già curato fasi analoghe durante la degenza, può gestire con efficacia.

Inoltre la presenza di più figure professionali intorno ad un singolo soggetto (infermiere di comunità, geriatra territoriale, medico di medicina generale, assistente sociale, medico della casa della salute), pur con finalità altamente nobili, può risultare ridondante e controproducente.

L'internista dentro

Nella maggior parte delle realtà italiane il numero di internisti ospedalieri non adeguato, il carico di la-

voro sempre in aumento, la mancanza di personale amministrativo di supporto, impedisce all'internista ospedaliero di farsi carico della gestione, anche condivisa del paziente al momento della dimissione.

Ecco che la *mission* dell'internista si identifica con la gestione del paziente poli-patologico e complesso, avviando un processo di prosecuzione cure che, tuttavia, non lo vede coinvolto in prima persona.

Questa assenza di continuità assistenziale aumenta il fenomeno del *revolving door* con frequenti re-ricoveri, ben prima dei 30 giorni definiti come limite.

La gestione del paziente poli-patologico e complesso è comunque un carico di lavoro notevole per l'internista del nuovo millennio.

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 di un monitoraggio clinico intensivo, pur mantenendo necessità di controlli medici ravvicinati e sostegno infermieristico superiori a quelli di una degenza tradizionale per garantire le funzioni d'organo, l'espletamento delle attività quotidiane e la riattivazione funzionale.⁹

Si tratta di una popolazione, identificabile all'ingresso in reparto, con strumenti di valutazione multi-parametrica, internazionalmente validati e utilizzati, come il MEWS o il NEWS.¹⁰⁻¹³

I vantaggi di questa organizzazione sono molteplici: innanzitutto, salvaguarda la sicurezza del paziente, aumentando il rapporto operatori sanitari/pazienti nelle aree in cui i pazienti sono più gravi, consentendone un più assiduo monitoraggio e delle risposte più pronte; favorisce inoltre un più razionale e ponderato allocamento delle risorse.

Le aree di medicina interna ad alta intensità sono aree dedicate a pazienti affetti da patologie acute, gravi, caratterizzate da alterazione di una o più delle funzioni vitali o degli organi vitali, provenienti dal PS, dalla medicina d'urgenza entro tre giorni dall'ingresso in ospedale, da altri reparti medici e chirurgici in caso di complicanze, che necessitano di un monitoraggio frequente dei parametri vitali e/o di terapie complesse e frequenti rivalutazioni cliniche, farmacologiche e assistenziali durante il giorno.

Si tratta per lo più dei pazienti che, per patologia (es., polmonite con insufficienza respiratoria severa, ma non tale da richiedere l'intubazione oro-tracheale o IOT), per età, per comorbidità (es., polmonite in paziente con diabete, insufficienza renale e scompenso cardiaco), per problemi logistici, non sono eleggibili per ricovero presso unità di terapia intensiva o subintensiva di tipo specialistico.¹⁴

Per la gestione di tale area devono essere definite in maniera adeguata le responsabilità e una modalità di lavoro di tipo multi-disciplinare, in stretta colla-

borazione con un team infermieristico addestrato.

Le patologie prevalentemente trattate in queste aree risultano essere:

- insufficienza respiratoria severa tipo I, non richiedente IOT;
- insufficienza respiratoria severa tipo II, non richiedente IOT;
- pancreatite acuta severa;
- edema polmonare acuto;
- scompenso cardiaco e co-morbidità;
- cheto-acidosi diabetica;
- coma iperglicemico iper-osmolare;
- disionie minacciose per la vita;
- aritmie ipo e ipercinetiche in soggetti non candidabili a ricovero in UTIC per età e co-morbidità;
- sindromi coronariche acute in soggetti non candidabili a ricovero in UTIC per età e co-morbidità;
- ictus cerebri in soggetti non candidabili a ricovero in centro ICTUS per età e co-morbidità;
- sepsi severa e shock settico in pazienti con multiple co-morbidità;
- emorragie gastrointestinali con instabilità emodinamica;
- embolia polmonare massiva;
- complicanze mediche pre-chirurgiche;
- complicanze mediche post-chirurgiche;
- altre condizioni di insufficienza severa di uno o più organi.

Gli operatori sanitari (medici e infermieri) che lavorano in tali aree ad alta intensità devono quindi possedere expertise in: i) ventilazione non invasiva; ii) posizionamento e gestione CVC o cateteri periferici; iii) ecografia bedside; iv) posizionamento di drenaggi pleurici o peritoneali; v) conoscenza ottimale dei disturbi dell'equilibrio acido-base e possibilità di controlli seriati emogasanalitici.

Conclusioni

L'internista del terzo millennio deve avere competenze diverse dal passato, non tanto in termini di conoscenze scientifiche, quanto di capacità di relazione con collaboratori, parenti e pazienti che hanno caratteristiche e aspettative profondamente diverse, di competenze nell'utilizzo di strumenti medicali (ecografia bedside, ventilatori non invasivi, posizionamento di cateteri venosi centrali o periferici), di conoscenze ed applicazioni di percorsi integrati ospedale-territorio.

Questa esigenza di evoluzione del ruolo dell'internista è insita nella trasformazione del paziente del terzo millennio diverso anch'esso da quello del passato.

La scienza medica ha portato a pazienti sempre più medicalizzati con patologie croniche che non portano ad exitus con la stessa percentuale del passato, ma con croniche riacutizzazioni e conseguente necessità di ricoveri ospedalieri.

Tali accessi in corsia sono sovente a *ciclo continuo* e occorre creare un sistema di interruzione di questo circolo vizioso, nel rispetto del paziente e delle risorse sanitarie comunitarie.

L'internista svolge, in quest'ottica, una funzione strategica e basilare: essendo lo specialista della complessità è in grado di cogliere il momento del ricovero così come quello della dimissione ed è in grado di attivare percorsi ospedale-territorio che riducano i re-ricoveri e salvaguardino la salute del paziente.

L'internista è in grado inoltre di intercettare l'instabilità clinica di più organi di pazienti ospedalizzati per altre cause; il paziente chirurgico o *ortopedico* presenta spesso un equilibrio instabile di patologie croniche che viene meno in presenza di una noxa esterna, come lo stesso intervento chirurgico o la semplice ospedalizzazione.

La frattura di femore piuttosto che la necessità di un intervento di chirurgia addominale rappresentano quindi un epifenomeno nella complessa gestione globale di tali pazienti.

L'internista che coordina la terapia farmacologica di tali pazienti ottimizza le risorse destinate, migliora gli outcomes, riduce la degenza; in molti esempi di medicina interna peri-operatoria con intervento dell'internista nella cura dei pazienti chirurgici si è potuto ottenere una riduzione dell'utilizzo della rianimazione nel post-intervento, una riduzione della degenza media, un recupero precoce delle condizioni cliniche antecedenti l'intervento.

Sovente questi pazienti richiedono di essere gestiti in aree ad alta intensità mediche non solo dopo l'intervento ma anche in un periodo antecedente per stabilizzazione e riduzione del rischio operatorio.

È evidente che la gestione ottimale del paziente del terzo millennio dovrebbe essere affidata all'internista del terzo millennio che realizza una presa in carico del paziente, totale e globale, sulla scorta di quanto teorizzato dalla *consensus* della *Royal College of Physician*.

Il paziente complesso poli-patologico ricoverato dovrebbe essere preso in carico dal *consultant* internista all'ingresso in ospedale, allocato nella area più idonea in relazione alle sue condizioni cliniche, seguito dalla stessa equipe medica in maniera continuativa, con l'ausilio di specialisti d'organo se necessario, ma senza trasferimenti fra reparti.

Al momento della dimissione occorrerebbe attivare un percorso che veda l'internista, gestore della continuità assistenziale, interfacciarsi con il personale del distretto sociosanitario ed il medico di medicina generale per ridurre i re-ricoveri e favorire l'accesso a strutture ospedaliere ambulatoriali, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche.

La politica sanitaria nazionale deve prendere atto della trasformazione della popolazione che accede agli ospedali italiani, deve cogliere la necessità di cambia-

mento e investire sempre più risorse nella medicina interna, specialità olistica ed efficiente rispetto alla gestione frammentaria delle sub-specialità.^{3,15,16}

Bibliografia

1. La Regina M, Orlandini F; Ligurian Internal Medicine Group. Internal medicine wards and the chronic diseases epidemic: it is time to change the standards. *Intern Emerg Med* 2014;9:483-5.
2. Steinman MA, Auerbach AD. Managing chronic disease in hospitalized patients. *JAMA* 2013;173:1857-8.
3. La Regina M, Orlandini F; on behalf of the Ligurian FADOI group. Census of Ligurian Internal Medicine Wards of non teaching hospitals. *Ital J Med* 2014;8: 246-52.
4. Royal College of Physicians. Future Hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians; September 2013. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/382/download?token=A6yzyBjB>
5. Regione Veneto. Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 610 del 29 aprile 2014, Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Articolo 8, comma 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Deliberazione n. 179/ CR del 30 dicembre 2013. Disponibile su: <http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=273829>
6. Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e delle Politiche Sanitarie. Schema di riferimento per la dotazione di personale minimo per le attività ospedaliere e le case di cura. Disponibile su: http://www.regione.calabria.it/sanita/allegati/allegato_3.pdf
7. Stefani I, Mazzone A. Nuovi aspetti gestionali clinici ed economici. *Quaderni Ital J Med* 2014;2:125-30.
8. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illnesses: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
9. Puleo A, Di Rosa S. Tipologia del paziente critico in Medicina Interna. *Gior Ital Med Intern* 2002;1:33-7.
10. Kellet J, Kim A. Validation of an abbreviated Vitalpac Early Warning Score (ViEWS) in 75.419 consecutive admissions to a Canadian Regional Hospital. *Resuscitation* 2012;83:297-302.
11. Kellet J, Woodworth S, Wang F, Huang W. Changes and their prognostic implications in the abbreviated Vitalpac Early Warning Score (ViEWS) after admission to hospital of 18,853 acutely ill medical patients. *Resuscitation* 2013;84:13-20.
12. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in Medical Admission. *QJMed* 2001;94:521-6.
13. Subbe CP. Identifying the patient at risk of deterioration, intensive care unit admission, or cardiac arrest: stop predicting, start preventing. *Resuscitation* 2010;81:923.
14. Helay J, McKee M. Hospital in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.
15. Chiesi G, Boni F. Ospedali e modelli organizzativi per intensità di cure: il punto di vista dell'internista. *Ital J Med* 2012;6:63-71.
16. Nardi R. Organizzazione dell'Ospedale per intensità di cura: gli errori da evitare. *Ital J Med* 2012;6:1-13.

La telemedicina in Medicina Interna

Alba Sciascera

Dipartimento di Medicina Interna, Presidio Ospedaliero di Legnano (MI), Italia

Il tema della continuità assistenziale ospedale-territorio è di grande interesse attuale a causa dell'incremento progressivo, negli ultimi anni, della richiesta di servizi da parte dei cittadini. La maggiore diffusione della consapevolezza del diritto alla salute, l'invecchiamento della popolazione, la sempre maggior presenza di soggetti fragili, pluripatologici, con malattie cronic-degenerative ha fatto esplodere la necessità di assistenza acuta e a lungo termine con conseguente sovraccarico delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.¹

Il modello di individuo malato che più contraddistingue la realtà attuale corrisponde ad un paziente cronico, affetto da più patologie incidenti contemporaneamente, in cui la risultante è determinata e influenzata non solo da fattori biologici (malattia-specifici) ma anche da determinanti non biologici (status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità delle cure, ecc.), che interagiscono fra di loro a delineare la tipologia del *malato complesso*, avido di prestazioni sanitarie.² A sempre maggior richiesta di servizi corrisponde d'altro canto la necessità di razionalizzare e ottimizzare le risorse economiche, strutturali e umane, spesso limitate e attualmente in progressiva riduzione. Una possibile risorsa sviluppabile e sfruttabile a costi sostenibili è costituita dalla telemedicina. Le infrastrutture dell'*Information and Communication Technology* (ICT) rendono oggi infatti agevoli le soluzioni tecniche per la trasmissione delle informazioni sanitarie (immagini, dati, segnali), ma creano anche un presupposto di possibile sviluppo della telemedicina e della teleassistenza.³⁻⁶

Le esperienze già attuate e i progetti locali potrebbero costituire il punto di partenza per l'imple-

mentazione della telemedicina come supporto all'assistenza socio-sanitaria riguardante gli aspetti più strettamente *clinici*, dando il via alla riorganizzazione strutturale dei servizi, già in atto per gli aspetti più *burocratici*.⁷⁻¹²

Il concetto di *malato al centro* definito dai moderni criteri della *clinical governance* in Medicina verrebbe in tal modo ulteriormente sviluppato con l'idea che non si muove il paziente, ma si muovono i suoi dati. L'esigenza di ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere, gli accessi in Pronto Soccorso, già sovraccarico, i re-ricoveri in reparto di Medicina, sovraffollato di pazienti cronici, insieme alla prospettiva di migliorare la qualità di vita dei *malati complessi fragili* ci ha indotto a ipotizzare un modello di continuità assistenziale basato sulla telemedicina.

Il progetto PONTE (*progetto ospedale nel territorio*) coinvolge Specialisti Ospedalieri internisti, Medici di Assistenza Primaria e caregivers nella gestione long term domiciliare di pazienti complessi mediante l'utilizzo di devices di misurazione multiparametrica (frequenza cardiaca, ossimetria, pressione arteriosa, peso corporeo, traccia elettrocardiografica) che utilizzano la trasmissione per via telefonica. Il progetto si affianca al servizio di dimissione protetta, già attivo presso l'Ospedale di Legnano, che permette il raccordo tra assistenza ospedaliera ed assistenza sul territorio erogata tramite il medico di medicina generale (MMG). Indicatori di efficienza ed efficacia garantiscono la valutazione critica dei risultati.¹³⁻²⁰

In un'ottica di implementare delle azioni di deospedalizzazione in favore del territorio e delle reti, l'utilizzo dell'innovazione tecnologica rappresenta una valenza strategica per assecondare tale processo.²¹⁻²⁸

Il progetto PONTE ha un ruolo di supporto alle strategie di monitoraggio delle condizioni di non autosufficienza e di fragilità, in un'ottica di continuità delle cure. PONTE può infatti concorrere all'ottimizzazione delle risorse e al miglioramento dell'appropriatezza e della presa in carico di pazienti con malattie croniche e quindi del paziente complesso, potenziando il sistema delle cure domiciliari, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile e migliorando la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale.

Corrispondente: Alba Sciascera, Dipartimento di Medicina Interna, Presidio Ospedaliero di Legnano (MI), Italia.
E-mail: alba.sciascera@tin.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright A. Sciascera, 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:537-540

PONTE, ovviamente è in grado di raggiungere risultati realmente validi solo se riesce ad avvalersi di infrastrutture robuste e di un'informatizzazione efficiente ed efficace delle strutture connesse per una maggior garanzia di sicurezza e qualità dei pazienti.

In tale contesto per garantire la continuità assistenziale è indispensabile:

- i) la condivisione ed adesione attiva al progetto da parte di tutti gli operatori e le strutture interessate;
- ii) un adeguato modello organizzativo;
- iii) un'avanzata piattaforma tecnologica.

PONTE in questo caso ha un ruolo fondamentale di:

- i) diffusione dell'assistenza sanitaria domiciliare;
- ii) consultazione a distanza di specialisti internisti con visione e gestione olistica;
- iii) esecuzione e relativa trasmissione di dati riguardanti i segni del Paziente;
- iv) evoluzione del rapporto tra personale afferente la sfera socio sanitaria (medico specialista, MMG, caregiver).

Si vuole pertanto dare un supporto ai Gruppi di Cure Primarie, favorendo la loro integrazione con le strutture ospedaliere e promuovendo inoltre un sistema dedicato per la medicina di iniziativa che consenta lo sviluppo e la gestione di nuove forme di assistenza sul territorio. PONTE non prevede una continua sorveglianza dei dati acquisiti dalla piattaforma, ma si basa sulla gestione di una centrale di ascolto, in cui i medici specialisti ospedalieri ricevono ed interpretano il risultato dei dati, comunicando al MMG la presenza di anomalie, in occasione di una visita virtuale programmata o a seconda degli alert messi in evidenza dalla piattaforma o di un trend in peggioramento. Tutto questo ha un impatto sulla riduzione di: durata della degenza ordinaria, numero dei ricoveri per acuzie e soprattutto dei re-ricoveri ravvicinati (entro i 30 gg dalla dimissione), DRG LEA medici per ricoveri ordinari (attuando un controllo della domanda), numero delle prestazioni di pronto soccorso, numero di ricoveri presso le lungodegenze.²⁸⁻³³

È inoltre da rilevare che in ambito sanitario il contenimento dei costi da un lato e la parallela crescita della qualità delle prestazioni dall'altro, nonché la riduzione delle liste d'attesa, si sono imposti come obiettivi prioritari, non facilmente conciliabili. In tale contesto PONTE rappresenta un sistema di opportunità interessante per definire un migliore trade-off tra la più alta qualità delle prestazioni sempre maggiormente richieste e la necessaria efficienza ed oculatezza nell'impiego delle risorse disponibili. In altre parole, rappresenta la possibilità di spostare in avanti la curva dell'offerta, fronteggiando in modo più efficiente ed efficace la crescita della domanda

sanitaria e dei connessi costi di produzione delle prestazioni, garantendo nel contempo le esigenze dell'equità sociale.

Ritornando agli obiettivi misurabili di PONTE si individuano indicatori di risultato (outcomes di malattia) con indicatori di processo (efficienza), indicatori culturali (di aggiornamento e crescita degli operatori sanitari) ed obiettivi poco misurabili quali quelli professionali (condivisioni di responsabilità).³⁴⁻³⁸

Il progetto PONTE riesce ad avere un ruolo sulla gestione delle risorse poiché facilita la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, mettendo in connessione professionalità diverse: in particolare facilita un uso più intenso e diffuso della medicina specialistica. PONTE ha un impatto sulla qualità delle cure perché rende possibile un più intenso scambio tra gli operatori (specialisti/MMG) e tra operatori e pazienti. Il progetto riduce il costo sociale delle patologie (in termini di tempo impiegato e di spostamenti per l'utenza), e potenzia il self management dei pazienti e dei caregivers per quegli aspetti che essi possono trattare autonomamente.

Il progetto PONTE vede il coinvolgimento delle seguenti figure:

- i) Ospedale Civile di Legnano;
- ii) Pazienti e caregivers;
- iii) MMG;
- iv) Servizi del distretto (cure domiciliari);
- v) Università Campus Biomedico di Roma (know how di telemonitoraggio);
- vi) Ambulatorio di continuità assistenziale;
- vii) Medico specialista internista;
- viii) Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e ridurre il rischio clinico.

Con questo progetto si concretizzano concetti di continuità assistenziale ed integrazione. Caratteristiche distintive del progetto sono:

- i) l'innovazione nel prendere in considerazione il paziente complesso e dare un ruolo di regista allo specialista Internista;
- ii) porsi obiettivi gestionali - manageriali e clinici;
- iii) la riduzione del numero dei processi (snellimento);
- iv) integrazione di skills specifiche tra MMG e medico ospedaliero;
- v) formulazione di PDTI (percorsi diagnostico terapeutici individualizzati);
- vi) possibilità di allocare più efficientemente le risorse economiche e sanitarie;
- vii) far crescere l'empowerment del caregiver;
- viii) migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e ridurre il rischio clinico.

La nostra esperienza di telemonitoraggio remoto del Paziente complesso eseguita dallo specialista internista ci ha insegnato che in termini di appropriatezza è fondamentale telemonitorizzare Pazienti

sempre più instabili, che hanno subito diversi ricoveri e che devono essere monitorizzati in subito dopo la dimissione per un periodo breve di tre mesi.

Bibliografia

- Currell R, Uquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD002098.
- Kraai IH, Luhik ML, Jarasma T, Hillege HD, et al. Heart failure patients monitored with telemedicine: patient satisfaction, a review of the literature. *J Card Fail* 2011;17:684-90.
- Wennberg DE, Marr A, Lang L. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *N Engl J Med* 2010;363:1245-55.
- Wootton R. Twenty years of telemedicine in chronic disease management--an evidence synthesis. *J Telemed Telecare* 2012;18:211-20.
- Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, et al. Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *Eur Respir J* 2009;33:411-8.
- Polisena, Trann K, Cimon K, et al. Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2010;16:120-7.
- Chaudhry SI, Matterna JA, Curtis JP, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. *N Engl J Med* 2010;363:2301-9.
- Konstam MV. Health-related quality of life in a multicenter randomized controlled comparison of telephonic disease management and automated home monitoring in patients recently hospitalized with heart failure: SPAN-CHF II trial. *J Card Fail* 2011;17:151-7.
- Koehler F, Vinckler S, Schieber M, et al. Telemedicine in heart failure: pre-specified and exploratory subgroup analyses from the TIM-HF trial. *Int J Cardiol* 2012;161:143-50.
- Palmieri V, Pezzullo S, Lubrano V, et al. Telemetria per il controllo domiciliare della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, e della saturimetria di ossigeno nello scompenso cardiaco: impatto sulle ospedalizzazioni in un contesto non sperimentale. *G Ital Cardiol* 2011;12:829-36.
- Bernocchi P. Healthcare continuity from hospital to territory in Lombardy: TELEMACO project. *Am J Manag Care* 2012;18:101-8.
- Takahashi PY, Pecina JL, Upatising B, et al. A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits. *Arch Intern Med* 2012;172:773-9.
- Hall WJ. Telemonitoring did not reduce hospitalizations or ED visits in high-risk elderly patients. *Ann Intern Med* 2012;157:JC3-8.
- Glyn Elwyn Hardisty A, Perce SC, May C, et al. Detecting deterioration in patients with chronic disease using telemonitoring: navigating the 'trough of disillusionment'. *J Eval Clin Pract* 2012;18:896-903.
- Blair, Bombas, Stone. Legal and ethical issues. In: Steven F, ed. *Telemedicine: practicing in the information age*. Philadelphia: Viegas and Kim Dunn; 1998. pp 49-59.
- Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, et al. A randomized controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol *BMC Health Serv Res* 2011;11:202.
- Gensini GF, Fabbri LM, Fini M, Nozzoli C. *La Medicina della complessità. BPCO e comorbidità*. Firenze: Firenze University Press; 2011.
- Salvioli G, Foroni M. *La medicina della complessità, la medicina interna e la geriatria*. *Gerontol* 2008;56:1-10.
- Nardi R, Scanelli G, Borioni D, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. *The FADOI Medicomplex Study*. *Eur J Intern Med* 2007;18:283-7.
- Foroni M, Mussi C, Erzili E, Salvioli G. *L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico?* *Gerontol* 2006;54:255-9.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56.
- Vermeulen J, Neyens CL, Van Rossum E, et al. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2011;11:33.
- Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, et al. A randomized controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol *BMC Health Serv Res* 2011;11:202.
- Wilson T, Buck D, Ham C. *Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions?* *BMJ* 2005;330:657-61.
- Landi F, Onder G, Cesari M, et al. Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *J Clin Epidemiol* 2004;57:832.
- Flugelman MY, Ben David Y, Harats N, Eliakim M. *A simple prognostic index for hospitalized geriatric patients. A prospective study of 70 patients*. *Gerontology* 1986;32:272-6.
- Bozzano C, Lancini I, Mei E, et al. *L'indice di Flugelman per individuare pazienti complessi e di difficile dimissione*. *Ital J Med* 2011;5:103-8.
- Tiratterra V, Pignatelli A, Placido G, et al. *Comorbidità e ricoveri ripetuti in Medicina Interna*. *G Gerontol* 2008;56:187-90.
- Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. *2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation*. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:e1-e90.
- Jecks SF, Williams MV, Coleman EA. *Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program*. *N Engl J Med* 2009;360:1418.
- Benbassat J, Taragin M. *hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations*. *Arch Intern Med* 2000;160:1074.
- Kou YF, Goodwin JS *Association of hospitalist care with medical utilization after discharge: evidence of cost shift from a cohort study*. *Ann Intern Med* 2011;155:152-9.

33. Chaudhry SI, Phillips CO, Stewart SS, et al. Telemonitoring for patients with chronic heart failure: a systemic review. *J Card Fail* 2007;13:56.
34. Jerant AF, Azari R, Nesbitt TS. Reducing the cost of frequent hospital admission for congestive heart failure: a randomized trial of a home telecare intervention. *Med Care* 2001;39:1234.
35. McKinstry B, Pinnock H. Telemedicine for management of patients with COPD? *Lancet* 2009;374:672-3.
36. De Toledo P, Jiménez S, Del Pozo F, et al. Telemedicine experience for chronic care in COPD. *IEEE Engine. Med Biol Soc* 2006;10:5687-573.
37. Lewis KE, Annandale JA, Warm DL, et al. Home telemonitoring and quality of life in stable, optimized chronic obstructive pulmonary disease. *J Telemed Telecare* 2010;16:253-9.
38. Pedone C, Rossi FF, Cecere A, et al. Efficacy of physician led multiparametric telemonitoring system in very old adults with heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2015;63: 1175-80.

Non-commercial use only

Red flags e modelli di fast track per accedere rapidamente alla diagnosi precoce

Filippo Pieralli,¹ Francesco Corradi²

¹Subintensiva Medicina Interna; ²Medicina Interna per l'Alta Complessità 2, AOU Careggi, Firenze, Italia

Lo scenario medico-sociale attuale e futuro è caratterizzato, com'è noto, dall'invecchiamento progressivo della popolazione con il conseguente incremento delle patologie croniche nel contesto di molteplici comorbidità. In tale ambito diventa cruciale rafforzare la continuità ed il collegamento fra ospedale e territorio e territorio e ospedale. In questo ambito la Medicina Interna rappresenta una specialità in grado di svolgere un ruolo centrale proprio per la capacità di inquadramento e gestione a 360 gradi e la capacità di indirizzare l'utente a professionisti di discipline specialistiche settoriali nei casi che siano appropriati.

Non vi è dubbio che il rapporto fra ospedale e territorio debba essere riscritto e che la valutazione e l'eventuale ricovero tramite Pronto Soccorso non debba essere l'unica risposta alle esigenze e alle necessità di salute dei cittadini e dei Medici di Medicina Generale. Gli effetti di questa aberranza sono quotidianamente sotto gli occhi di tutti: il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, i ricoveri in appoggio in reparti non medici ma in carico alla Medicina Interna, aspetti che non giovano alla sicurezza dell'utente, né a quella dei medici, né alle casse dei sistemi sanitari regionali.

Nell'attesa di riscrivere con strumenti condivisi il rapporto fra territorio ed ospedale esistono alcuni modelli, peraltro in molte realtà già esistenti, che possono essere messi in atto per migliorare la continuità assistenziale al fine di ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri, il sovraffollamento degli ospedali e cercare di aumentare l'appropriatezza del ricorso ad esami e consulenze spe-

cialistiche, talora ridondanti, inutili nel percorso diagnostico-terapeutico e disagiati per il paziente.

I modelli da potenziare sono quelli ambulatoriali che forniscano all'utenza ed ai professionisti extraospedalieri risposte a domande di salute in tempi rapidi. Bisogna però considerare che le attività di specialistica ambulatoriale non sono sempre inserite all'interno di percorsi tecnico-professionali definiti e risentono della frammentazione tra i diversi professionisti.

Le attività ambulatoriali devono garantire percorsi rapidi sia in termini di accesso alla valutazione ambulatoriale, sia in termini di risposta diagnostica e decisionale dei percorsi clinico-assistenziali.

Per quanto riguarda la Medicina Interna la conversione di alcuni percorsi da ricovero ad ambulatoriale dovrebbe prevedere l'organizzazione di percorsi *fast-track* coordinati con il territorio e con il Pronto Soccorso.

I percorsi *fast-track* possono riguardare varie tipologie di condizioni: i) valutazione di prestazioni differibili e non urgenti di pazienti che si presentano in Pronto Soccorso per patologia di un singolo organo o apparato; ii) valutazione di prestazioni differibili e non urgenti di pazienti che si presentano in Pronto Soccorso per casi complessi ma che non richiedano il ricovero (*Day service*); iii) valutazione di casi complessi inviati dal medico del territorio che richiedano un inquadramento generalista ed un coordinamento specialistico (*Day service*).

La novità ed il valore aggiunto della proposta consiste nell'organizzazione di modelli che eliminino la frammentazione delle richieste di valutazioni polispecialistiche e/o polistrumentali, e rimetta al medico di Medicina Interna il coordinamento del percorso nella sua globalità con la finalità di rispondere in maniera più omogenea e meno frammentata alle necessità di salute del cittadino, garantendo, quindi, continuità e razionalità di gestione assistenziale dei percorsi e attenzione alle specificità dei bisogni di salute individuali.

Possiamo ipotizzare alcuni modelli gestionali di rapida risposta, alternativi ai ricoveri ospedalieri. Con una terminologia anglosassone vengono definiti *Fast-track*, che letteralmente significa percorso veloce, quei modelli che consentono di by-passare il ri-

Corrispondente: Filippo Pieralli, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze, Italia.
Tel.: +39.055.7946411 - Fax: +39.055.7946313.
E-mail: filpiero@tin.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright F. Pieralli e F. Corradi, 2015
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:541-543

covero percorsi rapidi in termini di accesso alla prestazione e di risposta diagnostica e terapeutica. Perché i percorsi siano veloci devono quindi essere predisposti adeguati sistemi di prenotazione della prestazione da parte del medico di medicina generale e dai medici di Pronto Soccorso. In questo senso, potrebbe essere ipotizzabile l'utilizzo di sistemi informatici di prenotazione (*booking*) da parte del medico curante di medicina generale e del medico di pronto soccorso. Inoltre la programmazione di *pacchetti* per diagnosi, ad esempio diagnostica del nodulo polmonare, di anemia, di linfadenopatia, potrebbe velocizzare i percorsi migliorando l'appropriatezza e l'utilizzo delle risorse. Questi *pacchetti* prevedono il coinvolgimento di più discipline specialistiche, dalla diagnostica per immagini, alla radiologia interventistica, alla chirurgia generale e specialistica, alla diagnostica endoscopica, all'ematologia, coordinati dal medico internista. Inoltre la creazione di pacchetti, oltre a velocizzare i percorsi ed utilizzare più appropriatamente le risorse, può consentire di fornire pacchetti a costi forfettari per venire incontro anche agli utenti, che spesso si trovano a spendere cifre ragguardevoli per sostenere i ticket per l'esecuzione di molti esami, come già detto, eseguiti in maniera frammentaria e talvolta inappropriata.

Queste ipotesi devono prevedere però adeguate risorse in termini di medici e infermieri dedicati alle attività ambulatoriali e risorse strumentali (ECG, ecocolorDoppler) che possono trovare compensazioni grazie alla riduzione dei costi associati ai ricoveri e alla prevedibile riduzione dei costi legati all'utilizzo non appropriato e quindi dispendioso di esami diagnostici e consulenze non altrimenti necessari.

Un elemento cui è necessario fare sempre attenzione è la presenza di dei segnali di allarme, i cosiddetti *red flags*, per evitare di incorrere in errati percorsi diagnostici per patologie che richiedono una valutazione mirata e talvolta urgente. La valutazione clinica rimane l'elemento fondamentale che guida il percorso.¹

La definizione di *red flags* non è univoca. Potremmo considerarle caratterizzate da elementi anamnestici e indizi clinici in grado di indicare la presenza di patologie gravi ma non manifeste o, in alternativa segni o sintomi riscontrati nella raccolta anamnestica e all'esame clinico che possono collegare in disturbo riferito ad una grave patologia.¹

Dal punto di vista storico l'impiego delle *bandiere rosse* giunge dall'impero romano. La presenza delle bandiere rosse rappresentava, simbolicamente in tempo di guerra, spargimento di sangue. Dal 1899 il loro impiego si estende anche al settore automobilistico. L'introduzione esatta del termine e dell'immagine della *red flag* nella scienza medica rimane un mistero. Eseguendo una Medline i primi riscontri

in letteratura risalgono al 1973. Nel 1998 il concetto fu introdotto nel glossario della fisioterapia. In Medicina, specie nella specialità della Medicina Interna, il suo significato rimane non ancora univoco e molto vario.²

Concettualmente il richiamo ad una particolare attenzione da rivolgere a sintomi e segni clinici distintivi di una patologia grave è semplice e, teoricamente già posto in risalto dalle singole linee guida delle patologie di grande interesse internistico ed epidemiologico tra cui la BPCO, l'embolia polmonare, la sindrome coronarica acuta. In Medicina Interna, tuttavia, l'applicabilità del concetto di *red flags* resta tutta da scoprire anche tenuto conto della complessità della diagnostica differenziale delle patologie di interesse internistico. Per tale motivo la reale applicabilità della *red flag* specie nell'ambito internistico è volta ad individuare sintomi, segni, reperti ematochimici e/o strumentali in grado di porre in allarme il sanitario indirizzandone l'attenzione nei confronti di patologie gravi, invalidanti o, peggio, tali da porre il paziente a rischio la vita del paziente. L'individuazione di *red flags* per patologie di interesse internistico potrebbe ridurre in modo significativo il rischio di errore professionale.^{3,4}

In ambito medico le *red flags* sono attualmente impiegate soprattutto, in ambito reumatologico,⁵ nella patologia muscolo scheletrica ed in particolare nelle patologie della colonna vertebrale^{6,7} nella quale sintomi o segni sottili come la perdita di sensibilità o di un movimento alterato si rivelano raramente e tardivamente a differenze del sintomo dolore che domina per lungo tempo il quadro clinico del paziente ma che è altamente sensibile ma assai poco specifico. Altri campi di applicazione sono rappresentati dalle patologie pediatriche e nelle patologie croniche infiammatorie dell'intestino.

Saper cogliere questi segni apparentemente sfumati ma documentabili se ricercati nel corso della raccolta anamnestica del paziente permette di porre diagnosi precocemente. Un campo di applicazione simile può essere la patologia oncologica e le sindromi paraneoplastiche nelle quali la presenza di sintomi o segni clinici, elementi biochimici o strumentali identificati e codificati come *red flags* potrebbe favorire una diagnosi precoce di neoplasia.⁸

In ambito reumatologico vengono identificate, oltre alle *red flags*, anche le *yellow flags* ossia indicatori di minore importanza ma tali da aumentare il rischio del paziente e le *red Herrings* ossia gli indicatori di evoluzione negativa verso la cronicità e/o disabilità di una patologia.⁹

Le *red flags*, in sintesi, richiedono pertanto immediata attenzione da parte del sanitario per l'elevato rischio correlato a tali indicatori di evoluzione infausta della patologia in atto ma la loro frequenza è rara, le

yellow flags devono indurre a modificare una diagnosi, il rischio di evoluzione infausta è basso ma la frequenza più elevata, le *red Herrings* richiedono una modifica del trattamento, si correlano ad un basso rischio e la frequenza è elevata.

Fast tracks e *red flags* pur esprimendo concetti diversi, mirano a migliorare la *qualità* reale dell'assistenza sanitaria garantendo, nel primo caso, l'accesso ad una diagnostica preferenziale in grado di far collaborare ospedale e territorio, sfruttando e organizzando attività ambulatoriali e strumentali, ponendole al servizio del cittadino per garantire una diagnostica rapida e completa e riducendo la contempo la necessità di un ricovero, nel secondo caso l'individuazione di patologia ad elevato rischio per il paziente favorendo il processo diagnostico differenziale e l'individuazione di criticità con una ricaduta favorevole anche sul rischio clinico. L'applicazione, in particolare delle *red flags* in ambito internistico rappresenta una sfida complessa ma di grande utilità specialmente per una Specialità Medica nella quale si rende sempre più necessario individuare e ricercare sintomi, segni clinici, biochimici o strumentali in grado di favorire l'altrettanto complesso procedimento diagnostico differenziale.

Bibliografia

1. Huyse FJ, Stiefel FC, de Jonge P. Identifiers, or "red flags," of complexity and need for integrated care. *Med Clin North Am* 2006;90:703-12.
2. Sizer PS Jr, Brismée JM, Cook C. Medical Screening for red flags in the diagnosis and management of musculoskeletal spine pain. *Pain Pract* 2007;7:53-71.
3. Susanto M. Dizziness: if not vertigo could it be cardiac disease? *Aust Fam Physician* 2014;43:264-9.
4. Terasaki G, Paauw DS. Evaluation and treatment of chronic cough. *Med Clin North Am* 2014;98:391-403.
5. Kelly SB, Chaila E, Kinsella K, et al. Using atypical symptoms and red flags to identify non-demyelinating disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012;83:44-8.
6. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol* 2008;61:110-8.
7. Della-Giustina D. Evaluation and treatment of acute back pain in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2015;33:311-26.
8. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ* 2013;347:f7095.
9. Berlit P, Kraemer M. Cerebral vasculitis in adults: what are the steps in order to establish the diagnosis? Red flags and pitfalls. *Clin Exp Immunol* 2014;175:419-24.

Sovraffollamento e qualità assistenziale in Ospedale: sono previste soluzioni nei patti per la salute?

Andrea Fontanella

Presidente Nazionale Eletto FADOI; Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italia

Introduzione

L'articolo 32 della Costituzione sancisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Riafferma un diritto sociale che prevede la responsabilità dello Stato nel garantire la salute del cittadino e della collettività, in condizioni d'eguaglianza. Per assolvere a questo compito la Legge 833 del 23/12/78 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una delle più grandi conquiste sociali del nostro tempo, che ha introdotto valori e principi fortemente innovativi, essendo destinato a tutti i cittadini, fornendo prestazioni complete di prevenzione, cura e riabilitazione, con criteri d'uguaglianza e d'equità d'accesso.

La riforma del Titolo V della Costituzione - avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 - ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Ovvero la riforma del Titolo V, che puntava ad un federalismo solidale, delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, ha finito per generare una deriva

regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo.

Questa riforma ha, quindi, creato una condizione assolutamente in contrasto con l'articolo 32 della Costituzione, che intendeva garantire *universalità ed equità d'accesso a tutte le persone* e alla L. 833/78 che sanciva la *globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini*, smentendo, di fatto, i principi fondamentali su cui si basa il SSN.

È stata, quindi, persa un'opportunità d'autonomia organizzativa dei servizi sanitari, perché il processo federalista si è limitato ad una delega sul controllo della spesa e non ha costituito un incentivo a riorganizzare i SSR al fine di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi.

Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. L'accordo tra lo Stato e le Regioni sul nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, siglato il 10 luglio 2014, cambia il sistema sanitario italiano e riguarda 60 milioni di cittadini. Il testo definitivo e corretto del Regolamento sugli standard ospedalieri è approvato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 127 del 4 giugno 2015, insieme all'allegato 1, che descrive tecnicamente gli standard ed è parte integrante del documento.^{1,2}

Tale Patto presenta sostanzialmente due aspetti fortemente positivi, il primo è che esso sembra aver messo in sicurezza il finanziamento del SSN, fissando le risorse destinate alla sanità pubblica sino al 2016. Tuttavia, il Ministero dell'Economia e delle Finanze non ha rinunciato alla precisazione *salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico*, come poi i fatti di cui siamo stati spettatori in questo periodo, hanno confermato (vedi il capoverso sui *tagli*). Il secondo grande aspetto di merito è di avere legittimato la rilevanza della *clinical governance* come passaggio obbligato per salvare il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Corrispondente: Andrea Fontanella, Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, via Manzoni 220, 80123 Napoli, Italia.
Tel.: +39.335.653.4737.
E-mail: andreafontanella52@gmail.com

Ringraziamenti: Si ringrazia Nino Cartabellotta per avermi gentilmente concesso di utilizzare materiale tratto dalla sua rivista edita su Facebookmail.com Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale. Si ringrazia il mio amico Vito Borzi, perché da discorsi fatti insieme è nato il pensiero della mia seconda proposta.

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright A. Fontanella, 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:544-547

È, naturalmente, assolutamente chiaro che l'evoluzione del sistema assistenziale deve avere le caratteristiche della sostenibilità, anche in considerazione del fatto che i motivi d'evoluzione tecnologica e farmacologica, epidemiologici e sociali, hanno determinato negli ultimi decenni un forte incremento della spesa sanitaria. Pertanto qualunque proposta non può prescindere dalla sua sostenibilità, anche perché essa è la caratteristica di un processo o di uno stato che può essere mantenuto ad un certo livello indefinitamente.

È, pertanto inevitabile che l'articolo 1 del regolamento contenga provvedimenti limitativi della spesa.

Al punto 2 dell'articolo 1 del regolamento si esplicita: *Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data d'entrata in vigore del presente decreto, a adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie [...].*

Tale punto dell'articolo 1 è assolutamente in linea con il mutamento epidemiologico da noi osservato negli ultimi decenni: popolazione sempre più anziana, decisa prevalenza di patologie croniche, spesso associate ed embricate tra loro, quindi politerapie sempre più complesse e, spesso, tra loro conflittuali o interferenti con le differenti condizioni patologiche. In pratica noi ci troviamo sempre più frequentemente a dimettere persone venute fuori da condizioni acute, ma ancora malate o, comunque, bisognose di assistenza. Purtroppo oggi la realtà territoriale è sempre più caratterizzata da inadeguata ed insufficiente capacità assistenziale, da difficoltà economiche, da problematiche sociali, da modifiche della struttura della famiglia in cui l'anziano non è più il centro di riferimento, ma rappresenta spesso un insostenibile carico assistenziale. Si delineano, quindi, sostanzialmente tre modelli assistenziali: *acute care model*, *chronic care model* e *acute complex care model*.

Al fine di ottemperare a tali esigenze il documento, nell'ottica di un modello multiprofessionale e interdisciplinare, al comma 1 dell'articolo 5 (Assistenza territoriale) sancisce la costituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), sul cui significato si rinvia al documento ufficiale,^{1,2} quali forme organizzative della medicina convenzionata per l'erogazione delle cure primarie. Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali: assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali, garantire la continuità assistenziale e l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata, tutti i giorni della settimana, prevedere l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti

della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

Al comma 17 dello stesso articolo, è prevista l'istituzione dei Presidi territoriali/Ospedali di comunità, al fine di ridurre i ricoveri inappropriati e i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale. In tali Presidi l'assistenza dovrebbe essere assicurata dai Medici di Medicina Generale o dai Pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN. Essi effettuano ricoveri brevi o per casi non complessi che necessitano d'interventi medici potenzialmente erogabili a domicilio, ma dove non esiste un'adeguatezza domiciliare ad erogarli, per cause strutturali, sociali e/o economiche, o per quei casi che per la loro complessità richiedono assistenza/sorveglianza sanitaria/infermieristica continuativa.

Fatte tali necessarie premesse, fra i tanti si è, quindi, preferito evidenziare questi due punti salienti del patto per la salute: importanza del Governo Clinico e Integrazione con la Medicina Territoriale, nei quali si vede chiaramente la possibilità d'intervento da parte della Medicina Interna Ospedaliera, con proposte che siano a costo zero.

Tale presupposto è essenziale per qualunque proposta voglia essere accolta, perché se è vero che, con i piani di rientro delle varie Regioni, i conti della sanità pubblica sono migliorati, la vera sfida, ora, è garantire la sostenibilità dei servizi. Un nuovo welfare sarà possibile solo riscrivendo le regole. Questo è il vero monito che arriva dalla Corte dei conti, che nel Rapporto 2015 sul coordinamento della finanza pubblica presentato a Palazzo Giustiniani, dedica un corposo capitolo a *La Sanità e il nuovo Patto della salute*. I Magistrati della Corte hanno ribadito come il 2014 ha confermato i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel riassorbimento degli squilibri finanziari in Sanità. Ma il motivo d'attenzione è che il successo delle misure di contenimento dei costi introdotte dal DL n. 95/2012 è stato solo parziale. Questo segna da un lato il persistere di limiti nell'appropriatezza e nell'organizzazione dell'offerta sanitaria e dall'altro la difficoltà di intervenire su elementi importanti di quest'ultima senza rischiare di aggravare, almeno nel breve periodo, le ripercussioni che il risanamento finanziario sta producendo in termini di qualità dei servizi resi.

Non a caso il Patto della salute è il perno delle argomentazioni della Corte: *un accordo importante che richiede, per una sua effettiva operatività, la messa a punto di modalità di lavoro e soprattutto la stesura di nuove regole*.

Il punto è che le sfide finanziarie, invece di diminuire, continuano a crescere: il taglio da 2,35 miliardi del Fondo sanitario nazionale nel 2015 (divenuto legge con il Voto di fiducia al Governo della Camera del 5 agosto al DL Enti Locali), ed i successivi previsti

per il 2016 e 17, alzano l'asticella della sostenibilità. Ciò mentre il settore sanitario si trova di fronte a scelte ancora impegnative anche dal punto di vista finanziario. Pur scontando margini per un recupero d'efficienza al suo interno, deve sostenere costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza ad una popolazione sempre più longeva, aggiungono i magistrati. Legata a stretto filo, c'è la questione della effettiva erogabilità dei LEA vecchi e nuovi (modificato da *Sanità 24 - Il Sole 24 ore*; 9 giugno 2015).

Il *Patto per la Salute 2014-2016* ha legittimato definitivamente la rilevanza degli strumenti di *clinical governance* per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria rispettando il vincolo delle risorse disponibili. L'approccio di sistema alla *clinical governance* rappresenta un *passaggio obbligato* per garantire la sostenibilità della Sanità pubblica attraverso un virtuoso processo di disinvestimento e ri-allocazione delle risorse. Il ministro Lorenzin, infatti, difende il Patto sostenendo, giustamente, che i tagli non rappresentano un razionamento, ma una razionalizzazione della spesa, evitando sprechi e cattiva gestione ed effettuando quindi un esercizio d'assoluta appropriatezza diagnostica e terapeutica.

Non emerge, tuttavia, una chiara definizione delle priorità, latita il coinvolgimento delle categorie professionali e non viene esplicitata una metodologia rigorosa per ricercare, valutare, selezionare e sintetizzare le evidenze a supporto dei criteri d'appropriatezza. Questo rappresenta il punto focale della questione: secondo quali criteri e, soprattutto, CHI dovrà occuparsi di sancire l'appropriatezza diagnostica, procedurale e terapeutica degli interventi sanitari?

Ecco il primo punto d'intervento da parte della Medicina Interna Ospedaliera. In questo senso un aspetto d'assoluto rilievo è stato l'incontro di febbraio con il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, cui il Presidente FADOI ed il Presidente Eletto sono stati invitati. In tale occasione il Ministro, ben conscio del ruolo dell'Internista, ci ha specificamente chiesto collaborazione al fine di individuare i principi dell'appropriatezza clinica. D'altra parte chi se non il Medico Internista Ospedaliero può gestire la *clinical governance*; in tale ottica la FADOI è stata assolutamente antesignana, organizzando per i suoi soci Master di secondo livello per la *clinical governance* sin dal 2009, fino ad arrivare al corso interuniversitario sulla gestione del paziente complesso e il ruolo della Medicina Interna Ospedaliera, con la partecipazione del Ministero della Salute, d'AGENAS e di tre università: la LIUC, la Bocconi e il Campus Biomedico di Roma come capofila. Vi è stata completa condivisione con il Presidente FADOI Dr. Mauro Campanini sul ruolo di regista dell'Internista nella gestione della complessità clinica, pur rimarcando l'indispensabile supporto

del valore aggiunto delle varie branche specialistiche. Il Ministro ha affrontato argomenti quali: l'appropriatezza e il sovraffollamento del pronto soccorso. Gli Internisti si sono resi disponibili per implementare percorsi diagnostici terapeutici sempre più appropriati che possano garantire risparmio e, al contempo, maggiore sicurezza per il Paziente. Si è ribadita l'importanza dell'integrazione ospedale territorio in cui gli Internisti potrebbero essere i veri protagonisti al fine di evitare accessi inutili al Pronto soccorso. In tale occasione è stato trasmesso al Ministro anche il documento stilato dagli Internisti che hanno partecipato al corso interuniversitario (www.fadoi.org).

Nel documento gli Internisti Ospedalieri ribadiscono come accanto al *chronic care model*, opportunamente volto alla deospedalizzazione del paziente cronico, sia indispensabile dedicare risorse all'*acute complex care model*, con gestione affidata all'Internista ospedaliero, vero coordinatore del percorso di cura del paziente acuto complesso, ponendosi come interlocutore da una parte con gli specialisti ospedalieri, per favorire i percorsi di cura del paziente complicato e complesso all'interno dell'ospedale, dall'altra con il MMG e il distretto per i rapporti con il territorio. È possibile, inoltre, ridurre la domanda di ricoveri implementando i percorsi di deospedalizzazione (ambulatori e DH). È necessario un potenziamento delle Medicine Interne ospedaliere, riducendo le conversioni delle stesse a cure intermedie e istituendo le aree ad alta intensità di cura dove l'internista, coadiuvato dagli specialisti d'organo, gestisce pazienti polipatologici complessi in fase acuta. Va riconosciuto all'Internista un ruolo centrale come attore protagonista nella conduzione del Dipartimento Medico.

In questa visione gli Internisti FADOI hanno dato la loro disponibilità a collaborare con Commissioni del Ministero della Salute in ambito di programmazione sanitaria, a condividere il loro *know how* al fine di redigere documenti di programmazione sanitaria e ad inviare regolarmente i dati d'attività delle divisioni di Medicina, per rendere tracciabile il reale ed evolutivo impatto della Medicina Interna a livello ospedaliero nazionale.

Soprattutto su questo aspetto d'integrazione con il territorio si fonda la seconda proposta collaborativa per ridurre il sovraffollamento e migliorare la qualità assistenziale in Ospedale.

Questa proposta parte da due premesse fondamentali.

La *prima* è che la popolazione degli Internisti Ospedalieri, in linea con la popolazione generale, invecchia sempre di più. L'attuale evoluzione socio economica pone l'accento sulla competitività dei sistemi sanitari, non solo come attrattiva sull'utenza, ma anche verso gli stessi operatori. Negli ultimi cinque anni, in Italia, su 6-7000 laureati in Medicina circa il

2% è emigrato all'estero in cerca di lavoro. Un numero considerevolmente sottostimato, si considera, infatti, che circa mille giovani dottori ogni anno varchino il confine italiano. Francia, Germania, Svezia, Norvegia, Regno Unito, Stati Uniti e Australia i paesi più gettonati. Questo, aggiunto al blocco delle assunzioni, presente nella grande maggioranza delle regioni italiane, ed al blocco del turnover, fanno sì che il personale medico ospedaliero comprenda un gran numero d'ultracinquantacinquenni ed ultrasessantenni. Tutto ciò spesso porta a problemi di *burnout* e demotivazione in colleghi esperti e con anzianità di servizio rilevante, talora d'età superiore al loro Direttore, che si sentono particolarmente frustrati nel dovere effettuare turni notturni e festivi, alla stregua dei colleghi più giovani. Dall'altro lato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sanitaria è correlato ad un incremento dei problemi di salute che possono portare al riconoscimento dell'inidoneità ad alcune mansioni. La conseguenza, in tal caso, è il sovraccarico di turni a rischio e festivi sul personale più giovane, che finisce per sentirsi escluso dalla vita di reparto. Nel contesto sociodemografico italiano, la strutturazione di un ambiente di lavoro che tenga conto dell'invecchiamento progressivo del personale sanitario ospedaliero, con l'attivazione di strategie per garantire un maggiore benessere ai dipendenti meno giovani e più giovani e ridurre le situazioni d'inidoneità, sarà una delle sfide più significative del prossimo futuro al fine di gestire al meglio una prevedibile emergenza.

La *seconda premessa* è la prospettiva dell'istituzione dei Presidi territoriali/Ospedali di comunità, come indicato al comma 17 dell'articolo 5, con lo scopo, indicato nella prima parte di questo articolo, di ridurre i ricoveri inappropriati e di favorire i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale.

In tali Presidi l'assistenza dovrebbe essere assicurata dai Medici di Medicina Generale o dai Pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN. Tuttavia, il grande compito svolto dalla

Medicina Territoriale non ha mai concretizzato un ruolo che sia in grado di garantire una osservazione e continuità assistenziale per pazienti complessi e in fase di subacuzie ma, comunque sempre estremamente fragili.

Questi due problemi elencati in premessa potrebbero essere entrambi risolti con un'unica soluzione. In quest'ambito, infatti, potrebbe entrare la figura del Medico Internista Ospedaliero. Questi potrebbe affiancarsi ai Medici del territorio nella gestione di tali strutture, allo scopo di garantire la continuità assistenziale e di trasmettere il suo *know how* sulla continuità di cura al Medico di Medicina Generale. Gli Internisti ospedalieri cui affidare questa funzione potrebbero essere proprio quella popolazione meno giovane, più esperta, stanca di turni e di servizi festivi, che vedrebbe rivalutato e nobilitato il proprio ruolo, svolgendo, anche solo in modo nominale, delle funzioni dirigenziali e di coordinamento. È evidente che una tale scelta debba patire da una premessa volontaristica. Ovvero solo tra i Medici ospedalieri che presentino una specifica domanda potrebbero essere individuati, secondo criteri da determinare, quelli che debbano ottemperare a tale funzione.

Effetto ancillare di questo provvedimento, cosa non è da poco, è lo svecchiamento della popolazione ospedaliera con un personale giovane e motivato, nell'ambito del quale è attuabile una più equa ed omogenea distribuzione delle funzioni, riducendo sicuramente il nonnismo di cui, talora, i nostri giovani si lamentano in ospedale, garantendo invece il merito ed i meccanismi premianti.

Gli anglosassoni direbbero: *Kill three birds with one stone* noi, in modo più ruspante: *Piglia tre piccioni con una fava* ... ammesso che ai piccioni piacciono le fave.

Bibliografia

1. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie generale n. 127 del 04/06/2015, pp. 1-3.
2. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie generale n. 127 del 04/06/2015. Allegato 1, pp. 4-34.

L'area critica di medicina interna: stato dell'arte nella Regione Puglia. Quali motivazioni? Per quali pazienti? Secondo quali normative?

Francesco Ventrella

SC Medicina interna, Ospedale "G. Tatarella", Cerignola, ASL FG, Italia

La Medicina interna: dall'impostazione tradizionale ai nuovi assetti organizzativi

La Medicina interna, specialità medica che negli ultimi decenni aveva visto erodere una quota sempre maggiore della propria competenza assistenziale da parte delle specializzazioni settoriali, recentemente è tornata al centro dell'interesse degli addetti ai lavori (professionisti e decisori politici) e degli stakeholder in campo sanitario. La rivalutazione critica dell'assetto organizzativo degli ospedali ha mostrato come l'eccessiva parcellizzazione delle discipline mediche ha comportato la perdita della visione unitaria del malato, come organismo unico e non semplice insieme di organi ed apparati da assistere separatamente, con conseguente difficoltà a governare la complessità dei pazienti, oggi sempre più poli-patologici.

Pertanto la Medicina interna è tornata al suo ruolo centrale nell'organizzazione degli ospedali: i processi di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche nella Regione Puglia, prevedono spesso la chiusura di alcune unità operative specialistiche ed il potenziamento di quelle di Medicina interna.

Questo nuovo scenario pone la Medicina interna di fronte all'importante sfida di un rinnovamento della sua tradizionale organizzazione e della sua *mission*, per rispondere in maniera appropriata agli attuali orientamenti di politica sanitaria, secondo i quali il setting assistenziale ospedaliero deve essere riservato ai pazienti acuti più gravi, non gestibili in

altri setting assistenziali. È esperienza diffusa che oggi negli ospedali si ricoverano, rispetto al passato, pazienti più gravi, con poli-patologie, bisognevoli di procedure diagnostiche e terapeutiche tecnologicamente più avanzate e con contestuale necessità di contenere la durata della degenza. Una quota significativa di questi pazienti gravi, ricoverata in Medicina interna, ha necessità di livelli assistenziali elevati, che non sono compatibili con la vecchia concezione della Medicina interna come specialità *di base*, ma richiedono un nuovo assetto organizzativo al passo con i tempi.

L'organizzazione ospedaliera tradizionale: netta separazione dei livelli assistenziali

In fase di ricovero la popolazione di pazienti è distinta solitamente in due categorie: i) pazienti che necessitano di assistenza intensiva; ii) pazienti portatori di malattie acute o croniche riacutizzate, senza necessità di assistenza intensiva.

La prima categoria è destinata alle Unità Operative di Rianimazione o Unità di Terapia Intensiva (UTI), la seconda ai reparti di diagnosi e cura per acuti.

In realtà oggi tale distinzione non è sempre così netta: ci sono pazienti, che, pur non richiedendo cure intensive in senso stretto, presentano bisogni assistenziali maggiori di quelli normalmente forniti in un reparto *tradizionale*. Questi pazienti, definibili *mediamente critici*, richiedono un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati, ma generalmente non necessitano di un monitoraggio invasivo.¹

Ebbene, negli ospedali tradizionali, tali pazienti possono avere una diversa destinazione in fase di ricovero.

A volte sono ricoverati nelle Rianimazioni, dove ricevono un eccesso di prestazioni e di monitoraggio, di cui non hanno effettivamente bisogno. In alcune realtà è stato rilevato che circa il 19% dei pazienti ricoverati in UTI presenta un basso rischio di mortalità (mediamente dello 0,3%) e solo il 28,6% riceve pre-

Corrispondente: Francesco Ventrella, SC Medicina interna, Ospedale "G. Tatarella", Cerignola, ASL FG, Italia.
E-mail: f.ventrella@tiscali.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright F. Ventrella, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:548-555

stazioni specifiche di terapia intensiva nel primo giorno di ricovero.² Tale soluzione si traduce in uno spreco di risorse.

La soluzione alternativa è quella di ricoverare i pazienti *mediamente critici* nei comuni reparti di degenza per acuti, dove però creano un effetto distortivo sulle attività del reparto, in quanto, essendo in condizioni più gravi, attraggono la gran parte delle risorse assistenziali, sottraendo di fatto assistenza agli altri pazienti, pur ricevendo un'assistenza inferiore alle loro necessità, con minore probabilità di sopravvivenza a breve termine, rispetto a quelli ricoverati in terapia intensiva.^{3,4} Infatti, i comuni reparti non sono sufficientemente attrezzati per la gestione di tali pazienti. Questi problemi si riscontrano frequentemente nei reparti di Medicina interna, a causa della disponibilità limitata di posti letto di Rianimazione, che sono riservati alle situazioni cliniche assolutamente più gravi.

Non appare, peraltro, attualmente proponibile una politica di aumento dei posti di Rianimazione. Questo non solo a causa degli alti costi, ma anche in considerazione di alcune segnalazioni della letteratura, che rilevano come un'augmentata disponibilità di ricovero in Rianimazione, con maggiore liberalizzazione dei criteri di ammissione (che divengono meno restrittivi e consentono di accogliere facilmente pazienti più anziani), pur riducendo la mortalità a breve termine, non si traduce in un miglioramento dell'outcome a medio-termine (sopravvivenza ad un anno), rendendo il rapporto costo/benefico sfavorevole.⁵

L'area critica di Medicina interna come evoluzione organizzativa flessibile

Di fronte a tali problematiche la soluzione più congrua in termini di costo/efficacia sta nella creazione negli ospedali di strutture o aree di assistenza di tipo "intermedio" o semintensivo, a cui destinare la quota di pazienti in condizioni critiche, ma non tanto gravi da necessitare di ricovero in rianimazione. Tali aree hanno ricevuto una differente denominazione nei diversi paesi, quale ad esempio *High Dependence Unit* (HDU), *High Care Unit* (HCU), *Transitional Care Unit* (TCU), *Intermediate Care Unit* (IMCU), e, in Italia, Area critica o UO di Terapia semintensiva.

La disponibilità di tali strutture rende molto meno ardua la problematica di quale debba essere la soglia di criteri più opportuna per individuare i pazienti da ricoverare in rianimazione, perché l'alternativa a quest'ultima non è più lo standard assistenziale del comune reparto di degenza, ma quello più elevato dell'area semintensiva.⁵

Ciò consente di affrontare più facilmente la ricerca del migliore equilibrio tra utilizzo ragionevole

delle risorse e offerta di cure di appropriata intensità, al fine di ottenere un beneficio complessivo per la società.⁶

Nel nostro paese una delle prime regioni in cui la creazione di tali unità assistenziali intermedie ha trovato realizzazione è stata la Toscana, dove diversi anni fa è stata avviata una delle prime sperimentazioni dell'ospedale organizzato per livelli di intensità di cure.⁷

Tuttavia l'organizzazione per livelli di intensità di cure, se applicata alla strutturazione complessiva dell'intero ospedale, può creare svariati problemi, difficoltà e rischi:⁸ perdita di identità e conflittualità tra le diverse UO, incertezza sulle responsabilità di chi ha in carico il paziente, non chiarezza di ruolo tra i diversi specialisti e le diverse figure professionali che si muovono in maniera più autonoma, compromissione della comunicazione fra medici e infermieri, possibile perdita di continuità assistenziale, ecc., con conseguenti rischi per i pazienti, per il personale, per l'organizzazione e per il modello stesso.

Se invece l'organizzazione per livelli di intensità di cure viene applicata all'interno dell'Unità Operativa o Dipartimento di Medicina interna, con la creazione dell'*Area critica di Medicina interna*, molti dei suddetti problemi vengono superati, grazie all'unicità della direzione ed alla completa integrazione del personale, e prevalgono i seguenti effetti vantaggiosi:⁸ i) flessibilità nella selezione dei pazienti e nei tempi di gestione, con migliore rapporto costo-efficacia rispetto alla rianimazione e con minore esposizione alle complicanze tipiche del ricovero in quest'ultima; ii) maggiori possibilità di trasferimento dalle rianimazioni all'area critica di pazienti ancora in fase di svezzamento; iii) maggiore accettazione da parte del paziente di un setting assistenziale meno aggressivo, meno rigido e più aperto; iv) garanzia di un alto setting assistenziale pur con meno infermieri rispetto alle rianimazioni (in area infermieri/pazienti è solitamente di 1:4).

A ciò si aggiunge l'importante vantaggio del risparmio economico che la gestione di tali casi in area critica consente rispetto al ricovero in terapia intensiva (riduzione dei costi del 75%), pur con sovrapposibilità degli outcomes nei pazienti critici per patologie croniche riacutizzate, specie se anziani.^{9,10}

Ad ulteriore conferma dei vantaggi conseguibili con l'attivazione delle aree critiche, un recente studio multicentrico europeo¹¹ ha dimostrato che negli ospedali in cui è presente una UO di terapia semintensiva la mortalità ospedaliera dei pazienti ricoverati in terapia intensiva (valutata fino alla dimissione dall'ospedale) è più bassa rispetto agli ospedali privi di UO di terapia semintensiva. Questo dato trova verosimile spiegazione nel fatto che, sotto la pressione della necessità di liberare posti letto di rianimazione, spesso

i pazienti vengono precocemente trasferiti dalle terapie intensive ai comuni reparti: una quota di questi pazienti muore in ospedale per l'effetto combinato di una residua grave disfunzione d'organo e della scarsa capacità dei comuni reparti di gestire in modo appropriato le loro esigenze assistenziali. L'area critica può risolvere efficacemente tale problematica.

Quali pazienti per l'area critica di Medicina interna?

Affinché le aree critiche di Medicina interna possano espletare al meglio il loro ruolo, particolare importanza ha la corretta individuazione dei pazienti critici da destinare a tali strutture. Innanzitutto va precisato che per paziente critico si intende un soggetto, in cui sia compromessa una o più delle funzioni vitali: circolo, respiro, coscienza/sistema neurologico, ma anche un soggetto in cui siano presenti alterazioni respiratorie, metaboliche, circolatorie o neurologiche potenzialmente evolutive. Tale definizione può risultare piuttosto generica. Per entrare nel concreto, le patologie più frequenti per l'Area critica di Medicina interna, sono: i) insufficienza respiratoria acuta o cronica-riacutizzata; ii) urgenze metaboliche (chetoacidosi diabetica, sindrome iperglicemica iperosmolare, gravi turbe idro-elettrolitiche, encefalopatia epatica grave, ecc.); iii) ictus cerebrale grave; iv) insufficienza cardiaca grave; v) sepsi ed eventualmente shock settico.

Oltre all'individuazione qualitativa delle patologie, è fondamentale ricorrere anche ad un sistema di precoce quantificazione oggettiva del livello di compromissione delle funzioni vitali. A tal fine particolarmente utili si sono dimostrati alcuni score prognostici, in grado di valutare nei pazienti di competenza internistica, in maniera semplice ed immediata, la gravità complessiva del quadro clinico ed il rischio di peggioramento. Tra questi ricordiamo soprattutto il *modified early warning score* (MEWS)¹² ed il *national early warning score* (NEWS).^{13,14} Si tratta di due sistemi di *early warning score* (EWS), selezionati tra i 33 EWS reperibili in letteratura,¹⁵ maggiormente idonei a valutare precocemente, già nel dipartimento di emergenza, la gravità del quadro clinico (ed i conseguenti rischio di morte e durata della degenza) al di fuori delle UTI.

Il MEWS, nella versione validata da Subbe e coll.12, prevede 5 parametri, a ciascuno dei quali va attribuito un punteggio numerico da zero a tre sulla base del valore riscontrato:

- i) Pressione arteriosa sistolica (in mmHg):
 - <70 = 3 p.
 - 71-80 = 2 p.
 - 81-100 = 1 p.
 - 101-199 = 0 p.

- >200 = 2 p.

ii) Frequenza cardiaca (battiti/min):

- <40 = 2
- 41-50 = 1
- 51-100 = 0
- 101-110 = 1
- 111-129 = 2
- >130 = 3

iii) Frequenza respiratoria (atti/min):

- <9 = 2
- 9-14 = 0
- 15-20 = 1
- 21-29 = 2
- >30 = 3

iv) Temperatura corporea (°C):

- <35 = 2
- 35-38,4 = 0
- >38,5 = 2

v) Stato di coscienza (score AVPU):

- A (*alert*) paziente sveglio = 0
- V (*voice*) risponde ai richiami vocali = 1
- P (*pain*) risponde solo agli stimoli dolorosi = 2
- U (*unresponsive*) non risponde ad alcuno stimolo = 3

I pazienti con punteggio da 0 a 2 vanno considerati stabili, quelli con punteggio da 3 a 4 instabili, quelli con punteggio >5 critici (massimo punteggio totalizzabile = 14).

In Tabella 1 è riprodotto il NEWS, così come standardizzato nel più recente aggiornamento (2012) del *Royal College of Physician* britannico,¹³ adottato anche in Italia nel Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - sezione Regione Toscana.¹⁴

Quest'ultimo si differenzia dal MEWS di Subbe, perché contempla specificamente la determinazione della saturimetria, valutando il peso dell'ipossiemia e della conseguente necessità di ossigenoterapia. Inoltre prevede la definizione del rischio con un doppio criterio: i) in base alla somma dei punteggi dei singoli parametri (da 0 a 4 basso rischio, da 5 a 6 medio rischio, da 7 in su alto rischio); ii) in base alla presenza di segni di allarme rosso (se anche un solo parametro dello score raggiunge un punteggio di 3, il paziente è almeno a rischio medio, anche se il punteggio complessivo è <5).

Meno utilizzati in ambito internistico sono, invece, altri score più idonei alla valutazione dei pazienti ricoverati in UTI, come l'APACHE II.¹⁶

È stato dimostrato che circa il 12% dei pazienti ricoverati in Medicina interna presenta un MEWS all'ammissione tra 4 e 6,¹⁷ e quindi ha necessità di un setting assistenziale più elevato di quello garantito dai comuni reparti di Medicina interna: per questo va gestito in apposita area critica di terapia semintensiva.

L'American College of Critical Care Medicine della Society of Critical Care Medicine ha emanato apposite linee guida,¹⁸ che definiscono analiticamente i criteri di ammissione e di dimissione di pazienti adulti nelle Unità di terapia semintensiva, che sinteticamente possono essere ricondotti ai seguenti.

Criteri di ammissione

- Insufficienza acuta o riacutizzata di un organo con funzione respiratoria autonoma (da non intubare).
- Pazienti che necessitano di monitoraggio (di base, respiratorio, neurologico, renale, metabolico).
- Pazienti post intensivi non ancora assistibili in degenza ordinaria (step-down dalle rianimazioni).

Criteri di dimissione

- Pazienti stabilizzati che non richiedono più supporto attivo d'organo.
- Pazienti che non richiedono più uno stretto monitoraggio.
- Pazienti che richiedono un aumento del livello di intensità di cure (step-up verso le rianimazioni).

L'attuale assetto normativo di riferimento in Regione Puglia

In Italia, per quanto a noi noto, non vi sono specifiche normative nazionali volte a favorire la realiz-

zazione delle aree critiche di medicina interna negli ospedali, per cui alcune regioni hanno provveduto in proprio. Per quanto riguarda la Regione Puglia, il primo significativo intervento in materia lo ritroviamo nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 (Legge Regionale n. 23 del 19/9/2008, pubblicata sul BUR n. 150 del 26/9/2008),¹⁹ che, nel capitolo dedicato all'Assistenza al paziente critico (pag. 16887-9), riporta testualmente: *Allo stato attuale l'assistenza ospedaliera per acuti in Puglia prevede sostanzialmente due tipologie di ricoveri: ricovero in terapia intensiva e ricovero in unità operativa per acuti ... spesso non garantisce l'assistenza appropriata ai pazienti acuti-critici, non esistendo un livello assistenziale intermedio fra quello delle terapie intensive e le unità operative di diagnosi e cura. L'ovvia conseguenza è che le terapie intensive sono spesso intasate da pazienti che potrebbero essere curati in altro ambiente assistenziale e le unità operative di diagnosi e cura assistono pazienti critici nello stesso ambiente e con le medesime risorse dedicate agli altri.*

Tra le soluzioni proposte per rimediare a tale situazione, la suddetta legge prevede l'area critica di medicina interna (dipartimento area medica), senza tuttavia aggiungere ulteriori indicazioni operative.

In applicazione del suddetto Piano regionale di salute, sono stati redatti i Piani Attuativi Locali (PAL) da parte delle Aziende Sanitarie Locali della regione. Il PAL dell'ASL FG della provincia di Foggia²⁰ ha espressamente recepito le indicazioni della Legge Regionale 23/2008 sull'area critica di Medicina interna, prevedendo, tra gli obiettivi ed azioni positive del PAL

Tabella 1. Il national early warning score (NEWS) proposto dal Royal College of Physicians (2012),¹³ adottato in Italia nel Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) presso l'Istituto Superiore di Sanità - sezione Toscana.¹⁴ Punteggio massimo raggiungibile=20.

PHYSIOLOGICAL PARAMETERS	National Early Warning Score (NEWS)*							The National Early Warning Score (NEWS) thresholds and triggers	
	3	2	1	0	1	2	3	NEW scores	Clinical risk
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25	0 Aggregate 1 - 4	Low
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96				RED score* (Individual parameter scoring 3) Aggregate 5 - 6	Medium
Any Supplemental Oxygen		Yes		No				Aggregate 7 or more	High
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1			
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220		
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131		
Level of Consciousness				A			V, P, or U		

Riprodotta da: Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012 (no copyright restriction).

l'attivazione dell'Area Critica di Medicina Interna, attraverso la realizzazione, nell'ambito delle strutture complesse di Medicina Interna, di apposite articolazioni con posti letto, dedicati, di terapia semi-intensiva di area medica internistica.

Più recentemente l'Ares Puglia con delibera n. 53 del 17/4/2013, avente per oggetto *Istituzione del Tavolo Tecnico Medicina Interna*,²¹ ha previsto, tra le finalità del tavolo tecnico stesso, *l'elaborazione di proposte e raccomandazioni in merito allo sviluppo di nuovi modelli assistenziali in Medicina Interna, quali l'organizzazione per intensità di cure (area critica, degenza per acuti, degenza post-acuzie).*

Accanto alle su citate disposizioni normative regionali, vi sono stati alcuni interventi propositivi da parte delle sezioni regionali pugliesi delle Società scientifiche di Medicina interna FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) e SIMI (Società Italiana di Medicina Interna), che hanno predisposto e presentato all'assessorato regionale alla sanità un *Progetto di riqualificazione delle rete pugliese della Medicina Interna per intensità di cure*,²² che recita:

La riqualificazione delle Strutture Complesse di Medicina Interna su tre livelli di intensità di cure prevede l'integrazione di tre aree:

- A) Area di degenza ordinaria per acuti: 20 PL di degenza ordinaria per acuti integrata nella rete ospedaliera;*
- B) Area critica di terapia sub intensiva: 4 PL di Area critica di terapia sub-intensiva integrata nella rete dell'emergenza-urgenza;*
- C) Area della Lungodegenza post-acuzie (LDPA): 12 PL integrata con la rete dei servizi sanitari territoriali.*

Infine, il documento che maggiormente ha delineato lo standard organizzativo dell'Area critica di Medicina interna in Regione Puglia è stato redatto dal *Gruppo di Lavoro sull'Area critica di Medicina interna* del su citato Tavolo Tecnico regionale Medicina interna,²³ del quale l'autore del presente articolo è stato uno dei componenti. In tale documento l'Area critica di Medicina Interna viene dettagliatamente delineata nella sua dotazione strutturale, strumentale e di personale, nonché nella sua *mission*.

Nella Tabella 2 sono riportati gli stralci essenziali del documento.

Più recentemente, con le Delibere di giunta regionale n. 427 del 11/03/2015²⁴ e n. 1048 del 19/5/2015,²⁵ è stato approvato il *Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016*. Tale regolamento, al comma 11 dell'art. 2, recita: *All'interno delle UO complesse di*

Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche compatibili con le discipline di base, la cui responsabilità deve essere affidata a personale medico in possesso dei requisiti specifici, incardinato nell'organico. Inoltre negli ospedali di base e di I livello devono essere attivati posti letto per pazienti critici (area critica) a disposizione delle unità operative afferenti al dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.

Tale disposizione regolamentare tende a connotare l'UO di Medicina interna quale struttura complessa con modello organizzativo pressoché dipartimentale, riportando nel suo alveo anche attività specialistiche settoriali, che, se pur affidate a personale medico in possesso dei requisiti specifici incardinato nell'organico, vengono comunque ricondotte all'interno della visione unitaria della Medicina interna e sotto la gestione unificante del direttore della Struttura complessa di Medicina interna. Inoltre, per quanto riguarda specificamente l'argomento della presente trattazione, il dettato del su citato comma individua come obbligatoria l'attivazione di posti letto di area critica all'interno delle UO di Medicina interna, lì dove la precedente normativa ne prevedeva solo la possibilità.

Naturalmente il percorso per creare l'area critica di Medicina interna non può essere improvvisato e non è facile. La creazione di un'Area critica di Medicina interna non è semplicemente l'implementazione delle attrezzature elettromedicali disponibili in reparto. È necessario creare un bagaglio di conoscenze e di abilità (*skills*) ed una mentalità nella gestione delle emergenze, che finora non sono state patrimonio di tutti gli internisti. È quindi indispensabile programmare un percorso formativo per tutti gli operatori, medici ed infermieri, sia dal punto di vista sia teorico (comunque indispensabile) che, soprattutto, pratico. Selezionare, poi, gli operatori più motivati e, dopo apposito training, far sì che possano fungere da traino e tutoraggio per gli altri. Bisogna confrontarsi ripetutamente con altre realtà, che hanno già avviato tale percorso, ed avere stretti rapporti di collaborazione con i rianimatori del proprio ospedale, con i quali è opportuno scambiarsi reciproche esperienze. Infine è assolutamente necessario avere oggettiva coscienza delle proprie capacità, ma, soprattutto, dei propri limiti, non rischiando l'imprudenza e avendo ben chiaro fin dove l'internista può e deve spingersi e quando, invece, è opportuno passare la mano al rianimatore.

Lungo questo percorso sicuramente si incontreranno resistenze da parte di alcuni, scetticismo da parte di altri, ma bisogna saper gestire le resistenze e non lasciarsi scoraggiare dallo scetticismo. Per questo è utile porsi inizialmente obiettivi di minima, ini-

ziare ad usare nella corsia del reparto prima la CPAP nell'edema polmonare, poi un ventilatore di tipo domiciliare nei casi meno gravi di acidosi respiratoria da BPCO riacutizzata (pH tra 7,35 e 7,30); cominciare a familiarizzare con un monitoraggio più semplice (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, tracciato ECG, saturazione di ossigeno). Tutto questo servirà non solo a dare fiducia agli operatori, ma anche a rendere più credibili le nostre proposte nei confronti dell'amministrazione delle aziende sanitarie/ospedaliere, le quali, se c'è già la dimostrazione

di un percorso professionale avviato e dei primi risultati conseguiti, più facilmente potranno essere disponibili ad investire risorse. E con tali risorse e con le maggiori competenze professionali nel frattempo acquisite, potranno arrivare i monitor multi-parametrici più avanzati collegati alla centralina di monitoraggio, i ventilatori polmonari da terapia intensiva, i letti elettrici polifunzionali, le modifiche strutturali, ecc. Ed infine si avranno più chance per ottenere un incremento della dotazione organica, soprattutto del personale infermieristico.

Tabella 2. Dotazioni minime per l'Area critica di Medicina interna (estratto da ²³).

- 4 posti letto monitorati di terapia semi-intensiva, organizzata in un'unica stanza di degenza da 4 letti oppure in due stanze da 2 letti, preferibilmente attigue ed in comunicazione fra loro, per l'ottimizzazione della presenza del personale infermieristico di assistenza
- Nella stanza di degenza deve essere disponibile un sistema di tende per garantire la privacy, potendo la stessa stanza accogliere pazienti di sesso diverso

Dotazione strumentale per ogni posto letto

- Un monitor multiparametrico
- Un ventilatore polmonare, preferibilmente presso-volumetrico da terapia semintensiva/intensiva, per ventilazione NON invasiva (NIV) con le più comuni modalità ventilatorie
- Una presa di O₂ ad alta pressione ed alto flusso (impianto centralizzato) (doppia presa se vengono assistiti anche pazienti tracheostomizzati)
- Una presa per il vuoto con collegato aspiratore
- Preferibilmente una presa per l'aria compressa
- Da 6 a 10 prese elettriche (compatibili con prese shuko)
- Una pompa infusoriale volumetrica (preferibilmente con doppia linea infusoriale)
- Una pompa a siringa
- Presidi antidecubito

Per ciascuna area critica va messo a disposizione

- Carrello per emergenza, elettrocardiografo, defibrillatore, emogasometro
- Almeno 2 pompe per alimentazione enterale
- 3 CPAP *stand-alone* (a disposizione di tutta l'UO di Medicina interna)
- Un deposito dedicato con armadi e scaffali per materiale vario
- Protocolli e check list nei diversi settori dell'area critica (ventilazione, protocolli di infusione, ecc.)
- Un ecografo color-doppler multidisciplinare trasportabile con 3 sonde, convex, lineare e cardiologica
- Un ventilatore polmonare di riserva

Dotazione di personale

Rapporto infermiere/paziente (in ogni turno lavorativo) 1:4 (almeno 5 unità dedicate in totale).

Presenza medica: ottimale la guardia attiva di unità operativa H24; come alternativa, può essere prevista una guardia interdivisionale notturna e festiva, a cui partecipano medici appartenenti a discipline affini nel settore dell'assistenza critica (altra medicina interna, pneumologia, geriatria), integrata dalla pronta disponibilità da parte di un medico di ciascuna disciplina (ad esclusione di quella a cui appartiene di volta in volta il medico in servizio di guardia).

Pertanto, alla presenza dell'Area Critica, deve corrispondere un incremento della dotazione organica della SC di Medicina interna (o di Geriatria) delle seguenti unità di personale (rispetto alla SC priva di Area critica):

- 5 infermieri
- 1 dirigente medico
- 1 ausiliario specializzato/OSS

Dettagli ulteriori

La presenza dell'Area critica di Medicina Interna va espressamente indicata nell'atto aziendale.

La S.C. di Medicina Interna con Area Critica si integra nell'Area di Emergenza-Urgenza dell'ospedale.

Il presidio ospedaliero nel quale attivare l'Area Critica di Medicina interna, di norma, deve essere dotato di un reparto di Rianimazione, in maniera da poter assicurare con la massima tempestività, l'intubazione oro-tracheale e la ventilazione meccanica invasiva nei pazienti che non rispondono alla ventilazione non invasiva e/o che presentino controindicazioni all'avvio o alla prosecuzione della NIV.

Conclusioni

In sintesi possiamo ritenere che, in un periodo, qual è quello attuale, di riassetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale e dei diversi Servizi Sanitari Regionali, vi sia l'occasione propizia per realizzare una riorganizzazione e valorizzazione delle Unità Operative di Medicina interna, attraverso la creazione al loro interno di un'Area critica di terapia semintensiva, che le renda in grado di svolgere un ruolo essenziale nella gestione delle criticità cliniche. Infatti l'organizzazione sanitaria sta andando verso uno scenario che vede l'ampliamento delle competenze delle strutture sanitarie territoriali e la riduzione di quelle dell'ospedale (vedi ad esempio lo spostamento di 108 DRG ad alto rischio di inappropriata dal regime di ricovero a quello ambulatoriale con i *day service*).²⁶ Le criticità cliniche rimarranno in ogni caso esclusiva competenza dell'ospedale, che, quindi, dovrà attrezzarsi e riorganizzarsi per poterle gestire al meglio.

Nella Regione Puglia ci sono già alcuni esempi di attuazione di quanto sopra discusso: i) un'area critica di terapia semintensiva geriatrica è già attiva da qualche anno nella S.C. di Geriatria dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo; ii) un'area critica di Medicina interna con 4 posti letto di terapia semintensiva è stata istituita, con delibera del Direttore Generale dell'ASL FG n. 1202/13,²⁷ nella S.C. di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero "G. Tatarella" di Cerignola; iii) in alcuni altri ospedali l'iter per giungere all'area critica di Medicina interna è in fase di avvio o di implementazione.

Bibliografia

- Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1998;26:607-10.
- Rosenthal GE, Sirio CA, Shepardson LB, et al. Use of Intensive Care Units for Patients With Low Severity of Illness. Arch Intern Med 1998;158:1144-51.
- Simchen E, Sprung CL, Galai N, et al. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care units under paucity of intensive care unit beds. Crit Care Med 2004;32:1654-61.
- Simchen E, Sprung CL, Galai N, et al. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care. Crit Care Med 2007;35:449-57.
- Fuchs L, Novack V, McLennan S, et al. Trends in Severity of Illness on ICU Admission and Mortality among the Elderly. PLoS One 2014;9:e93234.
- Wunsch H. Is there a starling curve for intensive care? Chest 2012;141:1393-9.
- Alessandri M, Bartolomei C, Bernardini M, et al. Medicina interna e nuova organizzazione ospedaliera: la proposta della FADOI Toscana. Ital J Med 2007;1:65-9.
- Nardi R, Arienti V, Nozzoli C, Mazzone A. Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. Ital J Med 2012;6:1-13.
- Rudy EB, Daly BJ, Douglas S, et al. Patient outcomes for the chronically critically ill: special care unit versus intensive care unit. Nurs Res 1995;44:324-31.
- Ip SP, Leung YF, Ip CY, Mak WP. Outcomes of critically ill elderly patients: is high-dependency care for geriatric patients worthwhile? Crit Care Med 1999;27:2351-7.
- Capuzzo M, Volta CA, Tassinati T, et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. Critical Care 2014;18:551.
- Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM 2001;94:521-6.
- Royal College of Physician. National Early Warning Score (NEWS). Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS; 2012. Available from: www.rcplondon.ac.uk/national-early-warning-score
- Sistema Nazionale Linee Guida SNLG - Regione Toscana. National Early Warning Score (NEWS), Misurazione standardizzata della gravità della malattia, Tradotto ed adattato dalla linee guida originale della Royal College of Physician da Berni G, Francois C e Tonelli L; 2014. Scaricabile da: www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/linee-guida
- Smith GB, Prytherch DR, Schmidt PE, Featherstone PI. Review and performance evaluation of aggregate weighted 'track and trigger' systems. Resuscitation 2008;77: 170-9.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985;13:818-29.
- Bartolomei C, Cei M. L'allocatione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Ital J Med 2007;2:31-9.
- Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1998;26:607-10.
- Regione Puglia. Legge Regionale 19 settembre 2008, n. 23 - "Piano regionale di salute 2008 - 2010". Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.150 del 26-09-2008, pp. 16783-16996.
- Delibera Direttore Generale dell'ASL FG n. 1529 del 7/7/2009 "Approvazione proposta di P.A.L. dell'ASL FG in attuazione del Piano regionale della salute 2008-2010".
- Deliberazione del Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale ARES Puglia n. 53/2013 del 17/4/2013 "Istituzione Tavolo Tecnico Medicina interna".
- FADOI-SIMI. Progetto di riqualificazione delle rete pugliese della Medicina Interna per intensità di cure, 2012. (Copia del documento è richiedibile all'indirizzo email f.ventrella@tiscali.it)
- Gruppo di lavoro sull'AREA CRITICA DI MEDICINA

- INTERNA del TAVOLO TECNICO MEDICINA INTERNA (ex delibera Ares Puglia n. 53 del 17/4/2013). Documento su: Indicazioni operative regionali per l'istituzione ed attivazione dell'AREA CRITICA DI MEDICINA INTERNA, redatto a Bisceglie nella riunione del 23/9/2013 ed approvato all'unanimità da Tavolo tecnico Medicina interna a Bari nella riunione del 20/10/2014. (Copia del documento è richiedibile all'indirizzo email f.ventrella@tiscali.it)
24. Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 427 del 11/3/2015: Criteri di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016.
 25. Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 1048 del 19/5/2015: Revoca deliberazione della Giunta regionale n. 930 del 06/05/2015. Adozione definitiva Regolamento "Criteri di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016".
 26. Delibera Giunta Regionale Puglia n. 1202 del 18/6/14: Modifica e integrazione day service (DD.GG. n. 433/2011 e 2863/2011) e modifica Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR n. 951/2013 e s.m.i.). BUR Puglia n. 94 del 16/7/14.
 27. Delibera Direttore Generale ASL FG n. 1202/13 del 31/7/2013 – "Autorizzazione all'istituzione presso la S.C. di Medicina Interna del P.O. di Cerignola di Area Critica di Medicina Interna, con 4 posti letto monitorati di terapia semi-intensiva".

Il medico tutor nell'ospedale per intensità di cura

Massimo Alessandri

U.O. Medicina Interna, Area Funzionale Medica, Ospedale Sant'Andrea, Massa Marittima, Azienda U.S.L. Toscana sud-est, Italia

Introduzione

L'introduzione di nuovi modelli di organizzazione ospedaliera ha portato, negli anni, ad una profonda riconsiderazione della modalità con cui il medico ospedaliero si è trovato a prendere in carico il paziente ricoverato. Il vecchio modello della visita congiunta tra equipe medica ed equipe infermieristica è stato oggetto di una rivoluzione copernicana ed oggi, nella maggior parte dei nosocomi dove vige un'assistenza *per intensità di cura*, il *giro visita* è in via di estinzione, lasciando il posto ad una visita integrata che ancora stenta a connotarsi, basata sul rapporto tra il *medico tutor* e l'*infermiere di riferimento*, figure entrambe con una forte vocazione alla centralità nella presa in carico del paziente.

Nuovi modelli di organizzazione ospedaliera tra esigenza di miglioramento e crisi economica

Nel 1958 Jack C. Haldeman, chirurgo generale e direttore della *Medical and Hospital Facilities Division* del *Public Health Service* americano, in una relazione tenuta in un convegno di Chirurgia, sottolineò che, nel panorama della sanità americana, emergevano con forza due questioni tra loro in palese contraddizione. Da una parte la pubblica opinione e gli operatori sanitari domandavano e si aspettavano un'offerta di servizi ospedalieri sempre più ampia e di qualità crescente, dall'altra si consolidava sempre più la preoccupazione, da parte degli amministratori, per il

continuo lievitare dei costi legati all'assistenza ospedaliera. In questo contesto Haldeman, nel tentativo di dare una risposta ad entrambe le esigenze, propose che l'assistenza ospedaliera si riorganizzasse attorno ai bisogni del paziente. In particolare, per raggiungere più facilmente questo obiettivo, i pazienti avrebbero dovuto essere ricoverati in aree di degenza connotate non tanto per la patologia che vi veniva trattata, ma per il livello di assistenza che vi era erogato. Haldeman definì questo nuovo modello organizzativo *progressive patient care*,¹ definizione poi ripresa da un documento del *Public Health Service* americano nel 1962.²

Nei primi anni '60, soprattutto nei paesi anglosassoni, ci si iniziava a rendere conto che il progredire tumultuoso delle conoscenze mediche e lo sviluppo di nuove tecnologie ad esse correlate avevano determinato l'affermarsi di discipline a carattere specialistico che si andavano sempre più separando ed autonomizzando dalle discipline madri della Medicina Interna e della Chirurgia Generale. Questa tendenza, fondata sulla valorizzazione della linea specialistica, era stata considerata necessaria per dare risposta agli allora dominanti bisogni di strutturazione e di trasmissione delle conoscenze che si andavano accumulando in modo esponenziale. Si era affermata così una tipologia di ospedale caratterizzata dalla proliferazione di piccoli reparti specialistici, connotati da forte separatezza. Tale modello organizzativo non favoriva la comunicazione tra clinici che si occupavano di problemi affini, né tantomeno garantiva la necessaria flessibilità nell'uso dei posti letto.

Partendo da tali osservazioni, in Inghilterra, nel 1967, fu prodotto un documento, divenuto noto poi come *Cogwheel Report* a causa della presenza, sulla sua copertina, dell'immagine di un ingranaggio a ruote dentate, nel quale si proponeva che i reparti affini per disciplina fossero accorpati in strutture dipartimentali tra i cui compiti si individuavano, in particolare, la costante revisione dell'attività clinica svolta e la razionalizzazione dell'uso delle risorse umane e tecnologiche.³

Il modello dipartimentale, anche a causa dei gravi problemi di natura finanziaria che si stavano addensando sui paesi dell'Occidente, trovò, negli anni a venire, un terreno fertile per il suo attecchimento. In America, nel 1973, sotto la forte pressione del conte-

Corrispondente: Massimo Alessandri, U.O. Medicina Interna, Area Funzionale Medica, Ospedale Sant'Andrea, Massa Marittima, Azienda U.S.L. Toscana sud-est, Italia.
E-mail: massimo2.alessandri@uslsudest.toscana.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright M. Alessandri, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:556-562

nimento della spesa sanitaria indotta dalla crisi petrolifera, il *John Hopkins Hospital* decise di darsi un nuovo assetto organizzativo fondato su dipartimenti con responsabilità gestionale ed affidamento di specifico budget.⁴ Ancora nel 1985 il *Guy's Hospital* di Londra, trovatosi in gravi difficoltà finanziarie, sperimentò la cosiddetta *resource management initiative* che consisteva nella istituzione di dipartimenti gestionali a cui si assegnava uno specifico budget.⁵

I riferimenti normativi in Italia

In Italia è stato l'articolo 10 del DPR 128/1969, superamento della legge Petragliani del 1938 che, per la prima volta, aveva dettato norme generali per l'ordinamento degli Ospedali, a prevedere che le amministrazioni ospedaliere potessero realizzare strutture organizzative di tipo dipartimentale, allo scopo di coniugare al meglio l'efficacia delle attività, l'efficienza operativa e l'economia di gestione di strutture professionali diverse tra loro, ma finalizzate verso medesimi obiettivi.⁶

Nel 1996 l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali propose delle linee-guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere. Il dipartimento così concepito, costituito da unità operative omogenee con comuni finalità e tra loro interdipendenti, pur mantenendo autonomia e responsabilità professionali, avrebbe dovuto fornire risposte unitarie, tempestive e razionali rispetto ai compiti assegnati, adottando, a tal fine, regole condivise di metodologia assistenziale, di sviluppo della ricerca e di gestione economica.

Il DLgs 229/1999, successivamente, aveva fornito le coordinate del modello dipartimentale, definendone gli obiettivi organizzativi e clinici. In questo decreto si riaffermava che il dipartimento nasceva come aggregazione di strutture complesse e semplici, ritenute omogenee secondo criteri che potevano variare (per organo o apparato, per livello di cura, per classi di età, per area funzionale), che il direttore era nominato dal direttore generale dell'azienda sanitaria, tra i direttori di struttura complessa, che le risorse assegnate al dipartimento erano negoziate col direttore generale nell'ambito della programmazione aziendale. Gli obiettivi del dipartimento, si sottolineava, dovevano essere il raggiungimento il più possibile ottimale del coordinamento delle attività svolte e la promozione della qualità dell'assistenza.

In questo quadro di riferimento la Regione Toscana si distinse per l'emanazione di una legge, la 40/2005, che si poneva il compito di riordinare il Servizio Sanitario Regionale. Le aziende sanitarie erano così chiamate a riorganizzare i propri presidi ospedalieri sulla base di alcuni principi cardine. Nell'articolo 68 di questa legge si affermava che i servizi ospedalieri dovessero essere erogati nell'ambito di settori

omogenei di tipo dipartimentale (dipartimenti o aree funzionali), che le modalità assistenziali dovessero avvenire in aree differenziate, sulla base del livello di intensità di cura erogata, che le articolazioni organizzative, rappresentate dai vecchi reparti distinti per disciplina specialistica, dovessero essere definitivamente superate e sostituite da moduli di degenza, definiti *setting*, gestiti da equipe infermieristiche, all'interno dei quali potevano operare più unità professionali mediche, omogenee per disciplina.

Il dibattito nelle Società Scientifiche

Anche le società scientifiche, la FADOI tra le prime, cominciarono ad entrare attivamente nel dibattito in corso sui nuovi modelli di organizzazione ospedaliera. Nel 2007, sull'*Italian Journal of Medicine*, organo ufficiale della FADOI, nella sezione *management*, fu pubblicato un articolo, da parte della FADOI Toscana, che provava a definire quale ruolo avrebbe dovuto avere la Medicina Interna nell'ambito del nuovo modello di assistenza ospedaliera che si andava delineando.⁷ Le due pietre angolari della proposta erano rappresentate dal modello dipartimentale e dall'ospedale per intensità di cura. Questo tema fu ripreso, l'anno successivo, da ben 19 società scientifiche toscane che, su *Toscana Medica*, mensile dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze, pubblicarono un documento sull'ospedale per intensità di cura. I principi ispiratori di questa carta erano la condivisione degli obiettivi della evoluzione del sistema ospedaliero, il coinvolgimento dei professionisti nelle scelte e nella valutazione degli esiti, la sperimentazione del modello contestualizzata dal basso.⁸

Nel 2007 il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa redasse un documento di grande rilievo, noto come le *Trenta tesi sull'Ospedale per intensità di cura*. Al punto 3 del documento si cercava di definire il significato di livello di cura. Si distingueva un *livello di cura richiesto*, derivato da una valutazione di instabilità clinica e di complessità assistenziale (medica e infermieristica), da un *livello di cura assegnato* definito invece dalla tecnologia disponibile, dalle competenze presenti e dal tipo, dalla quantità e dalla qualità del personale disponibile. Alla fine di questo percorso scaturivano 3 livelli di cura: da assegnare alle degenze: il livello 1, comprendente la terapia intensiva e sub-intensiva, il livello 2, articolato per area funzionale omogenea (medica, chirurgica o altro ancora), comprendente il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve, il livello 3, dedicato alla cura delle post-acuzie.

Nel 2012 anche la FADOI Emilia Romagna ha prodotto un documento a favore dell'organizzazione per intensità di cura.⁹ In particolare vi si sottolineava la necessità di una flessibilità del modello, in conside-

razione delle diverse caratteristiche delle strutture in cui può essere applicato, ed il ruolo che il medico internista può svolgervi, in virtù delle sue specifiche competenze, utili soprattutto nel coordinare le varie figure professionali che vi afferiscono.

Sempre nel 2012, in un articolo apparso sull'*Italian Journal of Medicine*, alcuni internisti, pur ribadendo la validità del modello per intensità di cure, evidenziavano alcune criticità, tra le quali il sovraffollamento delle aree di degenza, che ne avrebbero potuto inficiare il funzionamento.¹⁰

Nel 2014, infine, un gruppo di internisti della FADOI Toscana, in un articolo apparso su *Toscana Medica*, segnalava un rallentamento nel processo di adeguamento degli ospedali toscani al modello per intensità di cura e cercava di individuare, al contempo, una serie di punti suscettibili di implementazione ai fini della completa attuabilità del modello stesso. Non a caso, al primo di questi punti, veniva posta la figura del medico tutor.¹¹

Il medico tutor e l'infermiere di riferimento

Già nelle 30 tesi del MeS ci si poneva il problema di come la nuova organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiedesse un ripensamento riguardo alle modalità della presa in carico del paziente ricoverato. Si discuteva sulla necessità di passare dal principio di *hosting* a quello di *case management*, dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato. Questa rivoluzione copernicana nelle modalità dell'assistenza portava ad introdurre sistemi di lavoro multidisciplinari e a creare e a sviluppare ruoli professionali coerenti con il nuovo modello.

A livello dell'interfaccia diretta con il paziente emergevano così sempre di più due nuove figure capaci di realizzare una sua effettiva presa in carico: il medico tutor e l'infermiere di riferimento. Secondo le Tesi del MeS il medico tutor, che è un medico della U.O. alla quale, per competenza specialistica, viene assegnato il paziente, è scelto dal direttore della U.O. di appartenenza, possibilmente non oltre le 24-36 ore dall'accettazione del paziente stesso. Una volta assegnatogli il paziente, il medico tutor stende il piano clinico, rimanendo responsabile del percorso del paziente fino alla sua dimissione. Fondamentale, durante tutto il periodo dell'ospedalizzazione, deve essere l'obbligo, per il medico tutor, di interfacciarsi con il medico di Medicina Generale, di cui resta il principale interlocutore. Il medico tutor è naturalmente anche il principale referente informativo del paziente e dei suoi cari. Il direttore della U.O. supporta il lavoro del medico tutor ogni qual volta e in ognuna delle fasi del percorso in cui questo si dovesse rendere necessario.

Nel 2009 un documento degli Ospedali Galliera di Genova definiva il medico tutor e le sue competenze in

modo molto simile a quanto fatto dalle Tesi del MeS. In questo documento si sottolineava che l'affidamento del paziente al medico tutor, da parte del direttore della U.O., doveva essere riportato nella cartella clinica e che, a sua volta, l'avvenuta presa in carico del paziente da parte del medico tutor doveva essere formalmente comunicata allo stesso e ai suoi cari.

Recentemente, in un documento prodotto dall'Osservatorio Regionale Toscano per l'ospedale per intensità di cure, pubblicato su *Toscana Medica* nel 2013, si ribadivano i punti salienti che connotano il medico tutor, suggerendo che questi si deve presentare formalmente al paziente e ai suoi familiari attraverso un colloquio che dovrebbe essere preceduto dalla consegna di una brochure in cui siano riportate informazioni sui tempi e sulle modalità di contatto con il medico tutor stesso.¹²

La figura dell'infermiere di riferimento, che rappresenta l'altro caposaldo della presa in carico del paziente nel modello dell'ospedale per intensità di cura, almeno così come delineata dalle Tesi del MeS e dal documento sul *Percorso medico* redatto dall'Osservatorio regionale toscano per l'Ospedale per intensità di cure, è il frutto di un profondo mutamento, avvenuto negli ultimi venti anni, della professione infermieristica. La legislazione ha attribuito alla figura dell'infermiere una responsabilità sempre più diretta ed una sempre più crescente autonomia professionale. Si sono così introdotti i *modelli di assistenza personalizzata* che comportano un forte cambiamento nella presa in carico del paziente. Questa, ispirandosi al modello assistenziale del *primary nursing*, avviene attraverso la figura dell'infermiere di riferimento che è tutor del percorso assistenziale del paziente ed è interlocutore nei confronti dei familiari. L'infermiere di riferimento analizza i bisogni assistenziali, pianifica e attua l'assistenza e predispose il percorso di dimissione, interagendo con il personale medico, primo fra tutti con il medico tutor.

Criticità del modello e possibili soluzioni

La realizzazione del modello dell'ospedale per intensità di cura genera una serie di problematiche, tra le quali emergono quelle legate alle figure del medico tutor e dell'infermiere di riferimento, a cui è necessario trovare una risposta se non si vuole che questa organizzazione assistenziale rimanga solo una speculazione teorica.

Una prima questione attiene alla possibilità che la funzione del medico tutor, ma anche quella dell'infermiere di riferimento, possano trovare una sufficiente continuità assistenziale, svincolata il più possibile dai tempi correlati alla inevitabile turnazione a cui queste figure sottostanno. Nel citato documento dell'Osservatorio regionale toscano questo tema viene affrontato

con decisione. Partendo dalla constatazione che uno specifico contesto può rendere difficile la realizzazione del tutoraggio medico, soprattutto quando questo contesto sia rappresentato da ospedali di piccole dimensioni, dove il medico tutor, diversamente da quanto accade nei nosocomi di tipo provinciale o nei policlinici, difficilmente riesce ad essere esentato da attività istituzionali quali guardia e/o servizi ambulatoriali, il documento dell'Osservatorio suggerisce che il tutoraggio medico si possa attuare adottando un *tutoraggio a equipe*. Questa modalità dovrebbe prevedere, per ogni malato, l'assistenza da parte sia del medico tutor che di un *medico associato*, i quali lavorano, a seconda del ruolo che vicendevolmente si trovano a rivestire con i diversi pazienti, in modo integrato e tale da garantire sempre e comunque una piena conoscenza dell'assistito.

Queste problematiche si pongono pure per l'infermiere di riferimento. Anche in questo caso questa figura deve essere coadiuvata da *infermieri associati*, facenti parte della stessa equipe di *setting*, e deve avvalersi anche di personale di supporto (operatori socio-sanitari) per l'assistenza di base ed alberghiera.

Un'altra questione è legata al fatto che il modello per intensità di cura prevede la contemporanea funzione dell'infermiere di riferimento e del medico tutor nella presa in carico del paziente, funzione che oggi sta divenendo assolutamente paritaria, senza più alcuna subordinazione dell'una figura nei confronti dell'altra. Questa situazione rende però necessario prestare molta attenzione ai meccanismi di coordinamento tra le due professioni, tema recentemente affrontato dal Gruppo di studio per i rapporti interprofessionali dell'Osservatorio regionale toscano per l'Ospedale per intensità di cure.¹³ Ne è un esempio il cosiddetto *giro visita*, da sempre considerato un momento indispensabile di confronto tra medici ed infermieri. Nel nuovo modello per intensità di cura questo storico caposaldo dell'assistenza rischia di diventare un punto di debolezza, visto che, nelle aree comuni di degenza, gli infermieri si devono interfacciare con medici di più strutture professionali che gestiscono pazienti posizionati in letti limitrofi. Questa situazione obbliga, infatti, ad una stretta programmazione dei tempi dedicati alla comunicazione ed al lavoro in comune.

I *briefing* giornalieri tra medico tutor ed infermiere di riferimento, aperti di volta in volta a tutti gli operatori interessati al caso, tenuti nell'ambito del *setting*, al momento appaiono come lo strumento più idoneo per costruire quel percorso di confronto tra professioni, indispensabile nel modello per intensità di cura. Il *briefing*, tra l'altro, oltre a favorire una migliore comunicazione ed un miglior clima tra gli operatori, può snellire il carico di lavoro associato al giro visita, limitando la necessità della presenza contemporanea di più figure professionali ai casi selezionati come più

complessi. Medici tutor ed infermieri di riferimento, attraverso questo quotidiano strumento di confronto, dovranno gestire le varie fasi che caratterizzano il percorso del paziente ospedalizzato, vale a dire la presa in carico, il momento clinico-assistenziale, la dimissione con il riaffidamento al Territorio.

Dopo la presa in carico sarà indispensabile che medico tutor ed infermiere di riferimento progettino, di comune accordo, ed avvalendosi, quando necessario, del contributo di altre figure professionali, il piano diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo di ogni singolo paziente, definendone precisamente gli obiettivi. Per quanto riguarda la dimissione, questa dovrà essere pianificata e condivisa e, al momento della sua attuazione, sarà inoltre opportuno eseguire un *briefing* con l'assistito ed i suoi familiari, coinvolgendo il medico di Medicina Generale e le strutture territoriali.

Questo articolato sistema relazionale, che sta alla base del buon funzionamento di un modello complesso organizzativamente quale quello dell'ospedale per intensità di cura, rischia di generare forti conflitti, soprattutto nei rapporti tra le varie professionalità. Spesso il dissidio nasce da divergenze culturali. Questa situazione può essere affrontata organizzando momenti di formazione multiprofessionale e multidisciplinare, in modo da far crescere la consapevolezza dell'interdipendenza professionale. Nella gestione di questi momenti formativi molto si dovrà insistere sulle modalità di comunicazione interattiva e sul lavoro di gruppo.

Un'indagine FADOI sul medico tutor nelle Medicine Interne della Toscana

Nel 2014 la FADOI Toscana ha promosso un'indagine tra le Medicine Interne sulla presenza o meno, negli ospedali in cui operano, del modello per intensità di cura e del medico tutor. Il campione era rappresentato da 30 strutture complesse di Medicina Interna, nelle quali lavorano 310 medici e che, nel 2013, hanno prodotto 53.830 dimissioni (Figura 1). Questi dati sono stati presentati al XIII Congresso della FADOI Toscana, tenutosi a Firenze nell'Ottobre del 2014.

Il primo dato, emerso chiaramente dall'indagine, è che l'organizzazione per intensità di cura è presente nella grande maggioranza (86%) degli ospedali testati.

Alla domanda riguardante le modalità con cui il paziente, al momento del suo ingresso nell'area di degenza, fosse preso in carico dalla struttura, la risposta ottenuta è stata che questo avveniva, nel 67% dei casi, ad opera di una equipe dedicata e, solo nel rimanente 33 % dei casi, ad opera di un medico tutor. Colpisce però che il medico tutor, molto meglio della equipe (76% verso 47%), riusciva a garantire quella continuità assistenziale (misurata come >7 gg) che sola

consente una reale e fattiva presa in carico del paziente.

Un altro dato importante è stato quello relativo all'infermiere di riferimento. Alla domanda se questa figura fosse presente o meno nel modello assistenziale in cui le strutture testate si trovavano ad operare la risposta è stata affermativa nel 57% dei casi. Da notare che queste percentuali collimano con quelle (55%) che riguardano la presenza della cartella clinica integrata, strumento di lavoro fondamentale per una piena collaborazione tra la componente medica e quella infermieristica. E sempre sulle medesime percentuali (57%) sta il rilevamento di una quotidiana attività di *briefing* tra medici ed infermieri.

Alcuni dati raccolti dall'indagine FADOI Toscana consentono di correlare la presenza del medico tutor con alcune altre attività assistenziali. Ad esempio laddove è il medico tutor a prendere in carico il paziente

la modalità di guardia notturna di gran lunga prevalente è quella in cui l'internista vede solo i pazienti ricoverati a carico della sua struttura professionale. Dove invece è presente una organizzazione di presa in carico del paziente da parte di una equipe la guardia notturna è svolta prevalentemente nell'area di degenza dipartimentale ed il medico di guardia si fa carico di tutti i pazienti ivi ricoverati (Figura 2). Inoltre la presenza del medico tutor si accompagna più frequentemente ad una organizzazione che preveda un più basso numero di guardie e/o in cui vi sia un miglior rapporto tra dimissioni eseguite in un anno e numero di medici a disposizione.

Le riflessioni che scaturiscono da una prima analisi dei dati forniti dall'indagine della FADOI Toscana portano a concludere che l'ospedale per intensità di cura, pur essendo adottato dalla stragrande maggioranza delle aziende sanitarie di questa regione, per poter trovare una sua piena ed efficace attuazione, al-



Figura 1. Distribuzione geografica delle Medicine Interne che hanno partecipato all'indagine FADOI Toscana sul medico tutor.

meno per quanto riguarda l'area medica, necessita di una decisa implementazione. Componenti fondamentali per questa modalità organizzativa quali il medico tutor, l'infermiere di riferimento, la cartella clinica integrata sono infatti ancora lontani dal trovare una loro precisa e convinta sistematizzazione. In particolare, per quanto riguarda la figura del medico tutor, sembra che questa possa trovare ostacoli alla sua adozione laddove siano presenti modalità di guardia notturna di tipo dipartimentale, i medici debbano sostenere un alto numero di guardie mensili e le fondamentali attività istituzionali di ricovero, assistenza e dimissione si svolgano con un rapporto particolarmente sfavorevole tra carico di pazienti ricoverati e numero di medici a disposizione della struttura professionale.

Cosa ci riserva il futuro

I modelli che via via si sono susseguiti nell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, come già Haldeman aveva pionieristicamente affermato nei lontani anni '50, sono tutti nati dalla doppia esigenza di razionalizzare le risorse economiche, mantenendo, o addirittura migliorando, gli standard assistenziali. Queste dinamiche, data anche la natura della missione e la complessità organizzativa dei sistemi sanitari, sono in continuo divenire e, all'orizzonte, non mancano mai nuove idee e nuove proposte su come affrontare le ormai permanenti criticità che si accompagnano all'erogazione dei servizi sanitari, in tutti i paesi del mondo.

Come abbiamo osservato attualmente l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera indicata dalla letteratura scientifica e dai documenti istituzionali come la più efficace ed efficiente è quella dell'ospedale per intensità di cura. In questo modello c'è però una forte esigenza di soddisfare al meglio la presa in carico del paziente e le figure professionali del medico tutor e dell'infermiere di riferimento sembrano le più idonee

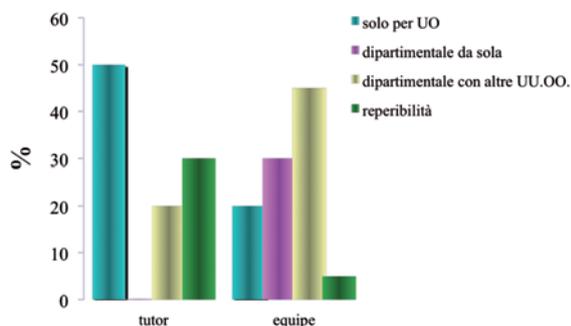


Figura 2. Distribuzione percentuale delle varie modalità di svolgimento della guardia notturna in area medica in relazione alla presenza o meno di medico tutor.

a svolgere questa fondamentale funzione. Questa esigenza, però, si scontra con difficoltà di natura organizzativa, legate alla necessità di coniugare il tempo che medico tutor ed infermiere di riferimento devono necessariamente dedicare al paziente, con il tempo che gli stessi impiegano in attività istituzionali quali ad esempio la turnazione nelle attività di degenza, quella legata al servizio di guardia attiva o quella dedicata alle attività ambulatoriali.

Alla metà degli anni '90, in America, due medici del Dipartimento di Medicina di San Francisco, dell'Università della California, Robert M. Watcher e Lee Goldman, pubblicarono, sul *New England Journal of Medicine*, un articolo dal titolo *The emerging role of hospitalists in the american health care system*.¹⁴ In questo lavoro si delineavano, per la prima volta in modo compiuto, le caratteristiche di una nuova tipologia di medico, definito dai due autori con il termine *hospitalist*, che, negli ospedali americani, stava sempre più estesamente assumendo la funzione di presa in carico del paziente ricoverato, con il compito di guidarlo attraverso il suo percorso clinico-assistenziale.

Nel 2011, a distanza di 15 anni dalla pubblicazione di Watcher & Goldman, in un *review* scritta da due epidemiologi canadesi dell'Università di Toronto e pubblicata sulla rivista *BMC Medicine*, si giungeva alla conclusione che, laddove la figura dell'*hospitalist* trovava la sua applicazione, vi era un marcato miglioramento dell'efficienza dell'assistenza ospedaliera, a parità di efficacia.¹⁵

La figura dell'*hospitalist*, che sta prendendo sempre più campo in America (nel 2012 ha raggiunto la quota di 30.000 unità), presenta molte affinità con quella dell'internista (negli USA l'80% degli *hospitalist* ha una formazione internistica). È infatti un medico capace di muoversi a tutto tondo nell'ambito delle problematiche mediche e medico-chirurgiche, avendo le competenze per relazionarsi con gli specialisti chiamati ad occuparsi di specifiche patologie del paziente. Una suggestione di questo tipo era del resto emersa nell'articolo, già citato, che un gruppo di studio della FADOI Toscana aveva pubblicato nel 2007 sull'*Italian Journal of Medicine*. In questo lavoro, infatti, si sottolineava come, nell'ambito delle aree di degenza medica di tipo dipartimentale, dove si trovano ricoverati pazienti con condizioni cliniche caratterizzate prevalentemente da pluripatologia, l'internista possedesse le competenze necessarie per occuparsi della maggior parte della casistica.

Negli ultimi anni molti di noi sono stati testimoni di un enorme progresso del sapere medico, sia nel campo delle tecniche diagnostiche che in quello delle terapie, tanto mediche quanto chirurgiche. Un progresso atteso, vista la rivoluzione informatica e tecnologica di cui il genere umano si è fatto protagonista. Meno scontata invece è stata la crisi economica e di

risorse che ha colpito il mondo della sanità e che tuttora persiste, in palese contraddizione a quelle *magnifiche sorti e progressive* che sembravano essere il destino ineluttabile di tutto ciò che ruotava attorno al mondo della salute.

Questo mutamento radicale di prospettiva ci ha portato a doverci quotidianamente confrontare con grandi cambiamenti, passando da modelli organizzativi in cui, ogni giorno il *primario*, figura più professionale che manageriale, faceva il giro visita, dettando la linea culturale e politica del reparto che dirigeva, a modelli in cui i vecchi reparti scompaiono, lasciando il posto ad aree di degenza condivise tra più strutture professionali, dove il medico, divenuto oramai un dirigente pubblico a tutti gli effetti, esercita la sua funzione, apparentemente più autonoma sotto il profilo professionale, magari come medico tutor ed in collaborazione con una nuova, evoluta ed indipendente figura professionale di infermiere, in attesa di una ulteriore evoluzione del modello che magari riparta dal medico *hospitalist*.

Proprio in quest'ottica, in un recentissimo articolo apparso su *Toscana Medica*, Valerio Verdiani e Mario Affinati, l'uno internista e l'altro *hospitalist* a Chicago, ritornando sulla diffusa preoccupazione per un modello, come quello dell'ospedale per intensità di cura, apparso arenarsi tra l'impossibilità di ripiegarsi all'indietro e la seria difficoltà a procedere spedito verso la meta, propongono la figura dell'*hospitalist* come una sorta di *anello mancante*, utile per tentare una definitiva uscita del modello dal guado.¹⁶

Questa è lo scenario con cui i medici, tutti, dovranno confrontarsi negli anni a venire. La nostra professione non può che giocare un ruolo attivo nelle profonde trasformazioni in atto, sforzandosi di interpretarle e di fornire soluzioni, senza attendere che queste ci piovano dall'alto, ma soprattutto evitando quell'atteggiamento di resistenza al cambiamento, sempre specchio di conservazione e di arretramento culturale.

Diceva il grande Charles Darwin che *non sono le specie più forti quelle che sopravvivono e nemmeno le più intelligenti, ma quelle maggiormente in grado di rispondere al cambiamento*.

Bibliografia

1. Haldeman JC. Progressive patient care. *Public Health Rep* 1959;74:405-8.
2. US Public Health Service. Elements of progressive patient care. Washington, DC: US Public Health Service Publications; 1962.
3. Ministry of Health. Organisation of Medical Work in Hospitals. London: Her Majesty's Stationery Office; 1967.
4. Heyssel RM, Gaintner JR, Kues IW, Jones AA, Lipstein SH. Decentralized management in a teaching hospital. *N Engl J Med* 1984;310:1477-80.
5. Godlee F, Walker A. Tale of two hospitals. *BMJ* 1990;301:1154-6.
6. Braga M, Cicchetti A, Greco M, et al. Storia, evoluzione e prospettive del Dipartimento (1ª parte). Professione, cultura e pratica del medico d'oggi 2005;3:13-30.
7. Alessandri M, Bartolomei C, Bernardini M, et al. Medicina Interna e nuova organizzazione ospedaliera: la proposta della FADOI Toscana. *Ital J Med* 2007;1:65-9.
8. Benvenuti F, Magnolfi F, Nutini S, et al. Ospedalizzazione per intensità di cure. *Toscana Medica* 2008;2:23-5.
9. Cioni G, Iosa G, Iori I, et al. Medicina interna e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: la posizione di FADOI Emilia Romagna. *Ital J Med* 2012;6:72-4.
10. Nardi R, Arienti V, Nozzoli C, Mazzone A. Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. *Ital J Med* 2012;6:1-13.
11. Panigada G, Landini G, Laureano R, et al. Ospedale per intensità di cure. Completare il modello per migliorare l'assistenza. Il ruolo della Medicina Interna. *Toscana Medica* 2014;10:14-5.
12. Landini G, Andreini R, Bacconi P, et al. Il percorso medico nell'ospedale per intensità di cure. *Toscana Medica* 2013;1:32-6.
13. Cucchini A, Monti MG, Alessandri M, et al. Rapporti interprofessionali nell'Ospedale per Intensità di Cure. *Toscana Medica* 2013;4:30-2.
14. Watcher RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335:514-7.
15. White HL, Glazier RH. Do hospitalist physician improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Med* 2011;9:58.
16. Verdiani V, Affinati M. Hospitalist: l'anello mancante nell'ospedale per intensità di cura?. *Toscana Medica* 2015;5:16-7.

L'Hospitalist

Ilario Stefani, Antonino Mazzone

UO Medicina Interna, Azienda Ospedaliera di Legnano (MI), Italia

Introduzione

Il termine *hospitalist* è stato coniato nel 1996 da Robert Wachter e Lee Goldman¹ presso l'Università della California.

Wachter e Goldman hanno definito un *hospitalist* semplicemente come uno specialista in regime ospedaliero, responsabile della gestione della cura dei ricoverati allo stesso modo di come i medici di Medicina Generale (PCP) sono responsabili della gestione della cura dei pazienti sul territorio (outpatients).

Si stima che allora poche centinaia di medici (soprattutto internisti) praticassero questa attività. Dieci anni dopo, il numero era cresciuto a 20.000. Sembra che ci sia consenso sul fatto che l'*hospitalist* non sia una figura transitoria. Tuttavia qualcuno potrebbe pensare che il ruolo dell'*hospitalist* nel grande programma di trasformazione del sistema sanitari (verso risultati più efficaci, efficienti e verso la cura centrata sul paziente) abbia bisogno di ulteriore definizione. Questo articolo esamina le forze che hanno alimentato l'ascesa del *hospitalist*, come varie parti siano interessate da questo nuovo tipo di provider sanitario e quali problemi restino aperti.

L'ambito statunitense

La società di *Hospital Medicine* (SHM), in una definizione offerta sul suo sito web,² descrive il campo dell'*Hospital Medicine* come segue:

Una specialità medica dedicata alla globale assistenza medica dei pazienti ricoverati.

I praticanti di *Hospital Medicine* comprendono

medici (*hospitalists*) e non-medici, fornitori che si impegnano nella cura clinica, l'insegnamento, la ricerca o la leadership nel campo della medicina generale dell'ospedale. In aggiunta alla loro esperienza di base nel gestire i problemi clinici di fase acuta del Paziente ricoverato i professionisti di *Hospital Medicine* lavorano per migliorare le prestazioni di ospedali e sistemi sanitari, ponendo attenzione pronta e completa a tutte le cure del paziente, compreso la diagnosi, il trattamento e l'esecuzione di procedure mediche (all'interno del loro campo di applicazione pratica).

Inoltre curano: i) l'impiego di tecniche di miglioramento di qualità e di processo; ii) la collaborazione, la comunicazione e il coordinamento con tutti i medici e il personale sanitario per i pazienti ricoverati in ospedale; iii) la transizione sicura di cura del paziente all'interno dell'ospedale, che può includere la supervisione di cura in strutture di assistenza per post-acute; iv) l'uso efficiente delle risorse ospedaliere e sanitarie.

Negli Stati Uniti l'*hospitalist* è un medico a tempo pieno che lavora per le organizzazioni di managed care ed ha il ruolo di seguire come responsabile il percorso assistenziale del paziente ospedalizzato. Questo medico ha due compiti sostanziali, strettamente interdipendenti: quello di *mantenere i rapporti* con il paziente e con i colleghi (il medico di famiglia e gli *specialisti* ospedalieri) evitando la deriva della disumanizzazione tecnologica, e quello di coordinare e supervisionare il percorso clinico al fine di impiegare al meglio le risorse.

Si tratta di medici ospedalieri che hanno un rapporto contrattuale con organizzazioni di managed care, ospedali o grandi gruppi privati e che prendono in carico i pazienti dei medici di base al momento del ricovero.³ Questa distinzione è ben nota ai medici di base britannici, che in generale non sono responsabili delle cure prestate in ospedale ai propri pazienti. Tuttavia, l'emergere di questi medici negli Stati Uniti ha significato nucleare una funzione tradizionalmente di scarso peso per molti medici di base, trasformandola in una funzione quantitativamente molto rilevante riservata a pochi (cioè agli *hospitalists*). Negli Stati Uniti i loro fautori sono convinti che questi medici, proprio perché passano più tempo in ospedale, possano generare maggiore fiducia, intervenire con più efficienza ed essere più facilmente accessibili ai pazienti di quanto non lo siano i

Corrispondente: Ilario Stefani e Antonino Mazzone, UO Medicina Interna, Azienda Ospedaliera di Legnano (MI), Italia.
E-mail: ilario.stefani@ao-legnano.it ;
antonino.mazzone@ao-legnano.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright I. Stefani e A. Mazzone, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:563-566

loro tradizionali colleghi della medicina di base. Inoltre, si ritiene che i medici di base, una volta sollevati dalle loro responsabilità ospedaliere, possano risultare più produttivi nel loro lavoro per la comunità. La maggior parte degli studi sull'attività degli hospitalists è di tipo non randomizzato e ha evidenziato che questi medici assistono i pazienti con degenze più brevi e con una qualità assistenziale uguale o migliore di quella fornita dai tradizionali sistemi di erogazione delle cure in ospedale.⁴

L'ascesa del Hospitalist

Le organizzazioni americane di managed care hanno rapidamente incrementato l'impiego di questi medici. Nel 2002 erano 5000, con una stima attuale di circa 30.000.⁵ In California, circa due terzi dei medici di base hanno riferito che esiste la disponibilità di questo tipo di medico per i loro pazienti ricoverati in ospedale.⁶ Sebbene negli Stati Uniti il ricorso a questi medici continui ad essere in larga misura ancora volontario⁷ i potenziali risparmi e i benefici in termini di miglioramento della qualità delle cure potrebbero indurre a rendere obbligatorio il loro impiego.

L'ambito dei medici noti come hospitalists è uno dei più in rapida crescita nelle aree di pratica medica. Mentre il suo sviluppo sembra un naturale progresso nel mondo sempre più specializzato nella Medicina moderna molti hanno sollevato la questione di ciò che faccia presagire per le cure primarie. I sostenitori sottolineano il beneficio di avere un medico *sul posto* al contrario di un medico di comunità che frequenti di tanto in tanto l'ospedale per controllare pazienti ricoverati. I detrattori suggeriscono che *dividere* un paziente in cura aggiunga solo una ulteriore frammentazione. Argomenti economici tendono a favorire la maggiore efficienza dell'hospitalist.

Performance

Vari studi nel corso degli anni sono stati in grado di mostrare le prove di efficienza degli hospitalists. Ad esempio Wachter e colleghi⁸ hanno confrontato le prestazioni di un gruppo di hospitalists (allora si chiamava *medici curanti dedicati*) con un gruppo di medici *frequentatori* tradizionali. Hanno scoperto che i pazienti curati da personale di ricovero dedicato avevano una degenza media più breve di 0,6 giorni. Peter Lindenauer e colleghi⁹ hanno riscontrato risultati simili. Questi ricercatori hanno notato che la degenza ridotta non era associata ad effetti negativi sui tassi di mortalità ospedaliera o di riammissione, che erano simili per i due gruppi.

Come osservato gli hospitalists sono spesso chiamati a partecipare a programmi di miglioramento della

qualità ospedalieri. Una delle principali preoccupazioni rispetto alla qualità della cura erogata da hospitalists e PCPs che lavorano separatamente è la comunicazione tra di essi. Una revisione della letteratura di Sunil Kripilani e colleghi¹⁰ ha rivelato che la comunicazione diretta tra medici ospedalieri e PCPs era critica. I ricercatori hanno scritto in sintesi che *il deficit in comunicazione e informazione nel trasferimento tra ospedale e medici di assistenza primaria sono sostanziali e onnipresenti*.

Come professione gli hospitalists hanno intrapreso progetti speciali per affrontare tali preoccupazioni. Una dichiarazione di consenso pubblicato nel 2009¹¹ ha riunito SHM, *American College of Physicians*, *Society of General Internal Medicine*, *American Geriatrics Society*, *American College of Physicians* di Emergenza e Società di Medicina d'Emergenza Accademica nella definizione dei principi per affrontare le lacune nella qualità delle transizioni tra pazienti ricoverati e ambulatoriali.

L'ambito italiano

Sono stati descritti in letteratura¹² quattro possibili modelli organizzativi di integrazione tra le cure domiciliari e ospedaliere, di differente grado di integrazione. Il primo prevede che il medico di base segua il paziente durante tutto il ricovero ospedaliero per quanto attiene alle cure di carattere internistico. Questo modello, sostanzialmente inapplicabile nella realtà italiana, garantisce al meglio la continuità di cure, ma crea problemi organizzativi e relazionali con i medici ospedalieri. Il secondo modello prevede che i medici di base si riuniscano in gruppo e si alternino periodicamente nel ruolo di hospitalist seguendo i pazienti del gruppo; questo modello, anch'esso sostanzialmente inapplicabile, avrebbe il vantaggio di essere meno *dispersivo* per i medici di base, ma introdurrebbe una certa discontinuità tra cure extra- e intra-ospedaliere oltre a non risolvere i problemi relazionali. Il terzo modello prevede la creazione di una figura specifica di hospitalist, che lavora stabilmente all'interno dell'ospedale e si dedica all'assistenza di pazienti ricoverati in una certa Divisione (più spesso, ma non esclusivamente, chirurgica) affetti da determinate patologie. Infine il quarto modello prevede un passaggio di consegne formale e obbligatorio tra medico di base e hospitalist al momento del ricovero e della dimissione di ogni paziente.

La nuova cultura sistemica operante nella Medicina moderna vede gli interventi di assistenza al Paziente ospedalizzato come componenti complesse di un continuo indissolubile sul tema dell'appropriatezza come risposta ai fabbisogni assistenziali. In questo contesto va inoltre considerata la dimensione della complessità e dell'intensità di cura, strettamente legata

al tipo di assistenza di cui il paziente ha bisogno. Nella pratica medica è necessario definire in modo preciso e condivisibile la complessità e il modo in cui affrontarla, poiché questo ha ripercussioni nella impostazione delle strategie diagnostico-terapeutiche e nell'organizzazione dei percorsi sanitari. Per tale motivo l'individuazione di una definizione operativa valida della complessità garantisce l'efficacia nella comunicazione tra professionisti, evitando errori organizzativi.^{13,14}

La collaborazione polispecialistica e multidisciplinare, tra competenze e professionalità differenti, è indispensabile, poiché la maggior parte dei pazienti acuti è spesso affetta da polipatologie. In tale contesto la Medicina Interna svolge un ruolo fondamentale. La comprensione delle problematiche cliniche e gli strumenti metodologici che le sono propri consentono di affrontare, sia sul piano diagnostico sia a livello terapeutico, le sfide della medicina moderna, con un approccio olistico e multidisciplinare e una visione a tutto campo.¹⁵ La considerazione unitaria del paziente, per la diagnosi e la cura, la complessità nella gestione dell'assistenza possono quindi essere sostenute dal Medico Internista, capace, all'interno di un sistema adattativo complesso, di svolgere un'azione di coordinamento, d'integrazione, di cooperazione fra le diverse parti che agiscono per ambiti specifici di specializzazione settoriale.

La crescente complessità del processo assistenziale nei pazienti ricoverati nel reparto di chirurgici, in larga parte legato all'aumento dell'età e della loro comorbidità, rende logico ipotizzare che il processo di cura tradizionale, con lo specialista che eventualmente si avvale di una consulenza internistica, possa essere sostituito da un modello in cui uno specialista in medicina interna sia integrato all'interno della Divisione Chirurgica e collabori al processo assistenziale, facendosi carico direttamente delle problematiche di ordine medico del paziente. Tale integrazione rendere più facile una continuità assistenziale, sia durante il ricovero che alla dimissione.

L'applicazione di questi presupposti concettuali nell'ambito organizzativo sanitario italiano, fortemente differente da quello americano, induce a riprogettare un'organizzazione nella quale la responsabilità complessiva dell'indicazione diagnostica e terapeutica ospedaliera sia affidata ad equipe mediche polispecialistiche, coordinate da un medico *Internista-Hospitalist* dotato di esperienza, strumenti efficaci e competenza. Ogni unità può essere composta di medici con competenze complementari definite sulla base delle caratteristiche prevalenti dei pazienti, della dotazione di personale e di modelli organizzativi. Ogni unità medica si organizza per gestire le patologie multiple attraverso accordi e introduzione di competenze anche di discipline diverse da quella specifica (ad es.,

inserimento di competenze internistiche nei reparti chirurgici quali Ortopedia, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, *etc.*).

L'approccio di sistema, una volta raggiunta la comprensione del malato complesso, deve proporsi anche di elaborare una proposta di riorganizzazione e pianificazione dell'assistenza sanitaria in fase di dimissione dall'ambito per acuti, in grado di gestire quadri clinici di elevata complessità. È necessario definire e attuare percorsi diagnostici e assistenziali che possano permettere una gestione coordinata, multi-professionale e a lungo termine del paziente complesso tali da garantire una continuità assistenziale ospedale-territorio. È necessaria l'elaborazione di percorsi di dimissione protetta che considerino il bisogno di cura e le problematiche logistico-famigliari (persona che vive sola, assenza di caregiver) con percorsi clinico assistenziali integrati ospedale-territorio, coinvolgendo il MMG. Anche in questa area la figura dell'*Internista-Hospitalist* può svolgere un ruolo di riferimento, supportata da figure professionali infermieristiche *esperte* nella pianificazione dei bisogni assistenziali del Paziente.

Esiste tuttavia una ulteriore evoluzione della figura dell'*Internista-Hospitalist* nella gestione attiva delle risorse disponibili nell'intero ospedale (non soltanto nel Dipartimento di appartenenza). Presso il *Johns Hopkins Bayview Medical Center* di Baltimora (Maryland) è stata sviluppata un'esperienza per organizzare nel modo migliore i flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale, fondata sulla figura dell'*hospitalist* in qualità di *bed manager* attivo.¹⁶ I ricercatori hanno ottenuto una sensibile riduzione dei tempi di attesa e stazionamento nel Dipartimento di Emergenza dei pazienti che successivamente sono stati ricoverati in ospedale (da 8 a 6 ore), la riduzione del 6% delle ore nelle quali il Dipartimento di Emergenza veniva definito *sovraffollato* e del 27% di quelle in cui il Dipartimento di Emergenza-Accettazione non era in grado di ricoverare pazienti per mancanza di posti letto disponibili in ospedale.

Nella nostra esperienza l'iperafflusso dei Paziente in area DEA viene considerato come un problema che investe tutto l'ospedale, coinvolgendo nel gruppo di gestione dei posti letto, assieme al Dipartimento di Emergenza, anche quello Medico, Chirurgico e Sanitario. In particolare nell'ambito del Dipartimento di Area Medica l'*Internista-Hospitalist*, sulla base di una continua e dinamica informazione della disponibilità di posti letto, attuale e programmata, e della peculiarità dei bisogni clinico-assistenziali del Paziente in attesa di ricovero, può coordinare l'invio del Paziente nel reparto di destinazione prontamente, una volta terminato il percorso diagnostico-terapeutico. Il *bed management* non rappresenta tuttavia, come notato da altri Autori¹⁷ l'unica soluzione del problema, da ricercarsi nella gestione

complessiva dei percorsi clinico-assistenziali dell'Utente, il governo dell'urgenza ambulatoriale gestibile al di fuori del Pronto Soccorso e la prevenzione degli episodi di scompenso delle malattie croniche.

È infine necessaria una ulteriore considerazione sull'evoluzione della Medicina, che persegue modelli di tipo dinamico focalizzati sul paziente, in relazione alla sua severità e criticità e non semplicemente per singola patologia, considerando il paziente nella sua interezza e nella sua polipatologicità, prevedendo approcci integrati e multidisciplinari.

Per rispondere a questa variabilità di presentazione si sono affermati modelli organizzativo-assistenziali che tendono a superare il modello statico di Divisione ospedaliera, suddiviso per specializzazione e caratterizzato da una omogenea distribuzione di pazienti, indipendentemente dalla loro situazione clinica, su tutto il reparto, strutturato in 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 dipartimentale o interdipartimentale, specie negli ospedali di grandi dimensioni, dove 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. Questa visione organizzativa, a nostro avviso, potrebbe contribuire ad una più efficiente organizzazione delle cure e del loro iter, permettendo una dinamica risposta della disponibilità dei posti letto in funzione delle mutevoli esigenze proprie dei bisogni epidemiologici e clinico-assistenziali emergenti.

Bibliografia

1. Wachter RM, Goldman L. The Emerging Role of 'Hospitalists' in the American Health Care System. *N Engl J Med* 1996;334:514.
2. Society of Hospitalist Medicine. Definition of a Hospitalist and Hospital Medicine; approved: November 4, 2009. Available from: www.hospitalmedicine.org
3. Wachter R. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med* 1999;130:338-42.
4. Diamond HS, Goldberg E, Janosky JE. The effect of full-time faculty hospitalists on the efficiency of care at a community teaching hospital. *Ann Intern Med* 1998;129:197-203.
5. National Health Policy Forum. The Hospitalist: Better Value in Inpatient Care?. Issue Brief no. 842; March 30, 2011. Available from: https://www.nhpf.org/uploads/announcements/IB842_Hospitalist_03-30-11.pdf
6. Fernandez A, Grumbach K, Goitein L, et al. Friend or foe? How primary care physicians perceive hospitalists. *Arch Intern Med* 2000;160:2902-8.
7. Auerbach A, Nelson E, Lindenauer P, et al. Physician attitudes toward and prevalence of the hospitalist model of care: results of a national survey. *Am J Med* 2000;109:648-53.
8. Wachter RM. Reorganizing an Academic Medical Service. *JAMA* 1998;279:1560.
9. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, et al. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med* 2007;357:2589.
10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA* 2007;297:831-41.
11. Snow V, Beck D, Budnitz T, et al. Transitions of care consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College Of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Hosp Med* 2009;6:364-70.
12. Wachter RM. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med* 1999;130:338-42.
13. Nardi R, Scanelli G., Borioni D, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. *Eur J Intern Med* 2007;18:283-7.
14. Nardi R, Arienti V, Nozzoli C, Mazzone A. Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. *Ital J Med* 2012;6:1-13.
15. Federspil G, Giaretta P, Moriggi S. *Filosofia della medicina*. Milano: Raffaello Cortina Ed.; 2008.
16. Howell E, Bessman E, Kravet S, et al. Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Ann Intern Med* 2008;149:804-11.
17. Gardellini A, Nardi R, Arienti V, et al. Invecchiamento della popolazione, gestione dei pazienti, posti letto e sovraffollamento in ospedale. *Ital J Med* 2009;3:35-43.

Il dipartimento medico è tuttora una soluzione per il governo clinico della complessità assistenziale?

Giancarlo Landini

Dipartimento di Medicina e Specialistiche, Azienda Sanitaria di Firenze, Italia

I dipartimenti ospedalieri si possono definire come aggregati di strutture complesse e semplici fra loro affini e complementari che perseguono comuni finalità e sono fra loro interdipendenti pur mantenendo una loro autonomia tecnico-professionale. Il fine del dipartimento è quello di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. Il Dipartimento è gestito da un direttore e da un comitato di direzione. Nella evoluzione del sistema sanitario nazionale i dipartimenti sono stati interpretati in maniera diversa dalle singole regioni e molte volte anche all'interno della stessa regione creando non poca confusione di terminologia e di obiettivi. Il concetto di dipartimento è strettamente legato a quello di governo clinico anzi il dipartimento è il luogo privilegiato ove si svolge il governo clinico dell'ospedale. Infatti il dipartimento, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza riesce ad assolvere a tutti gli elementi caratteristici del governo clinico: misurazione degli esiti, gestione del rischio clinico, adozione di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici, formazione continua, coinvolgimento del paziente e informazione corretta e trasparente. Esistono fondamentalmente due tipi di dipartimento in particolare quelli *gestionali-strutturali* e quelli *funzionali* (tecnico-professionali).¹ La diversità è molto significativa perché si basa sulla podestà del dipartimento di gestione diretta delle risorse o in alternativa di semplice coordinamento della attività delle varie unità operative afferenti: i) *Dipartimento gestionale-strutturale*: le strutture, complesse e sem-

plici, sono aggregate funzionalmente ed ove è possibile fisicamente in modo da favorire la gestione in comune delle risorse umane, degli spazi e delle risorse tecnico strumentali e di conseguenza sono omogenee sotto il profilo delle attività e delle procedure operative adottate. Questo tipo di dipartimento è complementare ad una strutturazione dell'ospedale per intensità di cure; ii) *Dipartimento funzionale*: è un dipartimento di programmazione e di coordinamento e le strutture perseguono finalità comuni ma non ha compiti gestionali e di personale. È il dipartimento più adatto per quelli di tipo interaziendale.

Inoltre i dipartimenti più efficaci sono quelli *transmurali* che governano anche sul territorio le specialistiche che vi afferiscono. Il concetto di transmuralità comporta la costituzione delle *equipe multidisciplinari territoriali* ove la specialistica ospedaliera incontra sul territorio la medicina generale. La fine di ogni barriera fra ospedale e territorio deve essere ricercata attraverso la gestione dei processi di cura con percorsi condivisi fra le specialistiche del dipartimento e il territorio. Il raccordo con il territorio deve garantire la continuità assistenziale attraverso la definizione del piano di dimissione del paziente, gli interventi domiciliari, ed il successivo follow up in modo da assicurare l'assistenza nelle cure intermedie e socio sanitarie.² Da qui nasce l'esigenza che i dipartimenti per essere tali devono essere *multidisciplinari* perché il dipartimento fatto da UU.OO di una sola specialità introduce un elemento di rigidità e non permette di svolgere l'essenziale funzione di integrazione e governo clinico. Basilare è il rapporto *interprofessionale* dato che il tipo di assistenza odierna non può più prescindere dall'azione integrata non solo fra discipline ma anche fra le varie professioni sanitarie. Quindi il dipartimento deve essere multidisciplinare ed avere dei contatti stretti interprofessionali. La finalità di governo clinico si esplica nella creazione di percorsi assistenziali condivisi dentro l'ospedale che si proiettano anche all'esterno e quindi pensare all'attività come un processo continuo e non frazionato fra le varie specialistiche.

In questi ultimi anni i sistemi sanitari dei paesi sviluppati si sono orientati verso una attività integrata per intercettare i bisogni di una popolazione sempre più anziana con polipatologia e che si presenta con malat-

Corrispondente: Giancarlo Landini, SOC Medicina Interna, Ospedale Santa Maria Nuova, piazza Santa Maria Nuova 1, 50122 Firenze, Italia.
Tel.: +39.335.6925257.
E-mail: giancarlo.landini@asf.toscana.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright G. Landini, 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:567-568

tie riacutizzate piuttosto che con malattie acute. Oltre allo sviluppo delle cure primarie e le intermedie e la gestione proattiva delle patologie croniche a queste sfide il sistema sanitario ha risposto anche con l'ospedale per *intensità di cura* cioè un ospedale non più organizzato per unità operative ma per livelli di complessità assistenziale ed instabilità clinica articolato in piattaforme dove gli specialisti ruotano intorno all'ammalato e cooperano su percorsi condivisi e con modalità di presa in carico orientate alla cogestione del paziente.³

In realtà la complessità assistenziale dei nostri ammalati necessita sia dell'ospedale per intensità di cure che del dipartimento. Come il dipartimento si possa organizzare in ospedali per intensità di cure sarà la sfida dei prossimi anni.

La recente riforma della sanità toscana (legge 7 del Dicembre 2014) prova ad affrontare il problema proponendo il *dipartimento di medicina per intensità di cure* in cui, tutta l'area medica per intensità di cure, è organizzata in un unico dipartimento strutturale che gestisce il percorso unitario del paziente in ospedale. Questa organizzazione, che può preludere alla creazione della figura dell'*hospitalist*, valorizza molto la Medicina Interna che è la specialità che fa da tessuto connettivo a tutto il dipartimento (livello II) insieme

alla geriatria (livello III) e alla terapia intensiva (livello I). Nel dipartimento sono allocate tutte le specialistiche mediche che hanno possibilità di ricovero. Inoltre a comune vi è il servizio di day service multidisciplinare che connette il dipartimento al territorio. La riforma prevede anche dei *dipartimenti interaziendali* di programmazione che fanno interagire in maniera preordinata le aziende ospedaliero-universitarie con quelle territoriali. L'obiettivo è quello di creare una rete ospedaliera in cui si eliminino le duplicazioni di attività e si dia una risposta adeguata a tutti i cittadini in qualsiasi punto interagiscano con il sistema sanitario. L'assistenza ospedaliera di base è centrata sui *general hospital* dell'azienda territoriale mentre il II-III livello specialistico è organizzato dalle aziende ospedaliero-universitarie collegate strutturalmente al territorio con i dipartimenti interaziendali.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. I dipartimenti ospedalieri nel SSN: rapporto dell'indagine conoscitiva; 2007.
2. Nuti S. Priority setting in sanità. Bologna: Ed. Il Mulino; 2013.
3. Niccolai F, Nuti S. Intensità di cura e intensità di relazioni. Pisa: Edizioni ETS; 2012.

Modalità organizzative e clima interno nell'area medica

Stefano De Carli,¹ Roberta Re²

¹SOC Medicina Interna II, AOU S. Maria della Misericordia, Udine; ²SC Medicina Interna II, Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Italia

RIASSUNTO

La continua e necessaria evoluzione dell'organizzazione sanitaria dettata da esigenze sanitarie e socio sanitarie della popolazione e non ultimo economiche sta mettendo a dura prova l'organizzazione sanitaria storicamente fondata su rigide gerarchie gestionali ed organizzative. La nascita del Dipartimento che consente la coesione finalizzata di strutture compatibili per scopi e la possibilità di utilizzo integrato delle risorse può essere una soluzione organizzativa soprattutto se si accompagna ad un deciso sviluppo culturale delle aziende e dei medici afferenti in primis gli internisti che devono comunicare e cooperare per il raggiungimento di un equilibrio organizzativo finalizzato all'efficienza e all'appropriatezza. Il clima organizzativo all'interno, in primis della propria U.O. e in senso assoluto all'interno del Dipartimento e dell'Azienda, influenza il grado di partecipazione del personale e conseguentemente incentiva la motivazione dei componenti dell'organizzazione, inoltre favorisce lo sviluppo culturale e relazionale degli operatori con un vantaggio finale anche sulla qualità percepita dagli utenti.

Introduzione

Il decreto Balduzzi e il più recente patto stato-regioni hanno imposto una riorganizzazione del sistema sanitario per poter far fronte alle necessità di cambiamento dovute all'attuale contingenza economica e ai nuovi scenari sanitari. L'attuale sistema sanitario è ancora legato ad un'impostazione orientata al trattamento di patologie prevalentemente acute, con un ridotto controllo economico sulla spesa, premesse non più attuali.

La sfida di oggi e sempre più nel futuro mira a rendere sostenibile il sistema sanitario, contenendone la spesa e assicurando servizi di qualità tramite un adeguamento delle modalità di erogazione delle cure alle esigenze contemporanee.

La mutata epidemiologia e l'invecchiamento della popolazione con la prevalenza della cronicità richiedono, in uno scenario di diminuzione della spesa sanitaria, un trasferimento verso il territorio di trattamenti (soprattutto di tipo assistenziale) e della gestione della cronicità anche in caso di situazioni complicate e complesse attualmente trattate in ambito ospedaliero.

Le più recenti riforme sanitarie proposte dalle diverse realtà regionali, ispirate dal decreto Balduzzi e in linea con il patto della salute, stanno cercando di organizzare i percorsi di cura integrando le strutture ospedaliere con i servizi territoriali che verrebbero potenziati per garantire una continuità di lavoro con l'ospedale. La mancanza di un background culturale in grado di orientare i professionisti verso una collaborazione e integrazione finalizzate all'appropriatezza clinica e organizzativa mina le possibilità di realizzazione di tale processo. Storicamente la Medicina Interna rappresenta più di ogni altra disciplina il vero ponte fra ospedale e territorio, trovandosi a gestire patologie croniche, acute su croniche, malati complicati e complessi, già in sinergia con i Medici di Medicina Generale e avendo (nel tempo) sviluppato anche competenze assistenziali e organizzative.

I dipartimenti di medicina sono attualmente le strutture ideali per promuovere processi di riorganizzazione del futuro sistema sanitario.

Il dipartimento

Agli inizi degli anni '90 con il Decreto Legislativo (D.L.) 502/1992 si è introdotto nel Sistema sanitario Nazionale (SSN) la figura delle Aziende Sanitarie, rivoluzionando di fatto l'assetto organizzativo. Questa evoluzione nasceva dall'esigenza di aggiornare il SSN, spinti dalla consapevolezza dell'insostenibilità a lungo termine di un sistema che era nato nel 1978.

È stato modificato sensibilmente anche il ruolo del medico che è divenuto dirigente venendogli richiesta l'assunzione di un più moderno modus operandi. All'interno delle Aziende i ruoli con maggior peso manageriale sono del Direttore di Dipartimento e di

Corrispondente: Stefano De Carli, SOC Medicina Interna II, AOU S. Maria della Misericordia, Udine, Italia.
E-mail: decarli.stefano@aoud.sanita.fvg.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright S. De Carli e R. Re, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:569-574

Struttura Complessa che, idealmente, dovrebbero dedicare buona parte della propria attività nel coordinamento delle strutture loro affidate. Gli altri dirigenti medici pur dovendo acquisire strumenti che vanno oltre la semplice attività clinica, hanno prevalentemente responsabilità di tipo professionale.

Il dipartimento in particolare nasce per conseguire i seguenti obiettivi: i) *clinici*: il modello dipartimentale contribuisce infatti al miglioramento della qualità dell'assistenza favorendo percorsi di cura condivisi; ii) *organizzativi*: ovvero per l'esigenza di conseguire un migliore coordinamento delle attività di assistenza riferite a pazienti per il cui trattamento risulta indispensabile la convergenza di un sistema complesso di competenze e di risorse; iii) *economici*: perché più favorisce la gestione sinergica delle risorse a disposizione; iv) *strategici*: perché rappresenta non solo la sede deputata alla realizzazione del coordinamento, ma anche favorisce l'accrescimento di competenze e conoscenze necessarie per lo sviluppo delle organizzazioni.¹

Il dipartimento medico è l'ambito dove meglio si possono realizzare gli effetti in termini di efficacia derivanti da tale riorganizzazione. Già uno studio del 1997² evidenziava come l'aggregazione di più unità operative di medicina comportava una migliore gestione dei pazienti, non solo per i processi di cura, ma anche di educazione, con percezione degli stessi di una migliore qualità assistenziale. Tuttavia, a livello pratico, i dipartimenti non hanno dato tutti i risultati sperati. Non volendo elencare tutte le possibili cause che possono influenzare la mancata realizzazione dei dipartimenti, vogliamo comunque concentrarci su un elemento fondamentale, spesso trascurato, ma cruciale per favorire la creazione di un dipartimento funzionante: il favorire la maturazione di una cultura organizzativa e di un clima lavorativo in grado di supportare lo sviluppo di un sistema dipartimentale. Uno degli errori più frequenti nei processi di dipartimentalizzazione *forzata*, è stata la promozione di strategie top-down in realtà dove già mancavano le condizioni di collaborazione e di comunicazione già nelle unità operative afferenti.

Cos'è il clima organizzativo e in cosa si differenzia dalla cultura organizzativa

Clima e cultura organizzativi sono strettamente correlati, tuttavia per cultura organizzativa si intende l'intima struttura dell'organizzazione, ovvero i valori, le credenze e le assunzioni condivise, mentre con il clima organizzativo definisce la percezione del tipo di comportamento atteso e ricompensato all'interno di un'organizzazione.³ Inoltre differentemente dalla cultura che viene lentamente acquisita ed è consolidata, il clima ha una valenza più labile nel tempo e si presta

ad essere meglio modellato e studiato. La ricerca ha evidenziato come il clima lavorativo possa influenzare significativamente il desiderio dei lavoratori di apprendere e applicare le conoscenze e come ciò abbia implicazioni sui risultati conseguiti. Le motivazioni sono di tipo esterno: i) il livello salariale; ii) i benefit; iii) gli spazi lavorativi (ad esempio avere un proprio studio); iv) la sicurezza; v) il riconoscimento della propria professionalità da parte dell'utenza costituisce una motivazione esterna.

Le motivazioni interne sono più strettamente correlate al rapporto con la leadership essendo legate alle: i) opportunità professionali; ii) possibilità di carriera; iii) al riconoscimento della propria attività; iv) ai ruoli di responsabilità (Figura 1).

Secondo Kurt Lewin, uno dei più importanti studiosi del clima organizzativo, il comportamento dell'individuo è funzionale alla persona e all'ambiente, che sono quindi considerati elementi indipendenti. In ultima analisi i professionisti operano nel clima lavorativo, ma non ne sono solo parzialmente responsabili; a determinarlo infatti sono i manager e quindi la leadership. L'organizzazione dipartimentale richiede che la leadership abbia capacità di integrare le dinamiche interne all'organizzazione stessa e di influenzare positivamente sui collaboratori. Una tale prospettiva prevede che il dipartimento sia il luogo ideale di leadership partecipativa che comporta condivisione di risorse e competenze a elevato contenuto professionale, ma nel qual tempo è dove si possono sviluppare gli interessi della produzione (ovvero efficienza ed efficacia), degli operatori (motivazione-coinvolgimento) e degli utenti (soddisfazione).⁴ Sono molteplici gli strumenti proposti per misurare il clima organizzativo, una loro elencazione ed analisi va al di là delle finalità della nostra trattazione. Si tratta di questionari multidimensionali, che sono stati utilizzati per valutare anche le organizzazioni sanitarie, che considerano dimensioni talvolta diverse, ma hanno come base comune il fatto di riconoscere alle percezioni soggettive dell'ambiente di lavoro il ruolo principale per la comprensione del clima. Il concetto di clima organizzativo impedisce per propria caratteristica intrinseca di avere un modello di riferimento unico e comunemente adottato per la sua valutazione ed analisi. Non sono note agli scriventi indagini eseguite in dipartimenti medici, mentre è interessante rilevare come spesso emergano insoddisfazione da parte dei sanitari specie per la percezione di una bassa valorizzazione delle capacità professionali e delle qualità personali,⁵ così come l'assenza di feed-back tra personale e dirigenza, scarsa interazione professionale tra personale cooperante nella stessa Divisione (es., medico, infermieri, OSS), scarsa incentivazione, insufficienti attività di supervisione sul lavoro svolto e di *accountability* della dirigenza manageriale.⁶

Clima organizzativo e sviluppo dipartimentale incompiuto

La realizzazione di dipartimenti funzionanti ha trovato terreno fertile in quelle poche realtà dove esistevano un buon clima di lavoro, organizzativo e di collaborazione fra i colleghi che ha permesso di fare il salto successivo, rendendo efficace l'introduzione del dipartimento. La realizzazione dei dipartimenti, specie se di grandi dimensioni, più che un veloce processo *top-down*, deve basarsi su un più lento processo *bottom-up*. Per quanto sopra evidenziato, non è possibile riprodurre un medesimo modello organizzativo in realtà differenti. Come in medicina è importante la valutazione e la personalizzazione delle cure sulle esigenze cliniche del paziente che abbiamo di fronte in quanto le malattie sono simili tra loro ma i malati sono tutti differenti, così un sistema organizzato, che funzioni in una specifica realtà deve tener conto delle specificità in cui si trova a operare. La realizzazione di un buon clima lavorativo non è tanto una ricetta o un modello organizzativo che viene imposto, quanto l'applicazione quotidiana di buone pratiche, all'interno del gruppo di lavoro, che si fondono sulla comunicazione tra tutti i membri dello staff e sul rispetto che nasce dal riconoscimento dall'importanza del ruolo di ogni singolo operatore.⁷ L'auspicata realizzazione di quelle collaborazioni interprofessionali in un ambito dipar-

timentale e interdipartimentale, trova oggi nuove e più ambiziose frontiere in un panorama che si estende a considerare anche gli aspetti socio-sanitari e territoriali. Questi nuovi obiettivi risultano difficilmente realizzabili in un dipartimento che fatica a raggiungere quegli obiettivi di comunicazione e integrazione multi professionale ereditati da una tradizione monospecialistica, frammentaria e settoriale. Tra i diversi metodi di valutazione del clima organizzativo nel dipartimento medico e più in generale delle organizzazioni sanitarie che sono complesse ed eterogenee, quello che ci appare più interessante e idoneo a descriverne le dinamiche, è il *competing value framework* (CVF), sviluppato da Quinn e Rohrbaugh nei primi anni '80. Alla base del CVF è l'idea che, nonostante esista un insieme predominante di valori che caratterizza un'organizzazione, molteplici valori in competizione tra di loro possono coesistere al suo interno. Gli autori suddividono la cultura organizzativa secondo 4 tipologie differenti in base al loro grado di apertura (focus) verso l'interno o l'esterno (dimensione culturale orizzontale) e in base al grado di stabilità o all'opposto flessibilità strutturale (dimensione verticale) (Figura 2). Nella dimensione orizzontale si passa dall'attenzione primariamente agli aspetti interni dell'organizzazione perché le esigenze del cliente sono meno importanti fino all'interesse preponderante per le richieste degli stakeholders, particolarmente sentito nelle realtà con



Figura 1. Fattori che influenzano il clima organizzativo.

più spiccata competizione esterna. L'asse verticale sostanzialmente ci dà l'idea di chi prende le decisioni, si passa da un controllo decisionale completamente nelle mani degli apicali fino all'empowerment dei dipendenti che decidono loro stessi. La prima forma è caratterizzata da un alto grado di stabilità, sicurezza ed efficienza mentre nella seconda è preponderante la flessibilità e l'apertura al cambiamento. Il tipo di cultura organizzativa con cui ci troviamo a confrontarci non solo ha grossa importanza per definire l'evoluzione dell'organizzazione sanitaria in risposta alle esigenze della struttura e del mutare politico ma influenza anche la qualità percepita dai pazienti in quanto un modello caratterizzato da maggiore apertura, cambiamento e innovazione che si fonda sulla coesione dei lavoratori è generalmente premiato dalla maggiore soddisfazione dei pazienti rispetto ad uno caratterizzato da uno stretto controllo manageriale.⁸

La leadership elemento chiave del clima organizzativo e nel dipartimento

Dall'analisi della letteratura, infatti emerge come il clima organizzativo sia strettamente correlato alla qualità della leadership e di come sia necessario tener conto di due tipologie di relazioni: quella tra i dipendenti e l'organizzazione; quella tra i dirigenti e i dipendenti. Tali relazioni sono determinate dalle interazioni tra risultati e obiettivi, dalla struttura formale, dal processo di management, dagli stili di leadership e dal comportamento delle persone. Sebbene un buon clima non sia garanzia di efficienza organizzativa, è molto probabile che si ottenga una buona performance operativa laddove esista supporto e cooperazione e i dipendenti siano motivati a lavorare in maniera volenterosa ed efficace.⁹ La presenza di una leadership forte in grado di orientare le diverse professionalità verso gli obiettivi aziendali,

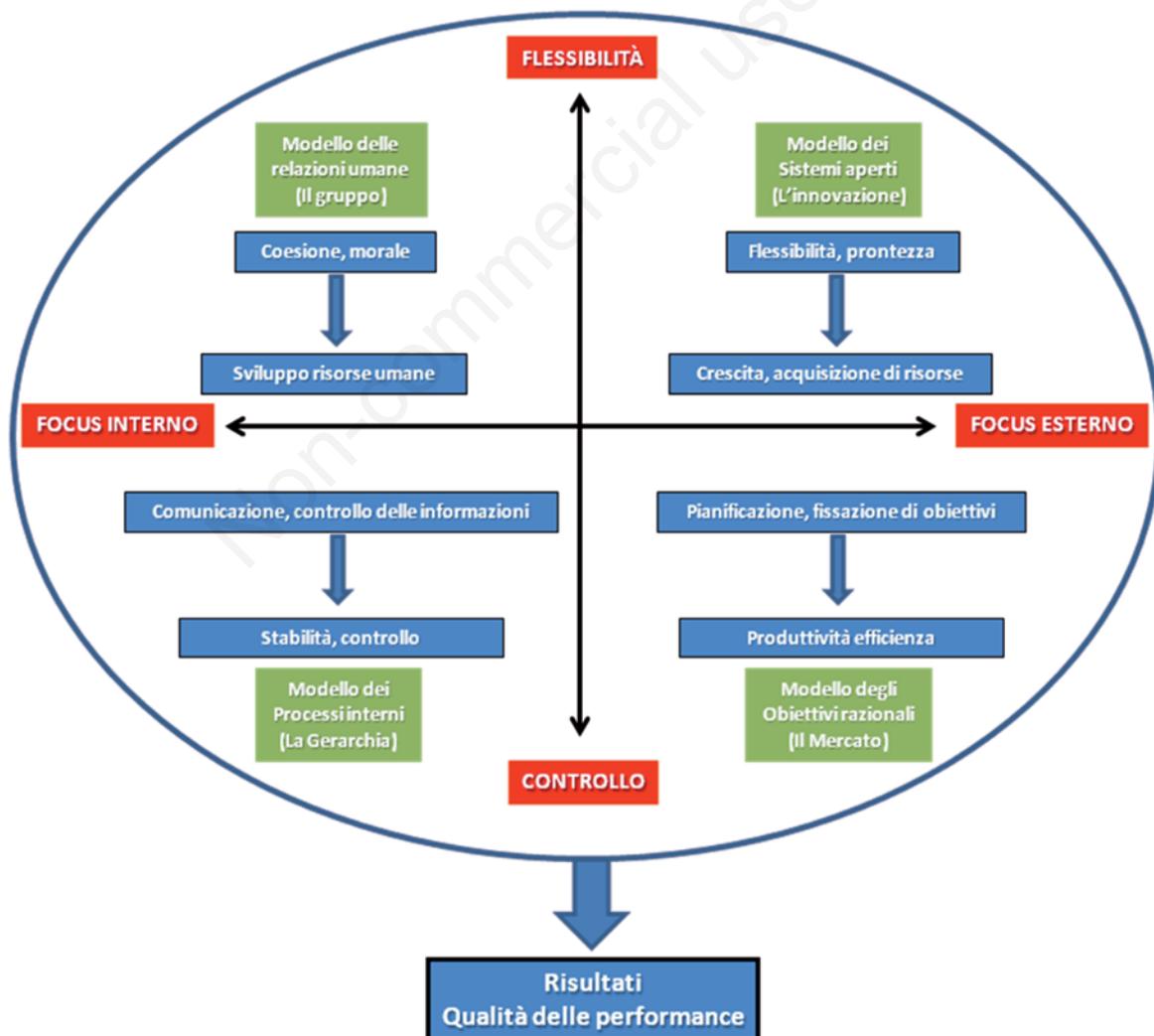


Figura 2. Competing value framework.

integrandoli nell'operatività lavorativa è una componente fondamentale per il raggiungimento del successo dell'organizzazione. Tra i differenti stili di leadership (Figura 3),¹⁰ quello affiliativo sembra, agli scriventi essere quello che meglio si confà al dipartimento medico, specie in prospettiva di cambiamenti organizzativi e per favorire l'impiego degli strumenti della *clinical governance*. Tale stile pone al centro le risorse umane e le loro caratteristiche individuali e collettive, più che agli obiettivi e ai compiti. La leadership si sforza di creare un'armonia fra i componenti dell'organizzazione mediante la continua condivisione con essi delle informazioni. È uno stile gestionale flessibile dove è presente autonomia, motivazione verso i componenti che acquisiscono autostima e continuo incoraggiamento a migliorare la comunicazione sia verticale che orizzontale.¹¹ Le aziende sanitarie e in ultima analisi i dipartimenti devono essere considerati come *learning organization* ovvero capaci di capire e governare la complessità attraverso un apprendimento dinamico, possibile solo dove i decisori favoriscano la flessibilità e l'autonomia dei membri dell'organizzazione. Tuttavia le dinamiche di selezione di un capo dipartimento sono però state prevalentemente orientate alla promozione del migliore specialista, dell'interlocutore più in sintonia con le politiche aziendali, se non sulla spinta di motivazioni di razionalizzazione economiche che difficilmente si sposano con quelle capacità di leadership necessarie per la realizzazione di un dipartimento.

La comunicazione interprofessionale come stimolo al miglioramento del clima organizzativo

La comunicazione interprofessionale è fondamentale e allo stesso tempo un punto critico del clima organizzativo in quanto è per lo più basata sulla sensibilità e cultura del singolo operatore. Le attuali prospettive di evoluzione della figura dell'internista nelle Aziende con il duplice ruolo di interlocutore privilegiato con il territorio e con gli specialisti ospedalieri comporta il doversi interfacciare con tutte le figure professionali mediche e di area sanitaria. In particolare all'interno dell'ospedale in un'evoluzione per intensità di cure, anche in Italia si sta prospettando la creazione di un medico tutor del paziente similmente all'hospitalist di tradizione anglosassone. Si tratta di una figura medica specialistica che negli USA ha avuto un impatto favorevole su outcome di efficienza (costi) e di efficacia (outcome di salute) con riduzione del periodo degenza.^{12,13} I rapporti con gli altri membri del team sanitario a qualsiasi livello sono fondamentali: la comunicazione è infatti un punto chiave dell'attività di cura del paziente. In uno studio si è evidenziato come l'hospitalist destini il 69% del tempo per gestire indirettamente il paziente e di questo il 35% è impiegato nell'interazione e comunicazione con gli altri specialisti.¹⁴ Non è secondario l'aspetto della comunicazione all'interno della propria U.O. in quanto è necessario superare il modello antico che ca-

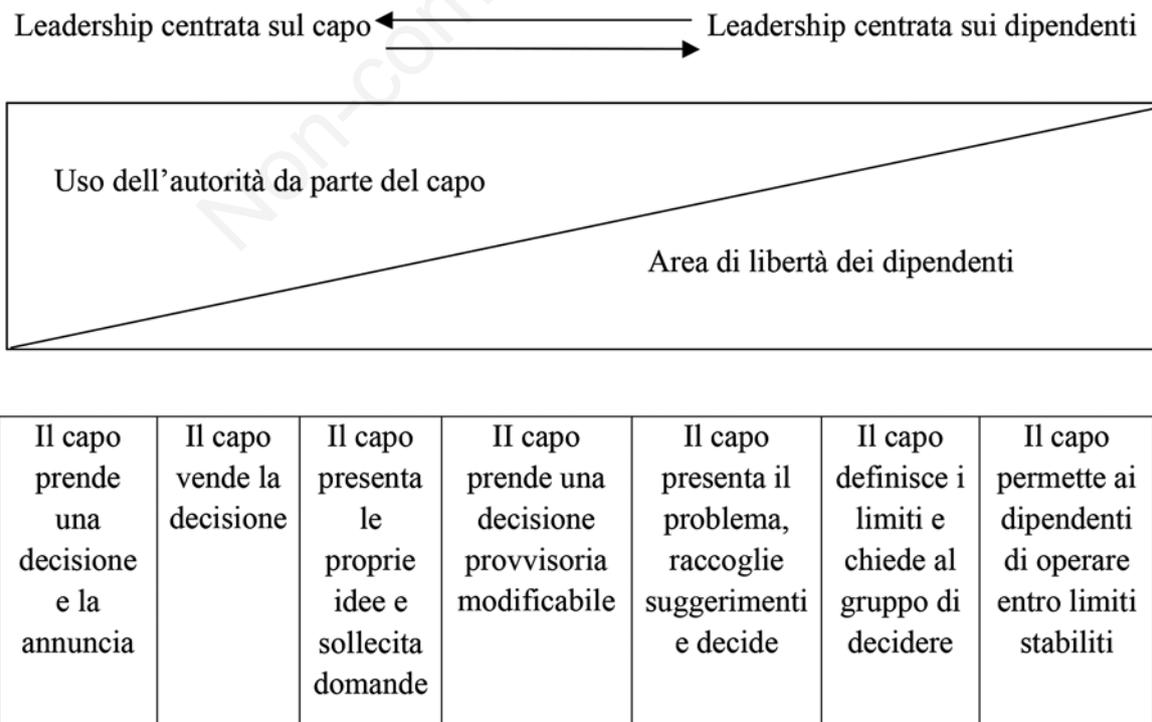


Figura 3. Schema di classificazione degli stili di leadership.

talogava in modo gerarchico le figure professionali afferenti alla struttura. Il nodo decisionale riguardo al percorso clinico più congruo per un determinato paziente nasce dall'interazione tra le competenze cliniche del medico ma anche dalla valutazione congiunta sanitaria o socio-sanitaria dell'infermiere, del fisioterapista, dell'assistente sociale, dell'operatore socio sanitario, ecc. La comunicazione tra queste differenti figure professionali è auspicabile che sia orizzontale e non verticale proprio in virtù del miglioramento dei risultati in relazione alla collaborazione reciproca.^{7,15} Il dipartimento, in quanto luogo dove si possono meglio realizzare modelli organizzativi di Clinical Governance può favorire questa comunicazione, permettendo la crescita in senso macro, dell'azienda, meso, dei gruppi di lavoro, anche attraverso azioni sinergiche interdipartimentali. Gli stessi professionisti, in quanto motivati e armonizzati da una comune vision e mission possono realizzare più facilmente gli obiettivi prefissati e quindi avere migliori risultati in termine di salute dei pazienti.

Conclusioni

In un sistema da decenni teso al raggiungimento di obiettivi a tutti i costi, assistiamo quotidianamente agli effetti disgreganti connessi alla mancata cura di un positivo clima lavorativo. Si intende rilanciare il ruolo e il significato di alcuni strumenti di lavoro fondamentali per gestire il cambiamento, in primis la valutazione e la promozione del clima lavorativo quale strumento irrinunciabile per veicolare il cambiamento nelle organizzazioni sanitarie. Non sono emersi dalla ricerca in letteratura studi di valutazione del clima organizzativo specifici per i dipartimenti di medicina interna.

Bibliografia

1. Cicchetti A. I dipartimenti ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale: origini, evoluzione, prospettive. Milano: Franco Angeli; 2012.

2. Hanlon P, Beck S, Robertson G, et al. Coping with the inexorable rise in medical admission: evaluating radical reorganization of acute medical care in Scottish District General Hospital. *Health Bulletin* no. 55, 1997.
3. Zohar D, Luria G. A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates. *J Appl Psychol* 2005;90: 616-28.
4. Bevere F, Fontana F. *Management e leadership*. Roma: N. Fioriti ed.; 2009.
5. Marino G, Boccafogli B, Guerzoni A. Clima organizzativo e rapporti di lavoro: un'esperienza. *Mecosan* 2000;33:103-8.
6. Borcic I, Caroli G, Ermano MT. Il clima organizzativo: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone. *Mecosan* 2003;45:122-31.
7. van Schaik SM. Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Med Educ* 2014;48:583-92.
8. Ancarani A. How are organisational climate models and patient satisfaction related? A competing value framework approach. *Social Sci Med* 2009;69:1813-18.
9. Coli E, Giachi L, Giuffrida S, et al. Il benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni: significati ed evoluzione in letteratura. *Indagine sul benessere organizzativo nel CNR*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche; 2012.
10. Fontana F. *Il sistema organizzativo aziendale*. Milano: Franco Angeli; 1997.
11. Zanetti M. *Il medico e il management*. II ed. Roma: Accademia Nazionale di Medicina; 2007.
12. Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 2002;287:487-94.
13. Southern WN, Berger MA, et al. Hospitalist care and length of stay in patients requiring complex discharge planning and close clinical monitoring. *Arc Intern Med* 2007;167:1869-74.
14. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Baker DW. How hospitalist spend their time insights on efficiency and safety. *J Hosp Med* 2006;1:88-93.
15. Gotlib Conn L, Reeves S, Dainty K, et al. Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:437.

Malattie endocrino-metaboliche in area medica: percorsi clinico-assistenziali ed implicazioni economiche

Mario Cappagli,¹ Simonetta Barbieri,² Veronica Scardigli,³ Cristina Rossi,⁴ Lanfranco Sanna,⁴ Elisa Romano⁵

¹SSD Endocrinologia; ²SS Accreditamento; ³SC Governo Clinico; ⁴Medico di Medicina Generale; ⁵Clinical Risk Manager - ASL 5 "Spezzino", Regione Liguria, Italia

Introduzione

Le endocrinopatie costituiscono una classe di patologie eterogenee e multiformi, a carattere sistemico e ad espressione multi-organo. A causa della sovrapposizione con altre discipline e specialità, l'epidemiologia delle endocrinopatie costituisce un esercizio complesso, reso meno agevole dal fatto che alcune malattie, sebbene ampiamente diffuse, sono difficilmente intercettabili, in quanto i pazienti che ne sono affetti non necessitano di ricovero, non usufruiscono di esenzioni, non consumano farmaci specifici ma consumano notevoli risorse del SSN. Branca rilevante dell'Area Dipartimentale Medica, talvolta inserita come Struttura autonoma, l'Endocrinologia è spesso presente nell'articolazione organizzativa delle Unità Operative di Medicina Interna, dove viene esercitata prevalentemente in ambito ambulatoriale specialistico, con un modello simile a quello della Diabetologia. All'ambulatorio di Endocrinologia afferiscono pazienti inviati dai MMG o da altri reparti ospedalieri per l'inquadramento diagnostico e terapeutico delle malattie endocrino-metaboliche, ad esclusione del diabete. Il rischio di sottoporre il paziente a lunghe attese e di effettuare esami inutili, talvolta anche dannosi, rende necessario definire percorsi clinico assistenziali agili ed economicamente sostenibili, inseriti nel proprio contesto e condivisi con tutti gli attori coinvolti, sulla base di priorità strategiche indicate dai clinici, reale parte attiva del processo clinico-organizzativo.

Corrispondente: Elisa Romano, ASL 5 "Spezzino", La Spezia, Italia.
E-mail: elisa.romano@asl5.liguria.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright M. Cappagli et al., 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:575-582

Costruzione dei PDTA

Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali hanno ribadito il ruolo strategico dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) nella definizione di modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare, per il trattamento delle patologie croniche. Molto spesso, però, i PDTA sono solo un'accurata progettazione culturale, che, riproducendo le linee guida delle Società Scientifiche, non si preoccupa di adattare ai contesti locali, non identifica gli indicatori e non stabilisce le modalità del monitoraggio dei risultati ottenuti, in termini di efficacia ed efficienza. L'approccio clinico deve essere accompagnato dalla valutazione degli aspetti epidemiologici, gestionali ed organizzativi. D'altra parte, il semplice utilizzo della banca dati assistito (BDA), strumento spesso utilizzato per individuare e classificare tutti i soggetti affetti da patologie croniche, non è in grado di distinguere le diverse fasi evolutive delle patologie esaminate e di metterle in relazione con i reali bisogni clinico-assistenziali.

Il processo inizia con la mappatura delle cronicità, continua con la costruzione di PDTA condivisi con la rete dei professionisti ma assume una valenza di reale utilità solo dopo valutazione dell'impatto delle misure adottate sulle liste di attesa e su indicatori predefiniti.

I PDTA devono essere veri e propri itinerari intrapresi all'interno della rete assistenziale, ma il paziente deve essere *consapevole* di percorrere una strada privilegiata e deve aderire sottoscrivendo un *patto di cura* personalizzato con il quale acconsente al percorso proposto e si impegna ad interpretare un ruolo attivo nella gestione della malattia.

Obiettivi del progetto aziendale PDTA

Gli obiettivi del progetto aziendale PDTA sono: i) definire un percorso metodologico aziendale per l'elaborazione, la formalizzazione, la diffusione, l'applicazione e il monitoraggio dei PDTA; ii) verificare se i percorsi elaborati possano ritenersi PDTA secondo i criteri stabiliti dall'Azienda e quanto siano applicati.

Fase propedeutica: definizione delle priorità, sulla base degli obiettivi strategici aziendali

Fasi operative

- i) Costituzione del Gruppo di Lavoro Aziendale Multiprofessionale (GLAM): prevede un coordinatore designato dalla Direzione Aziendale, comprende tutti i professionisti coinvolti nel percorso (specialisti, MMG, professionisti sanitari non medici, altri professionisti di supporto metodologico dell'area *risk management, clinical governance, SIA, qualità, direzione sanitaria di presidio*);
- ii) Elaborazione del PDTA: ricerca, valutazione critica e scelta delle Linee Guida di riferimento maggiormente accreditate (in genere datate non più di 3-4 anni), eventuale integrazione con ricerche bibliografiche aggiuntive e adattamento alla realtà locale, definendo i professionisti coinvolti, le procedure, i setting assistenziali, le tempistiche, gli indicatori con i relativi standard di riferimento, le modalità di aggiornamento;
- iii) Formalizzazione del PDTA: condivisione e firma da parte dei Responsabili delle Strutture coinvolte, verifica tecnica da parte del/dei Direttori di Dipartimento interessato/i, verifica di coerenza documentale da parte della S.C. Pianificazione e Qualità organizzativa, approvazione della Direzione Sanitaria Aziendale (previo parere del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e/o Dipartimento Cure Primarie);
- iv) Implementazione operativa e diffusione/comunicazione del PDTA: definizione del piano di implementazione, presentazione ai professionisti coinvolti, tramite riunioni e/o eventi formativi, distribuzione del documento alle Strutture interessate, inserimento sul sito intranet aziendale, comunicazione all'esterno (inserimento sul sito internet e/o comunicato stampa), coinvolgimento delle associazioni di pazienti;
- v) Valutazione dell'impatto dei PDTA tramite Audit clinico. Un'ulteriore valutazione dei PDTA viene eseguita in ambito regionale attraverso una *Scheda di ricognizione dell'attività di produzione e revisione dei Piani Diagnostici Terapeutici*.

PDTA in area endocrino-metabolica

Fase propedeutica: definizione delle priorità

L'analisi delle malattie endocrine in ASL 5 è stata effettuata utilizzando i dati disponibili dei soggetti con patologia cronica, elaborati attraverso l'applicazione sperimentale del Progetto Nocchiero.¹ Il progetto prevede la mappatura dei pazienti cronici a partire da banche dati tipicamente utilizzate a fini amministrativi. L'utilizzo integrato delle informazioni amministrative

permette di accedere a informazioni cliniche e di assegnare una patologia cronica all'assistito sulla base degli specifici consumi sanitari. Anche se con un certo margine di approssimazione, si ottiene il quadro epidemiologico della popolazione identificando l'utilizzo dei consumi degli assistiti.

In sintesi, il Progetto Nocchiero² è lo *Sviluppo e applicazione di un sistema per l'individuazione di gruppi di popolazione omogenei per caratteristiche cliniche e relativa analisi della domanda*. Il metodo descritto nel Progetto è l'evoluzione di esperienze diffuse e consolidate presso altre regioni, in particolare in Lombardia, dove, già dal 2002, è stata elaborata la BDA.³⁻⁵ Nel contesto dell'ASL 5 "Spezzino" l'implementazione sperimentale dei criteri individuati nel Progetto Nocchiero porta alla costruzione di BDA che contiene l'elenco di tutti gli assistiti dell'Asl, a ciascuno dei quali viene assegnata l'eventuale patologia cronica a partire dai dati delle esenzioni e dei consumi delle prestazioni sanitarie (ricoveri, farmaci, prestazioni specialistica ambulatoriale) con la valorizzazione dei consumi sanitari. Ci si è avvalsi dei dati forniti dalla Farmacia Ospedaliera relativamente al consumo di farmaci e della fonte SIO relativamente ai dati SDO esaminati. I dati elaborati con il Progetto Nocchiero sono riferiti alla popolazione residente alla data del 31/12/2011, popolazione costituita da 231.889 abitanti di cui 120.722 femmine (52,06%) e 111.167 maschi (47,93%).

Dalla composizione degli assistiti si evince che il 27% della popolazione è rappresentata da ultrasessantacinquenni di cui il 58,5% femmine e il 41,5% maschi. Incrociando i dati delle esenzioni per patologia, delle SDO, del consumo farmaci, dei PAC e della Specialistica Ambulatoriale sono state individuate 13 famiglie di patologie croniche che interessano 85.721 soggetti (37% della popolazione). Nell'ambito di queste 13 famiglie la XII è costituita dalla malattia endocrina e metabolica. Sono state prese in considerazione le patologie di interesse endocrinologico, ad eccezione del diabete e delle dislipidemie (afferenti in ASL 5 ad altre strutture di riferimento).

Escludendo tali sotto-popolazioni risultano affetti da patologie endocrinologiche 9856 soggetti pari al 4,2% della popolazione residente. Di questi ben 8321 (84%) sono di sesso femminile. La mediana dell'età per queste endocrinopatie è situata fra i 55 e i 58 anni. In questo elenco, non esaustivo di tutta la patologia endocrina, le malattie più rappresentate sono costituite dall'ipotiroidismo (congenito ed acquisito), dalla tiroidite di Hashimoto e dal morbo di Basedow (ipertiroidismo) rispettivamente 5798, 2749 e 912 casi.

L'ipotiroidismo congenito è l'endocrinopatia più frequente nell'infanzia con un'incidenza di 1/3000-4000 nati ed un rapporto femmine/maschi di 2,5:1. Questa forma viene diagnosticata attraverso lo scree-

ning neonatale, che in Liguria è centralizzato (Genova). L'ipotiroidismo acquisito dell'adulto presenta una prevalenza del 5% nella sua forma subclinica e del 1-2% nella forma manifesta: le donne risultano colpite in un rapporto di circa 7:1 rispetto ai maschi. Nella popolazione di età >65 anni aumenta significativamente la prevalenza sia dell'ipotiroidismo subclinico (5-10%) che della forma manifesta (2-5%). Considerato che la popolazione spezzina di ultrasessantacinquenni è pari a 62.605 individui, si possono stimare, in questa fascia di età, oltre 6000 casi di ipotiroidismo (noto e misconosciuto) che potenzialmente possono afferire alla struttura sanitaria con domanda delle seguenti prestazioni: esami di laboratorio, visita endocrinologica, ecografia del collo, esami indotti per morbilità associata all'ipotiroidismo e follow-up. Riguardo l'ipertiroidismo (morbo di Basedow) la prevalenza riscontrata in ASL5 (912 casi) è in linea con i dati nazionali. Nonostante alcuni limiti dell'analisi, il quadro che emerge è quello di un'alta prevalenza di patologie endocrinologiche nel territorio, imputabile in parte alla composizione della popolazione sempre più anziana, in cui prevale il sesso femminile, più colpito dalle malattie endocrine ed in parte a fattori verosimilmente territoriali. L'analisi evidenzia come questa alta prevalenza sia associata ad un elevato consumo di risorse.

Produzione dei PDTA della patologia tiroidea

Definite le priorità cliniche in ambito endocrinologico, tenendo conto dei rispettivi ruoli e competenze dei MMG e degli specialisti ospedalieri, la produzione di PDTA specifici è stata elaborata e condivisa dai clinici con il supporto delle strutture Risk Management e Qualità/Accreditamento, entrambe in staff alla Direzione Generale.

La presenza del Risk Manager garantisce la gestione della sicurezza del paziente nell'ottica dell'appropriata presa in carico e la struttura Qualità/Accreditamento controllava la validità documentale dei percorsi secondo i criteri previsti dal GIMBE,⁶ inseriti in una Delibera della Direzione Generale⁷ aziendale. Sono stati prodotti i PDTA dell'ipotiroidismo e dell'ipertiroidismo, di cui si allegano le flow chart (Figure 1 e 2).

L'ipertiroidismo, a causa del decorso clinico imprevedibile e del rischio cardiovascolare associato, resta quasi completamente affidato allo specialista mentre l'ipotiroidismo, dopo la stabilizzazione della terapia, può essere preso in carico dal MMG che invia il paziente allo specialista solo in casi selezionati o di persistente instabilità terapeutica. Occorre considerare che l'ipertiroidismo, per caratteristiche patogenetiche,

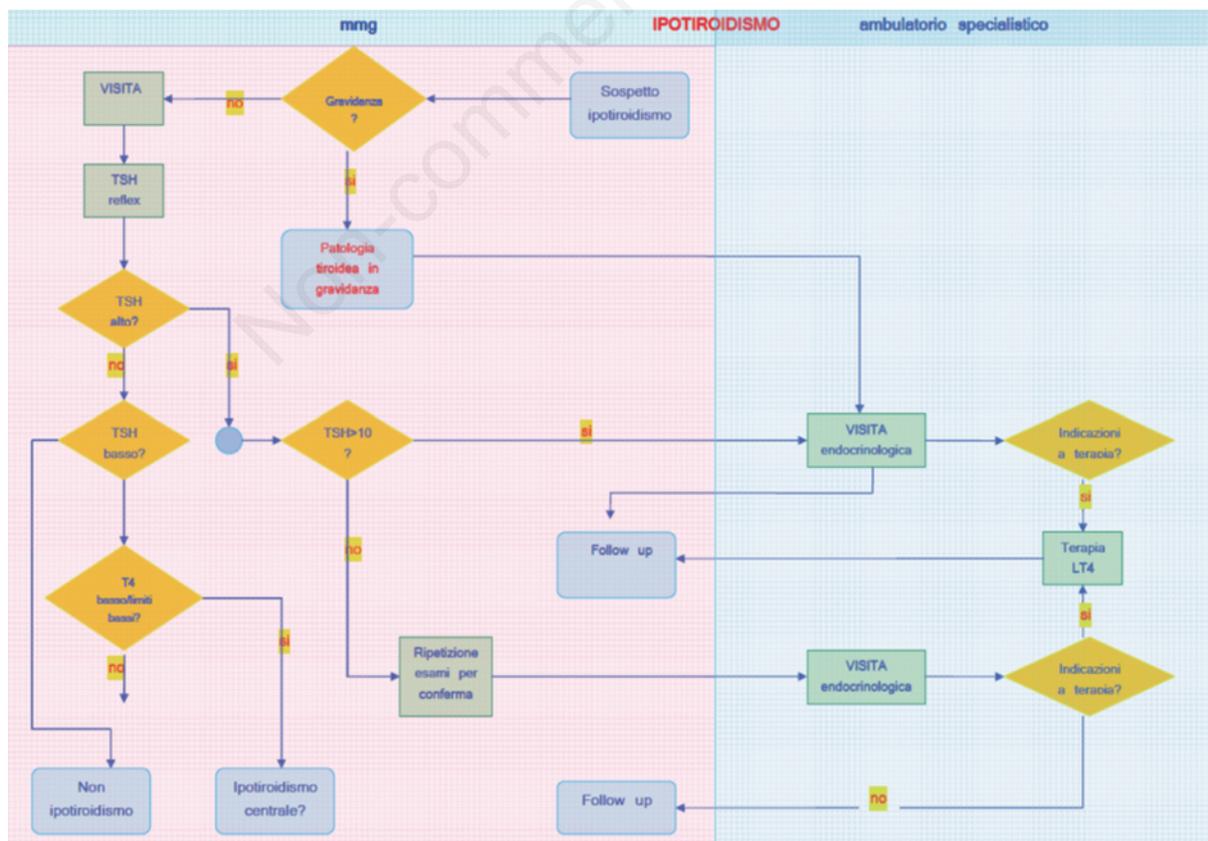


Figura 1. Flow chart dell'ipotiroidismo conclamato.

quasi mai va incontro a remissione completa con la terapia medica: per questo motivo, questa categoria di pazienti particolarmente se anziani, necessita spesso di un trattamento definitivo che può essere chirurgico (tiroidectomia totale) o radiometabolico (radioiodio) in base al quadro clinico e all'età. La presa in carico dei pazienti candidati a terapia chirurgica o radiometabolica comporta per il SSN un significativo consumo di risorse, per cui, al fine di facilitare e standardizzare l'approccio chirurgico, è stato formalizzato un PDTA in condivisione con gli specialisti delle S.C. Chirurgia e ORL nell'ambito della Chirurgia tiroidea, comprensiva anche della patologia nodulare.

Il TSH reflex

La diagnostica tiroidea è associata ad un eccessivo costo economico legato all'inappropriatezza, mentre è possibile mantenere un'alta qualità diagnostica organizzando gli esami di laboratorio in modo mirato e sequenziale, riducendo i costi e i tempi di esecuzione senza diminuire sensibilità e specificità.

Il TSH è il *termostato* della ghiandola tiroidea. A fronte di minime variazioni della concentrazione degli ormoni tiroidei, la risposta del TSH è amplificata di decine di volte con modalità log-lineare: in sintesi bastano minime riduzioni di T4 e T3, anche nel range di

normalità, per determinare un incremento significativo del TSH.

L'approccio diagnostico, che si basa sulla determinazione iniziale del solo TSH, seguito *a cascata* da altri esami *solo* in caso di valore patologico dell'ormone tireotropo, prende il nome di TSH reflex o *riflesso* o *a cascata* (Figura 3).

Tappe metodologiche:

- In caso di dubbio diagnostico viene misurato solo il TSH;
- Se il TSH rientra nel *range* di normalità il soggetto è classificato eutiroideo e non vengono richiesti altri esami;
- Se il TSH è al di sotto del limite inferiore si dosa nella stessa seduta analitica l'FT4: i) se questa è alta la *cascata* si ferma e il soggetto è classificato ipertiroidico; ii) se l'FT4 è normale, si dosa nella stessa seduta analitica l'FT3;
- Se la concentrazione del TSH è al di sopra del limite superiore vengono misurati, nella stessa seduta, FT4 e AbTPO.

Nella bozza del DPCM LEA 2015 per la prima volta il TSH reflex è stato inserito nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali con il codice 90.41.08 e diventerà quindi *routine*, ma, poiché tale modalità richiede un peculiare assetto organizzativo anche di tipo amministrativo per la corretta gestione delle im-

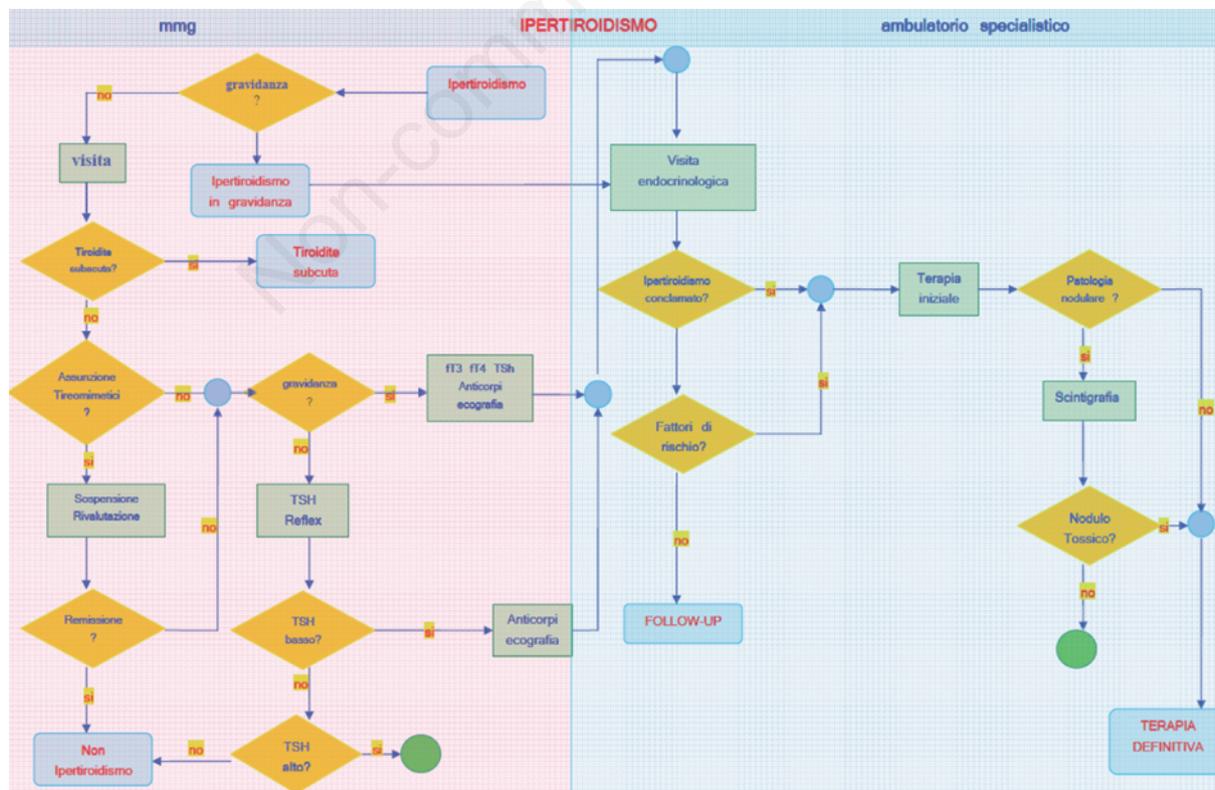


Figura 2. Flow chart dell'ipertiroidismo conclamato.

pregnante e la giusta corresponsione della quota assistito, implicando l'apporto delle competenti strutture aziendali, è necessario, per poterlo validare e renderlo cogente, un periodo di sperimentazione di almeno 6 mesi, seguito da un audit.

L'osteoporosi

Nella patogenesi dell'osteoporosi (OP), malattia caratterizzata da fragilità ossea e aumentato rischio di

frattura, sono implicati meccanismi endocrini ed inoltre alcune forme secondarie di osteoporosi riconoscono una precisa causa ormonale.

Applicando i dati di prevalenza dello Studio italiano ESOP: *Epidemiological Study On the Prevalence of Osteoporosis 2000*, alla popolazione spezzina (2011) e considerando una prevalenza minima di malattia del 23% per le femmine (50-79 anni) e del 14% per i maschi (60-79 anni), la stima dei pazienti affetti da osteoporosi (T-score < -2.5 alla densitometria

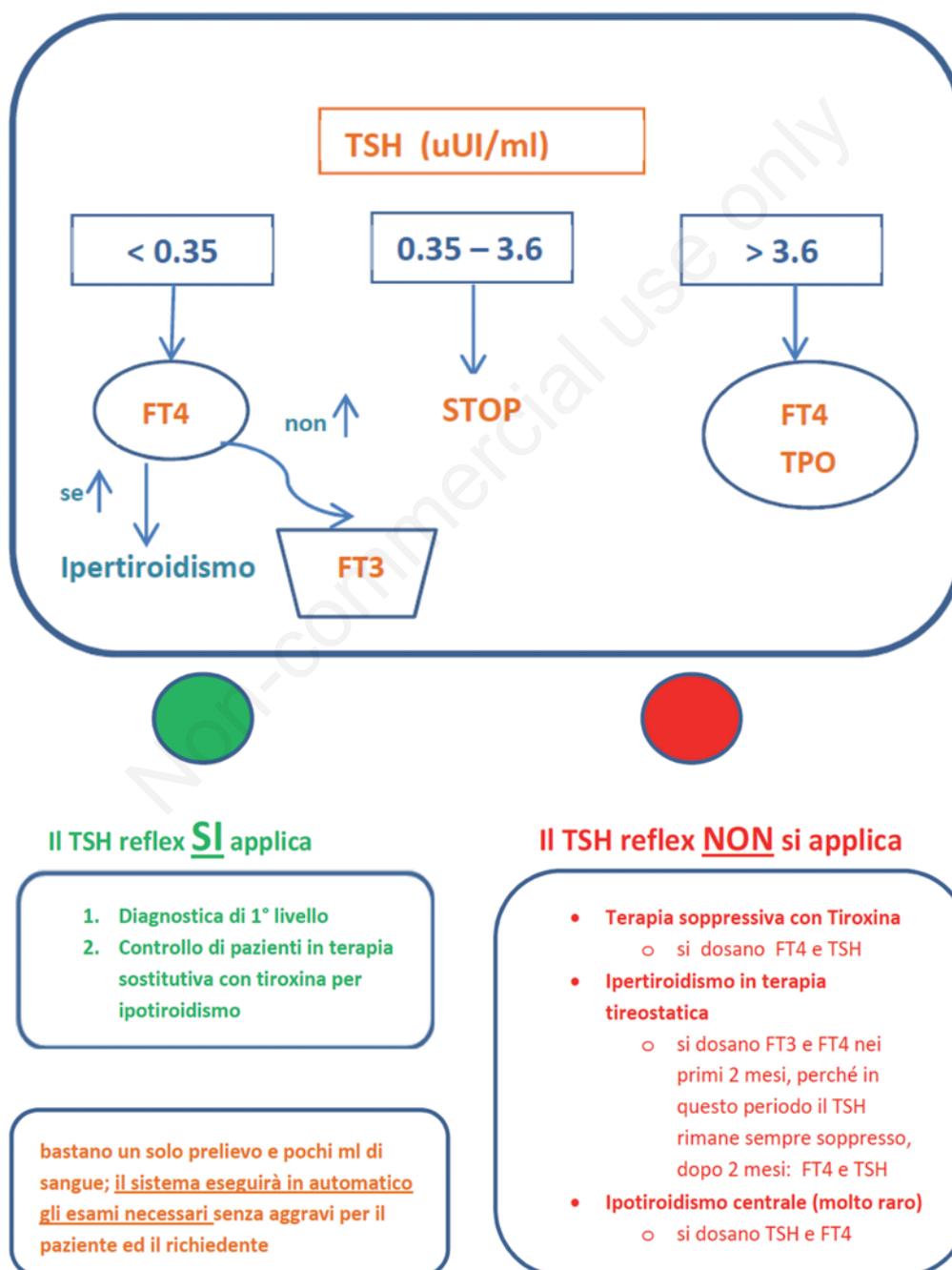


Figura 3. Algoritmo del TSH reflex.

ossea, secondo OMS) risulta essere quella indicata nella Tabella 1.

Dall'analisi sono stati esclusi i pazienti affetti da osteopenia (T-score tra -1 e -2.5 secondo OMS). Si può stimare, quindi, che il 6% della popolazione spezzina sia potenzialmente affetto da osteoporosi, dato abbastanza rilevante, che impone alcune riflessioni economiche.

Sono stati analizzati i dati di specialistica ambulatoriale - anno 2014 - e i dati forniti dalla Farmacia Ospedaliera sul consumo di farmaci antiosteoporotici. Nel 2014 gli assistiti che sono stati sottoposti a densitometria DEXA sono stati 3594 (1,7% della popolazione ASL5 al 2013, fonte ISTAT). Per quanto riguarda, invece, il consumo di farmaci antiosteoporotici, gli assistiti che nel 2014 hanno ricevuto farmaci esclusivi (gruppo ATC M05B bifosfonati semplici o in associazione, ranelato di stronzio, denosumab) sono risultati 2661 (1,2% della popolazione spezzina), di cui 2127 donne di età tra 65 e 85 anni (80% del gruppo) e 133 uomini di pari età (5%). La spesa sostenuta dall'ASL 5 per questi farmaci ammonta a 437.967 € (di cui 350.373 per la popolazione femminile). I dati confermano, pertanto, che la maggior quota della spesa farmaceutica per l'osteoporosi riguarda la popolazione ultrasessantacinquenne di sesso femminile.

L'osteoporosi è una malattia che espone ad un elevato rischio di frattura. I siti più colpiti sono il polso, le vertebre, il femore, l'omero e la caviglia. Non esiste, tuttavia, un'accurata statistica di tali fratture su tutto il territorio nazionale, in quanto, come illustrato nel no. 4/2010 dei *Quaderni della Salute del Ministero*:⁸ *nella classificazione ICD-9 esiste la dicitura frattura patologica per le fratture che avvengono in assenza di trauma o per trauma minimo ma, nella comune pratica clinica, sono considerate patologiche solo le fratture di origine neoplastica primitiva o secondaria. Pertanto risulta difficile discernere tra fratture su base neoplastica ed osteoporotica anche perché, difficilmente, nella codifica delle patologie, viene utilizzato un criterio eziologico.*

L'incidenza delle fratture osteoporotiche è estrapolata grossolanamente dalle fratture traumatiche (Cod. ICD9-CM 820-821) stimando sul criterio dell'età quelle che possono essere di origine osteoporotica. Sono stati considerati i dati delle schede di

dimissione ospedaliera (SDO) anno 2014, desunti da fonte SIO:⁹ le schede di pazienti di età compresa tra i 71 e i 99 anni che in diagnosi principale riportano il codice della frattura di femore (ICD9CM 820.XX-821.XX) sono state 433 di cui 337 femmine (78%) e 96 maschi (22%). Di queste schede soltanto 39 riportano l'indicazione della malattia osteoporotica (Cod. ICD9-CM 733.0X) in seconda e terza diagnosi, nettamente sottostimate sia rispetto al no. di fratture che ai dati attesi. I dati nazionali¹⁰ indicano che la maggior incidenza di fratture di verosimile origine osteoporotica, si verifica fra 75 e 90 anni con un picco fra 80 e 84 anni colpendo in grande prevalenza il sesso femminile. I dati dimostrerebbero, quindi, un'incidenza di fratture femorali di 60/10.000 abitanti in questa fascia di età. Considerando che il costo medio di una frattura femorale (ricovero + riabilitazione) a livello nazionale è di 12.625 €, si può desumere un costo complessivo di 5.466.625 €, esclusi i costi derivanti da eventuali co-morbidità indotte o da invalidità INPS e senza valutare la mortalità.

Per quanto riguarda le fratture osteoporotiche vertebrali, nella fascia di età fra 56 e 92 anni, sempre desunte dalle SDO (fonte SIO) i dati rilevano 6 fratture patologiche e 89 fratture traumatiche. Nelle 6 fratture patologiche nessuna riporta l'osteoporosi come eziologia. Delle 89 fratture traumatiche quelle che riguardano pazienti di età >56 anni ammontano a 60 di cui 41 femmine (68%) e 19 maschi (32%); solo in 10 casi l'osteoporosi è stata indicata tra le diagnosi secondarie.

Dividendo le fratture per decenni di età e partendo da 56 anni (età nella quale è probabile la prima comparsa di osteoporosi) i risultati hanno evidenziato una maggior incidenza di frattura nella fascia di età compresa fra 60 e 89 anni.

I dati sulle fratture vertebrali sono meno accurati di quelli sul femore in quanto è noto che in una percentuale compresa tra 50 e 80% esse sono asintomatiche e, pertanto, non afferendo i pazienti né ai P.S. né alla struttura sanitaria, sono perlopiù diagnosticate incidentalmente *ex-post*.

Come riportato ancora nei *Quaderni della Salute* no. 4 del luglio-agosto 2010 - Appropriately diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità ossea da osteoporosi: *i dati disponibili sono spesso incompleti e discordanti perché ricavabili solo da studi epidemiologici su campioni limitati o dalle*

Tabella 1. Prevalenza stimata dell'Osteoporosi nell'ASL 5.

Sesso	Età	Prevalenza	OP (stima)
Femmine	45,015 (50-79 aa)	23%	10,353
Maschi	24,976 (60-79 aa)	14%	3496
			13,849 (6%)

statistiche sulle SDO che, tuttavia, sono attendibili soprattutto per quanto concerne le fratture femorali, le uniche che richiedano sempre un ricovero.

Per quanto riguarda la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi, considerando che le terapie antiosteoporotiche manifestano una efficacia a lungo termine e che solitamente il paziente (quasi sempre donna) aderisce al trattamento in una fascia d'età compresa tra 55 e 80 anni, si possono fare le seguenti considerazioni: i) i pazienti resteranno in trattamento, a cicli, per un lungo periodo alternando i farmaci antiosteoporotici ed assumendo, quasi continuativamente, vitamina D per la cronica carenza in tutta la popolazione; ii) per ridurre il rischio di frattura le misure terapeutiche proposte, comprensive di un corretto stile di vita, dovrebbero essere iniziate molto precocemente, nella donna in età peri-menopausale

Questo approccio, caldeggiato dagli esperti, deter-

minerebbe un'anticipata riduzione del rischio di frattura (dell'ordine del 45%) diminuendo la perdita di massa ossea e riducendo, quindi, l'incidenza di fratture osteoporotiche in età più avanzata. Un investimento precoce comporterebbe una successiva riduzione della spesa sanitaria. Si segnala, ai fini dell'onere economico, che la spesa per tali farmaci rappresenta, sul territorio nazionale, solo lo 0,026% di tutta la spesa farmaceutica.

In ASL5 la densitometria ossea con tecnica DEXA è eseguita in Endocrinologia mentre l'ambulatorio per l'Osteoporosi, è svolto presso le strutture di Endocrinologia e di Geriatria, regolato da un PDTA formalizzato nel 2014, con la supervisione del Risk Management.

PDTA Osteoporosi: l'accesso alla MOC con richiesta del MMG o dello specialista può avvenire secondo uno dei percorsi illustrati in Figura 4.

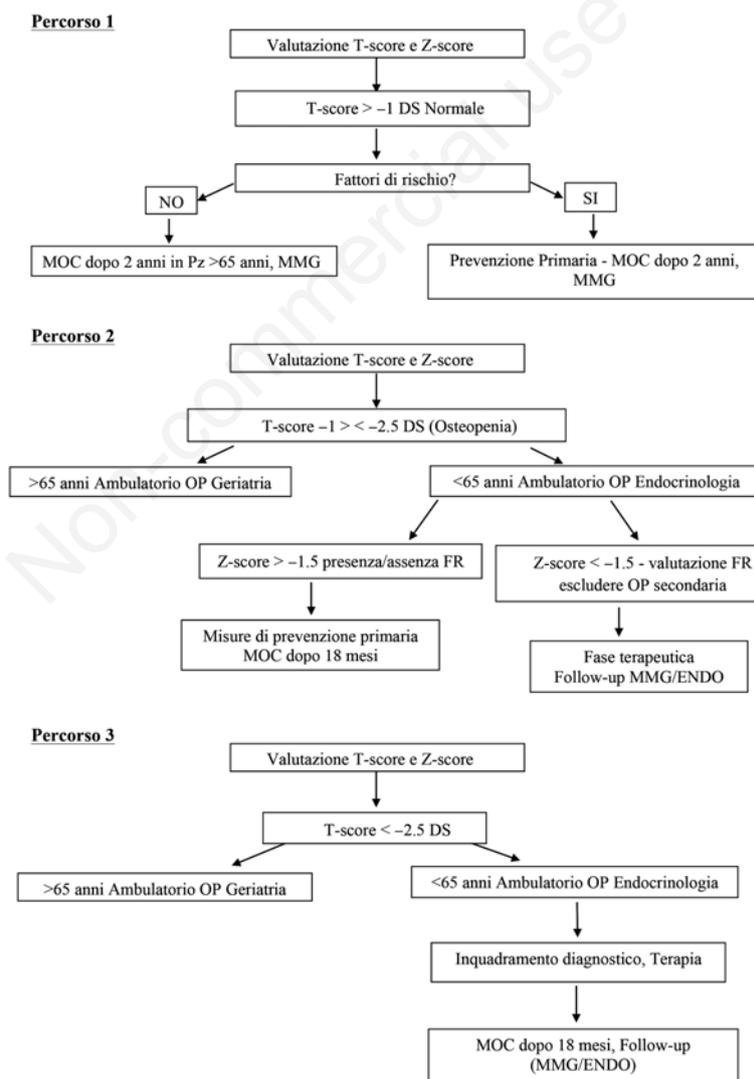


Figura 4. PDTA Osteoporosi - 3 percorsi.

Conclusioni

La scelta delle priorità da proporre alla Direzione Generale, accompagnata da una valutazione economica, è il primo passo per iniziare un approccio clinico-organizzativo di tipo bottom up nella gestione multidisciplinare delle malattie endocrine, spesso trascurate perché ritenute poco diffuse. Naturalmente è necessario per il futuro disporre con regolarità di dati a cadenza periodica per dimensionare quantitativamente e qualitativamente la validità del processo, osservando gli scostamenti rispetto ai risultati attesi sull'andamento delle patologie osservate.

Quanto sopra allo scopo di governare in modo appropriato la domanda di prestazioni che ne deriva ed eventualmente rimodulare l'offerta prevedendone i costi e l'impiego di risorse.

Bibliografia

1. Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino". Le persone con patologia cronica prese in carico dall'ASL 5 "Spezzino" nell'anno 2011, a cura della S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione. Disponibile su: <http://www.asl5.liguria.it/Home.aspx>
2. ARS Liguria. Atti del convegno - La cronicità in Liguria: dai costi standard all'analisi del fabbisogno; Progetto Nocchiero, 14 dicembre 2009 Genova. Disponibile su: http://www.arsliguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=273:atti-del-convegno---la-cronicità-in-liguria:-dai-costi-standard-all'analisi-del-fabbisogno&catid=15:archivio-storico&Itemid=109
3. Cerra C, Lottagli S. Utilizzo di banche dati amministrative per il calcolo dei costi di patologie croniche e/o degenerative. Un metodo per la mappatura dei consumi sanitari degli assistiti dal SSN. *PharmacoEconomics Ital Res Art* 2004;6:141-9.
4. Indelicato A, Lonati F, Saleri N, Buzzetti R. La banca dati assistito. Le persone con patologia cronica prese in carico nell'ASL della provincia di Brescia nell'anno 2002; pubblicazione 02. Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brescia; luglio 2004. Disponibile su: <http://www.aslbrescia.it/media/pdf/pubblicazioni/colana%20pub02.pdf>
5. Lonati F, Saleri N, Magoni M, et al. La banca dati assistito. Le persone con patologia cronica prese in carico nell'ASL della provincia di Brescia; anni 2002-2004. Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brescia; aprile 2006. Disponibile su: <http://www.aslbrescia.it/media/pdf/pubblicazioni/BDA2004.pdf>
6. Fondazione GIMBE. Framework GIMBE "Dalle linee guida ai percorsi assistenziali"; Bologna, marzo 2011. Disponibile su: <http://www.gimbe.org/pagine/669/it/2011>
7. Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino". Delibera DG ASL 5 n. 1034 del 18/12/2014 "Approvazione del Progetto aziendale PDTA per l'elaborazione, formalizzazione, diffusione, applicazione e monitoraggio dei PDTA aziendali". Disponibile su: <http://www.asl5.liguria.it/Home.aspx>
8. Ministero della Salute. Appropriately diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità da osteoporosi. Quaderni del Ministero della Salute n. 4; luglio-agosto 2010. Disponibile su: <http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/4-luglio-agosto-2010.php>
9. SIO (Sistema Operativo Ospedaliero) Aziendale. Schede di Dimissione Ospedaliera 2014 (SDO).
10. Piscitelli P, Brandi ML, Tarantino U, et al. Incidenza e costi delle fratture di femore in Italia: studio di estensione 2003-2005. *Reumatismo* 2010;62:113-8.

Cure palliative: nuova branca specialistica o competenze da riscoprire?

Giuseppe Chesi,¹ Paolo Montanari,¹ Roberto Nardi²

¹UOC Medicina Interna, Ospedale C. Magati, Scandiano (RE), AUSL di Reggio Emilia; ²Servizio Assistenza Anziani, Distretto di Scandiano (RE), AUSL di Reggio Emilia, Italia

Cure palliative: un fenomeno emergente

Sulla scorta di una importante sensibilizzazione dell'opinione pubblica le cure palliative, o cosiddette tali, sono diventate argomento emergente sia in ambito medico che in ambito pubblico in generale.¹ Al punto che molto recentemente anche il Parlamento italiano ha licenziato una legge *ad hoc* (la legge 38),² realizzata, oltre che per disciplinare la materia, per dare risposte a ciò che, talora in maniera anche non del tutto appropriata, l'opinione pubblica, sensibilizzata sul problema, richiedeva. Il termine *cure palliative* ed i suoi ambiti sono stati inizialmente introdotti alla fine degli anni '60 in ambito oncologico in Gran Bretagna da Cicely Saunders,³ ma solo dai primi anni duemila hanno cominciato ad occupare spazio ed interesse nella letteratura medica e negli ambiti di organizzazione sanitaria. Recentemente anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ne ha stilato una specifica definizione.⁴

Cure palliative: un concetto in estensione per una presa in carico globale della persona

Il concetto di fondo che questa definizione esprime è che per cure palliative dovrebbero intendersi quelle cure rivolte a migliorare la qualità della vita tramite il trattamento dei sintomi presenti in pazienti affetti da malattie acute, subacute o croniche non altrimenti guaribili. In particolare ci si riferisce al dolore ma, nella

definizione dell'OMS, che peraltro fa riferimento anche al concetto di salute intesa nella maniera più ampia possibile, si sottolinea come l'approccio palliativistico dovrebbe essere particolarmente attento non solo ai problemi fisici, ma anche ai problemi psicosociali e spirituali di ogni singolo soggetto e della famiglia o dell'entourage in generale che lo circonda. Non necessariamente quindi si tratta di cure da riservare alle fasi ultime od ultimissime della vita.⁵ Anzi, sempre più si ritiene che la presa in carico globale di una persona malata dovrebbe comprendere in contemporaneità la cura attiva per la malattia, qualora possibile e la cura dei sintomi, con l'obiettivo di ottenere la miglior qualità di vita possibile. Quella strategia di cura che dagli autori anglosassoni viene definita come *simultaneous care*.⁶

Curare i sintomi e non soltanto la malattia

Se, come ci insegna il *Liverpool care pathway* (LCP),⁷ è ormai ben documentato che un percorso ben disegnato ed applicato può consentire di migliorare decisamente la condizione ed il periodo di fine vita di numerosi pazienti, vari studi riportati negli ultimi anni hanno esteso il concetto di cure palliative riferendolo come necessario approccio non soltanto alle fasi ultime di una malattia, ma anche come adiuvante di eventuali trattamenti attivi.⁸ Questo è stato dimostrato soprattutto in ambito oncologico dove, in alcune neoplasie avanzate, affiancando il trattamento attivo con le cosiddette *best supportive care* si sono potuti documentare risultati positivi anche sulla sopravvivenza dei soggetti oltre che sulla loro qualità di vita.⁹

Non solo il paziente oncologico

Vi è poi tutta una serie di patologie croniche e più o meno lentamente progressive di ambiti estremamente svariati nelle quali negli ultimi anni l'attenzione, oltre che alle cure attive, si è anche parzialmente spostata all'approccio nelle fasi più avanzate e considerabili *terminali* di malattia.¹⁰ Nonostante ancora vi siano resistenze da parte di diversi

Corrispondente: Giuseppe Chesi, UOC Medicina Interna, Ospedale C. Magati, viale Martiri della Libertà 2, 42019 Scandiano (RE), Italia.
Tel.: +39.0522.850447.
E-mail: chesig@ausl.re.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright G. Chesi et al., 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:583-587

settori specialistici e talora anche da parte di pazienti e familiari che, illusi da una martellante propaganda in merito alla straordinaria efficacia di cure sempre nuove per le patologie di cui sono affetti, rifiutano e non accettano che non ci sia più una cura *efficace*, anche nello scompenso cardiaco,¹¹ nella BPCO in stadio avanzato,¹² nella demenza in stadio avanzato,¹³ nella insufficienza renale cronica terminale, *etc.*, sta prendendo piede il concetto che vi sia una fase della malattia nella quale l'aspetto di tipo palliativistico debba prevalere sulle cure *attive*. Recentemente un documento congiunto di diverse società specialistiche italiane, coordinato dalla SIAARTI, a testimonianza di come la problematica cominci ad interessare anche tali settori, ha cercato di definire ambiti, finalità e tipologie di intervento in diverse patologie terminali non oncologiche.¹⁴ In questo documento in maniera del tutto inspiegabile non hanno però trovato posto le società scientifiche dei medici internisti, che, come è ben noto, nei loro reparti ricoverano la maggior parte di questi pazienti in fase avanzata di malattia.

Una sfida anche di tipo etico

Ed è evidente come questo approccio di parziale abbandono di cure definibili come *attive* su una specifica malattia a favore di una scelta di trattamento prevalentemente *sintomatico*, comporti una serie di riflessioni di tipo etico che coinvolgono non soltanto la classe medica, il personale infermieristico dedicato, ma anche la società e la collettività intera, facendo aprire dibattiti¹⁵ che a volte risultano inconcludenti in quanto privi della necessaria base di conoscenze scientifiche che tutto questo presupporrebbe.

Accettare i limiti della medicina: si può sempre curare, ma non sempre guarire

Ma, a nostro giudizio, la grande questione, e cioè la domanda principale alla base di questo percorso *palliativistico*, riguarda il modo nel quale si è sviluppata la professione medica, ma anche più in generale, il sistema delle cure nei paesi occidentali ed anche nel nostro paese. I grandi progressi di conoscenze, di sviluppo di tecnologie e di implementazione di farmaci nuovi sempre più potenti ed efficaci hanno spinto verso una illusione collettiva che ha contagiato un po' tutti e che ha realizzato nella mentalità di molte persone l'idea che tutto possa guarire. Che non esistano cioè più malattie mortali con tutto quanto ne consegue in termini anche di aspettative e di contenziosi medico-legali. Si è passati cioè dal concetto vero, tramandato dal codice deontologico fin da Ippocrate, che ogni

persona può essere oggetto di cura e presa in carico a quello che *cura* sia soltanto ciò che può guarire. Da una medicina orientata a curare i sintomi perché povera di tecnologie e di mezzi terapeutici a una medicina che deve per forza guarire perché la tecnologia e i nuovi strumenti terapeutici lo impongono.

L'eccesso di tecnologia ed il rischio di una disumanizzazione della medicina

Da qui anche una deviazione sempre più ampia verso una medicina impersonale, asettica, dove l'ascolto, il racconto dei sintomi, la ricerca di empatia lasciano il posto ad una frenetica prescrizione di esami ed a una incalzante sequenza di trattamenti terapeutici sempre più pesanti ed impegnativi sia per le persone che per le strutture ed anche, non di rado, in termini economici non pienamente giustificabili per il sistema sanitario. Non vi è dubbio che anche la branca cosiddetta della *medicina palliativa* possa essere sorta come *parziale* risposta ai tumultuosi cambiamenti avvenuti in questi ultimi decenni nella medicina, cercando di colmare lo spazio del dialogo, dell'ascolto e della presa in carico globale che una medicina eccessivamente tecnologica e specialistica aveva progressivamente abbandonato.

L'abbandono terapeutico e la necessità di riscoprire una dimensione di medicina palliativa

Negli ultimi anni i medici di medicina generale sono stati sempre più oppressi dalla burocrazia e si sono create maggiori difficoltà all'ascolto e al dialogo con i pazienti. D'altra parte la medicina ospedaliera, seppure negli ultimi anni stia cambiando la sua rotta ritornando faticosamente a concetti olistici¹⁶ dopo decenni di frammentazione specialistica, è stata spesso responsabile dell'*abbandono terapeutico* di pazienti una volta che fosse stata decretata, anche senza particolare enfasi, l'impossibilità di proseguire con terapie *attive*.

E questo prevalentemente in ambito oncologico ma non solo, in quanto generalmente il pensiero specialistico è orientato prevalentemente alle terapie *attive*, anche se ultimamente, a partire proprio da questo ambito si è cominciato a prestare maggiore attenzione alla qualità della vita considerando in maniera più attenta i non rari effetti collaterali che le terapie attive generano. L'obiettivo di incrementare la sopravvivenza, anche se di poche settimane o mesi, di incrementare l'intervallo libero da malattia, di osservare anche solo una risposta obbiettiva positiva, rimane comunque tuttora predominante in ambito oncologico rispetto alla messa in atto di strategie palliativistiche capaci di una più completa ed efficace presa in carico

(e negli ultimi anni il concetto espresso dagli autori anglosassoni come *simultaneous care* ha voluto stressare la opportunità di fornire in maniera contemporanea cure *attive* e cure palliative non solo nelle ultime fasi della malattia). Invece non di rado, ancora oggi, dopo la terapia attiva, portata avanti spesso in maniera acritica fino alle ultime fasi della malattia, come documentato anche da studi recenti italiani,¹⁷ vi è il nulla, il deserto terapeutico, l'abbandono del paziente. Ed era evidente come questo vuoto dovesse in qualche modo essere colmato. Ed è altrettanto evidente che un medico di medicina generale non abituato a farsi carico di queste problematiche, non poteva assumerne pienamente la gestione, anche perché molte volte il paziente e la sua famiglia non erano stati assolutamente preparati a questa situazione di *quasi terminalità* e quindi continuavano a pensare di poter disporre ancora di cure *guaritive*.¹⁸ E così, per dare risposte a queste situazioni obiettivamente di difficile gestione sono sorte in questi ultimi 10-15 anni figure definite come *palliativisti* sia in ambito medico che in ambito infermieristico.¹⁹ Parallelamente sono state attivate strutture, a volte tipo *Hospice*,²⁰ a volte ambulatoriali,²¹ altre volte inserite in ambiti di servizi territoriali domiciliari che hanno cominciato a implementare modelli di assistenza multidisciplinare e multi professionale a questi ammalati, partendo prevalentemente dall'ambito oncologico verso il quale vi era indubbiamente la maggiore urgenza. Ma progressivamente, una sempre maggiore presa di coscienza che, tanto maggiore è la fragilità e la *terminalità* di un soggetto, tanto maggiore è la necessità di una presa in carico ha fatto sì che idee e modelli di questo tipo venissero proposti anche per altre patologie croniche nella loro fase finale quali lo scompenso cardiaco e la BPCO. Anche la demenza avanzata è ormai oggetto di diversi studi di ambito palliativistico.²² Poiché, comunque, molti pazienti di questo tipo giungono ugualmente al ricovero ospedaliero, una competenza nell'ambito delle cure palliative, purtroppo poco enfatizzata o del tutto dimenticata sia nel corso di studi per la Laurea in Medicina che nei diversi corsi di specializzazione, sempre più viene richiesta anche ai medici ospedalieri, specie di area internistica.²³

Medicina palliativa: un approccio precoce e non solo nelle fasi terminali di malattia

È evidente come un approccio di questo tipo che sarebbe auspicabile già prima della vera e propria fase di *terminalità* della malattia, deve richiedere non soltanto l'applicazione di trattamenti farmacologici *ad hoc* ma richieda dialogo, supporto psicologico, formulazioni di alleanze con l'intero entourage familiare, capacità di scelte e decisioni anche di tipo etico.¹⁵ E questo evocerebbe indubbiamente la necessità di una

formazione specifica per chi deve occuparsi di questi pazienti e non solo.²⁴

Chi può e deve occuparsi di questi aspetti della cura?

Ma è utile ed opportuno separare, anche in termini di chi cura, la fase attiva di una malattia rispetto alla fase più avanzata e terminale? E ancora, il medico di medicina generale che meglio di altri probabilmente conosce il paziente e la sua famiglia deve rimanerne fuori? Ma la domanda sostanziale che soprattutto, come medici, occorre che oggi ci poniamo è che cosa significa esercitare la nostra professione. Semplicemente potrebbe voler dire curare, fare star meglio, venire incontro ai bisogni di salute delle persone che ci sono affidate. Bisogni di salute che come dice la OMS riguardano non soltanto la sfera fisica, ma anche la sfera psichica e spirituale. Bisogni di salute che devono essere intercettati partendo dall'ascolto, dal dialogo e dal tempo *consumato* a fianco del paziente. Elementi che chi avuto in carico per lungo tempo una persona dovrebbe avere a disposizione; elementi quindi che sia il medico di famiglia che lo specialista, che hanno avuto in cura per lunghi periodi il paziente, dovrebbero avere maturato. Specie se durante il periodo di presa in carico fosse stata posta un'attenzione particolare, cosa non sempre presente, alla cura dei sintomi unitamente alla cura della malattia. Quella che oggi viene definita come *simultaneous care*.^{8,9}

Quale sintomatologia siamo chiamati a trattare? Per farlo è richiesta una competenza specialistica?

E d'altra parte, quali sono i sintomi prevalenti che possono comparire in un soggetto affetto da una malattia oncologica avanzata, da uno scompenso cardiaco o da una bronco-pneumopatia cronica ostruttiva avanzata se non il dolore,²⁵ la dispnea,²⁶ l'inappetenza, disturbi dell'alvo,²⁷ depressione del tono dell'umore,²⁸ ansia, fatica, astenia, ecc.²⁹ Sintomi che possono comparire in numerose situazioni ed in numerosi scenari e che possono essere a volte curati in maniera discretamente efficace con un approccio esclusivamente *sintomatico*. È possibile che un medico, che una persona che si definisce tale e che vuole essere tale non abbia nessuna competenza nel trattamento di questi sintomi? Se chiedessimo a qualcuno la definizione di un medico che non sa curare il dolore, che non sa curare il tono dell'umore, che non sa curare l'insonnia, eccetera, quale definizione ne potrebbe essere data se non quella di uno che non è capace di fare il suo mestiere? Queste abilità dovrebbero essere parte delle competenze di ogni medico.

Cultura palliativistica piuttosto che specializzazione

E quindi è da definirsi come concetto non corretto quello di promuovere la *medicina palliativa* come una nuova branca specialistica, come qualcosa che deve essere appannaggio di pochi. Occorrerebbe piuttosto parlare di *cultura palliativistica* e cioè, alla luce anche delle nuove conoscenze psicologiche e terapeutiche, far crescere in tutta la categoria medica, a partire dal periodo di formazione e quindi dall'Università per proseguire nell'ambito delle diverse specialità mediche, una competenza adeguata ai tempi. Competenze quindi di terapia del dolore conoscendone i farmaci e il loro uso appropriato,³⁰ competenze nell'uso dei farmaci di base capaci di modulare e controllare il tono dell'umore e l'ansia, competenze nel trattamento di sintomi dell'apparato gastroenterico spesso correlati alla malattia, nel trattamento non causale della dispnea,³¹ ecc. Inoltre competenze di tipo comunicativo e di ascolto,³² nonché di ambito etico³³ per evitare a pazienti *terminali* inutili accanimenti terapeutici quali quelli che potrebbero essere ad esempio il posizionamento di un sondino naso gastrico o di una PEG in un paziente non oncologico ma affetto da una demenza avanzata che progressivamente si è allettato e che è diventato fortemente disfagico.³⁴ E questo può e deve essere fatto sia sul territorio che per coloro che vengono ricoverati in ospedale con malattie in stadio avanzato o terminale e nelle fasi ultime della loro vita, attuando le migliori e più efficaci strategie di accompagnamento.^{35,36}

Competenze di base per tutti e competenze avanzate per qualcuno

Poi come in tutti gli ambiti occorreranno anche i super esperti,³⁷ quelli cioè che sanno impiantare un catetere epidurale, che sanno gestire una pompa elastomeric per infondere in maniera graduale farmaci che possano controllare adeguatamente quei sintomi che la terapia orale o transdermica non ha saputo debellare ed infine anche, se occorrerà, esperti psicologi in grado di accompagnare il paziente e la famiglia in questa difficile fase di malattia.³⁸ Tuttavia non dovranno essere costoro ad avere primariamente in carico il paziente ma, come in tutti gli ambiti specialistici, verranno attivati di volta in volta dal medico di medicina generale o dal curante ospedaliero o specialista ogni qualvolta ne possa ravvedere la necessità.³⁹ Anche dal punto di vista dell'impatto psicologico su un paziente una continuità di questo tipo e cioè il concepire la cura non soltanto nella fase di impiego di farmaci *attivi*, ma anche nelle fasi di maggior utilizzo di farmaci *sintomatici* otterrebbe un risultato sicuramente migliore.

Eviterebbe comunque una sindrome di abbandono quale quella che si realizza una volta che un paziente, in grado di intendere, percepisce che non vi è più speranza di guarigione per la sua malattia e difficilmente questa percezione può essere sollevata dal comprendere che rimane comunque la possibilità di controllare i sintomi e di migliorare la qualità della vita.⁴⁰

Meglio un approccio parallelo (contemporaneità di cure di supporto e cure attive) fin dalle prime fasi di malattia

Diverso è quando la terapia attiva e contemporaneamente la cura dei sintomi e le terapie di supporto (the best supportive care per gli autori anglosassoni) vengono realizzati in un percorso parallelo nel quale gli attori sono in maniera unitaria medici ed infermieri dell'equipe curante ed il paziente e il suo entourage. Probabilmente questo sarà un percorso ancora lungo e richiederà diversi passi indietro da parte di diverse aree specialistiche, in primo luogo la oncologia, ma è l'unica strada.⁴¹ La strada che deve identificare il pacchetto di competenze che ogni medico deve possedere per curare e metterlo in condizione di poterlo fare efficacemente. Ed in questo pacchetto sia per lo specialista che per il medico di medicina generale, non possono mancare competenze di tipo comunicativo e nell'utilizzo più appropriato dei farmaci sintomatici.⁴² Altrimenti, da medici che hanno espresso nel giuramento di Ippocrate le caratteristiche del loro essere, inevitabilmente ci trasformeremo o in *tecnici* o in *burocrati* bravissimi nel loro campo ma certamente non adeguati a ciò che la cura di una persona a 360° oggi richiede.

Bibliografia

1. Payne R. Culturally relevant palliative care. *Clin Geriatr Med* 2015;31:271-9.
2. Legge 15 Marzo 2010, n° 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore. *Gazzetta Ufficiale* n° 65, 19 Marzo 2010.
3. Richmond C. Dame Cicely Saunders. *BMJ* 2005;331:238.
4. World Health Organization. Definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying: the last hours or days of life. *BMJ* 2003;326:30-4.
6. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2013;63:349-63.
7. Ellershaw JE, Murphy D. The Liverpool Care Pathway (LCP) influencing the UK national agenda on care of the dying. *Int J Palliat Nurs* 2005;11:132-4.
8. Meyers FJ, Linder J, Beckett L, et al. Simultaneous care: a model approach to the perceived conflict between in-

- vestigational therapy and palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:548-56.
9. Hui D, Kim YJ, Park JC, et al. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist* 2015;20:77-83.
 10. Johnson M, Fallon M. Just good care? The palliative care of those with non-malignant disease. *Palliat Med* 2013;27:803-4.
 11. Shi R. Current trends in palliative heart care. *Minerva Cardioangiol* 2015 [Epub ahead of print].
 12. Boland J, Martin J, Wells AU, Ross JR. Palliative care for people with non-malignant lung disease: summary of current evidence and future direction. *Palliat Med* 2013;27:811-6.
 13. van der Steen JT, Radbruch L, de Boer ME, et al. Achieving consensus and controversy around applicability of palliative care to dementia. *Int Psychogeriatr* 2015;10:1-13.
 14. SIAARTI: Gruppo di studio di Bioetica (a cura di). Grandi insufficienze d'organo "end stage": Cure Intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura - Documento approvato dal Consiglio Direttivo SIAARTI in data 22 aprile 2013.
 15. Guevara-López U, Altamirano-Bustamante MM, Viezca-Treviño C. New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. *BMC Med Ethics* 2015;16:11.
 16. Salvioli G, Foroni M. La medicina della complessità: la medicina interna e la geriatria. *G Gerontol* 2008;56:1-10.
 17. Lusiani L, Bordin G, Mantineo G, et al. Cure di fine vita nei pazienti oncologici terminali in *Medicina Interna*. *Ital J Med* 2012;6:110-5.
 18. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012;367:1616-25.
 19. Cameron D, Johnston B. Development of a questionnaire to measure the key attributes of the community palliative care specialist nurse role. *Int J Palliat Nurs* 2015;21:87-95.
 20. Dougherty M, Harris PS, Teno J, et al. Hospice care in assisted living facilities versus at home: results of a multisite cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:1153-7.
 21. Klein-Fedyshin M. Translating evidence into practice at the end-of-life: information needs, access and usage by hospice and palliative nurses. *J Hosp Palliat Nurs* 2015;17:24-30.
 22. Zahradnik EK, Grossman H. Palliative care as a primary therapeutic approach in advanced dementia: a narrative review. *Clin Ther* 2014;36:1512-7.
 23. [No authors listed]. Time for education in palliative care. *Lancet* 1997;349:1709.
 24. Potter G, Pesut B, Hooper BP, Erbacker L. Team-based education in a palliative approach for rural nurses and unlicensed care providers. *J Contin Educ Nurs* 2015;46:279-88.
 25. Bruera E, Paice JA. Cancer pain management: safe and effective use of opioids. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2015;35:e593-9.
 26. Ekström MP, Abernethy AP, Currow DC. The management of chronic breathlessness in patients with advanced and terminal illness. *BMJ* 2015;349:g7617.
 27. Erichsén E, Milberg A, Jaarsma T, Friedrichsen MJ. Constipation in specialized palliative care: prevalence, definition, and patient-perceived symptom distress. *J Palliat Med* 2015;18:585-92.
 28. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *Eur J Oncol Nurs* 2015 [Epub ahead of print].
 29. Rubin R. Improving the quality of life at the end of life. *JAMA* 2015;313:2110-2.
 30. Campbell ML. Caring for dying patients in the intensive care unit: managing pain, dyspnea, anxiety, delirium, and death rattle. *AACN Adv Crit Care* 2015;26:110-20; quiz 121-2.
 31. Guirimand F, Sahut d'izarn M, Laporte L, et al. Sequential occurrence of dyspnea at the end of life in palliative care, according to the underlying cancer. *Cancer Med* 2015;4:532-9.
 32. Considine J, Miller K. The dialectics of care: communicative choices at the end of life. *Health Commun* 2010;25:165-74.
 33. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2015 [Epub ahead of print].
 34. Congedo M, Causarano RI, Alberti F, et al. Ethical issues in end of life treatments for patients with dementia. *Eur J Neurol* 2010;17:774-9.
 35. Costantini M, Valenti D, Civardi G, Nardi R. Buone cure di fine vita in ospedale. Un obiettivo possibile e necessario. *Ital J Med* 2012;6:75-7.
 36. Costantini M, Ottonelli S, Canavacci L, et al. The effectiveness of the Liverpool care pathway in improving end of life care for dying cancer patients in hospital. A cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res* 2011;11:13.
 37. Canser E, Martinez-Serrano B, Sancho A, et al. Invasive techniques for pain management in palliative care: a single center experience. *Pain Pract* 2014;14:632-9.
 38. Hultman T, Reder EA, Dahlin CM. Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: the national consensus project and the national quality forum preferred practices for palliative and hospice care. *Omega (Westport)* 2008;57:323-39.
 39. Mitchell BL, Mitchell LC. Review of the literature on cultural competence and end-of-life treatment decisions: the role of the hospitalist. *J Natl Med Assoc* 2009;101:920-6.
 40. Ferrell BR. Overview of the domains of variables relevant to end-of-life care. *J Palliat Med* 2005;8:S22-9.
 41. Pantilat SZ. Hope to reality: the future of hospitalists and palliative care. *J Hosp Med* 2015 [Epub ahead of print].
 42. Prazak KA, Lester PE, Fazzari M. Evaluation of physician assistant student knowledge and perception of competence in palliative symptom management. *J Allied Health* 2014;43:e69-74.

Strumenti di comunicazione esterna per la continuità assistenziale: dimissioni protette, percorsi integrati ospedale territorio, integrazione di servizi

Giuseppe Chesi,¹ Erio Scalabrini,¹ Nadia Branchetti,² Cinzia Sarti,² Flavia Bencivenni,¹ Antonella Giudici¹

¹UOC Medicina Interna, Ospedale C. Magati, Scandiano (RE), AUSL di Reggio Emilia; ²Servizio Assistenza Anziani, Distretto di Scandiano (RE), AUSL di Reggio Emilia, Italia

Introduzione

Le modificazioni epidemiologiche avvenute in maniera così tumultuosa negli ultimi anni,¹ legate in particolar modo all'aumento dell'età della popolazione, ma anche a cambiamenti degli stili di vita, delle abitudini e delle situazioni sociali, hanno fatto sì che oggi la sola cura di una patologia acuta per un paziente ospedalizzato non sia più sufficiente per riportarlo in condizioni di sicurezza al domicilio. Le numerose condizioni di solitudine, di disagio sociale, di scarsa capacità di provvedere a se stessi, la fragilità di numerosi nuclei familiari, rendono indispensabili interventi multidisciplinari e multiprofessionali prima che la dimissione possa avvenire in sicurezza.² Interventi che vedono il concorso sia del personale medico che infermieristico ospedaliero, ma anche di attori esterni quali i servizi sociali, i medici di famiglia, i servizi di assistenza domiciliare, ecc. In altre parole quella azione complessa ed a valenza multi professionale che, oggi viene definita con il termine di *dimissione protetta*.³ Inoltre le condizioni di debolezza e di fragilità di molti di questi soggetti affetti da patologie croniche, quali diabete, scompenso cardiaco, bronchite cronica, eccetera, rendono indispensabili percorsi appositamente disegnati di integrazione tra ospedale e territorio in grado di seguirli a domicilio nella maniera migliore possibile al fine di prevenire le inevitabili complicazioni e ricadute connesse a una cat-

tiva gestione della loro patologia di base, spesso motivo anche di precoci riammissioni ospedaliere.^{4,5} La medicina interna, per sua specifica vocazione è la branca della Medicina che maggiormente ricovera pazienti con queste tipologie: pazienti fragili, anziani, poli patologici costituiscono lo standard dei ricoverati nei nostri reparti.^{4,6} In questi anni l'internista ha dovuto sviluppare competenze anche in questo ambito della dimissione protetta, imparandone e perfezionandone i percorsi ed attuando anche modelli organizzativi sperimentali disegnati per supportare in un'ottica di integrazione ospedale territorio le variegate situazioni di particolare fragilità e cronicità. La presente messa a punto si propone di passare in rassegna quelle che possono essere le principali strade da percorrere per garantire questa continuità assistenziale a partire dalle fasi di ricovero ospedaliero, per giungere poi alle fasi più propriamente territoriali ove *integrazione* rimane la parola chiave dei percorsi che possono essere appositamente costruiti.

La dimissione protetta: definizione

Pur non essendo codificate nella letteratura scientifica definizioni specifiche per questo fenomeno, tuttavia in diversi documenti regionali o di aziende sanitarie ed in diverse relazioni, ne sono state riportate e coniate alcune. La Joint Commission definisce il discharge planning come *il processo formalizzato nelle organizzazioni sanitarie che attivano un programma di continuità delle cure e follow-up specifico per ogni paziente. Il piano di dimissione identifica e documenta una sequenza di fasi, da porre in atto in tempi definiti, per raggiungere obiettivi che hanno lo scopo di garantire un sicuro rientro a casa o l'integrazione necessaria al proseguimento delle cure. Il piano di dimissione garantisce che il paziente rimanga ricoverato solamente per problemi clinici.*⁷ Il gruppo di lavoro sulla continuità assistenziale istituito dalla Regione Lombardia propone la seguente definizione di dimissione protetta: *si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospe-*

Corrispondente: Giuseppe Chesi, UOC Medicina Interna, Ospedale C. Magati, viale Martiri della Libertà 2, 42019 Scandiano (RE), Italia.
Tel.: +39.0522.850447.
E-mail: chesig@ausl.re.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright G. Chesi et al., 2015
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:588-598

daliera per il domicilio) che si applica ai pazienti fragili, prevalentemente anziani e affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione organizzate in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate al domicilio o in una diversa struttura degenziale.⁸

Ed in effetti nella maggior parte dei documenti di diverse aziende sanitarie la dimissione protetta viene intesa come *la dimissione di un utente che necessita di prestazioni sanitarie o socio sanitarie erogabili al domicilio e per il quale viene definito un programma terapeutico assistenziale prima della dimissione che prevede l'attivazione di tutta la rete dei servizi di aiuto alla persona ed famiglia ritenuti necessari per quel determinato paziente. Essa rappresenta un momento cardinale di continuità assistenziale tra struttura di ricovero e domicilio.* In questa definizione effettivamente in maniera sintetica sono racchiusi tutti gli elementi essenziali che questo procedimento-percorso comporta. Dalla definizione dei bisogni sia di tipo sanitario che socio assistenziale, alla verifica della loro possibile potenziale erogazione a domicilio, alla stesura di un programma condiviso ed integrato per la migliore assistenza sanitaria ed assistenziale nel setting domiciliare e la successiva attivazione di tutti i servizi domiciliari necessari per l'erogazione delle prestazioni previste all'interno del percorso individuato e strutturato sulle esigenze e sulle caratteristiche di quel determinato paziente.⁹

I bisogni

Negli ultimi decenni ed in particolare negli ultimi 25 anni le condizioni demografiche e sociali profondamente modificate dal boom economico del dopo-

guerra hanno fatto sì che con il significativo incremento dell'aspettativa di vita della popolazione, la maggior agiatezza, le migliorate condizioni di vita e di igiene e la disponibilità di cure sempre più efficaci per le principali malattie, vi sia un sempre maggiore numero di persone che giungono alla cosiddetta terza o addirittura quarta età.¹ Questo avviene in tutti paesi industrializzati e l'Italia tra questi è uno dei paesi che ha visto il maggior invecchiamento della sua popolazione con una percentuale di ultrasessantacinquenni che nella proiezione del 2040 è stimata giungere a superare il 30% dell'intera popolazione e di ultraottantenni che nella medesima epoca potrebbero sfiorare il 10% della popolazione.¹⁰ Nella Tabella 1 riportiamo a scopo esemplificativo la percentuale di soggetti di età >75 anni. residenti nel distretto sociosanitario di Scandiano (RE) registrata negli ultimi due anni che mostra valori in trend di crescita verso il 10% della popolazione globale. Tutto questo senza considerare che queste percentuali sarebbero ancora più alte se non si fosse verificato in questi ultimi anni un'importante fenomeno migratorio dai paesi del terzo mondo, di soggetti prevalentemente di età giovane od adulta. Se è comunque significativamente elevata la percentuale di soggetti anziani che raggiungono una età molto avanzata in discrete condizioni, tuttavia tra essi si incrementa la percentuale di persone che presentano deterioramenti cerebrali, patologie multiple, condizioni sociali problematiche. Questo anche a motivo della crisi della famiglia tradizionale, della riduzione del numero di figli per famiglia, con l'ovvio incremento di soggetti anziani che si trovano a vivere gli ultimi anni della loro esistenza in condizioni di solitudine con quanto ne consegue in termini di fragilità e difficoltà di gestirsi in maniera adeguata. Partendo da questi presupposti i bisogni e le necessità che portano alla richiesta e alla messa in campo di una dimissione protetta possono essere così elencati: i) problematiche di tipo sociale o socio assistenziale; ii) problematiche di tipo sanitario; iii) problematiche di

Tabella 1. Percentuale anziani ≥75 anni su popolazione totale nel distretto sociosanitario di Scandiano (RE).

Comune	No. anziani ≥75 anni	% su pop. ≥75 anni	No. anziani ≥75 anni	% su pop. ≥75 anni
	al 1/01/2014	al 1/01/2014	al 1/01/2015	al 1/01/2015
Baiso	488	14,30	501	14,8
Casalgrande	1554	8,10	1591	8,30
Castellarano	1064	7,00	1096	7,20
Rubiera	1335	9,00	1380	9,30
Scandiano	2687	10,60	2728	10,75
Viano	375	11	387	11,35
Totale	7502	9,22	7683	9,43

L'aumento della popolazione ≥75 anni nel corso del biennio è stato dello 0,20% annuo, dopo una diminuzione nel corso del 2011 (0,10%) e 2012 (0,12%).

tipo sanitario che determinando la perdita dell'auto-sufficienza inevitabilmente comportano anche ripercussioni di tipo sociale o socio assistenziale.

Problematiche di tipo sociale o socio assistenziale

Sono prevalentemente appannaggio di persone che vivono sole il più delle volte a motivo del non avere figli o dell'aver figli che sono lontani, lavorano tutto il giorno o presentano rapporti conflittuali con i genitori. Questa condizione può essere preesistente o determinata da fatti intercorrenti quali ad esempio la perdita di un coniuge che fungeva da caregiver della situazione. Queste situazioni sono inoltre non di rado complicate da problematiche di natura caratteriale che fanno sì che questi soggetti a volte rifiutino in maniera sistematica gli aiuti proposti, siano questi costituiti dall'inserimento di una persona estranea in casa (badante) o dall'inserimento in una struttura protetta. E non è facile in questi casi mettere in atto procedure legali di tutela quali ad esempio la definizione di un amministratore di sostegno in quanto le procedure a tutt'oggi risultano ancora piuttosto complicate e difficoltose e soprattutto comportano tempi non compatibili con quelli mediamente impiegati per una dimissione protetta. A tutto questo si può associare un problema di tipo economico legato alle basse pensioni che questi soggetti percepiscono. La conseguenza può diventare ad esempio il rifiuto all'assunzione di una badante e grossi timori ad essere inserito in una struttura protetta per gli oneri che questa comporta a carico dell'assistito, anche se relativamente indigente.

Problematiche di tipo sanitario

Dal punto di vista di una dimissione protetta queste problematiche sono spesso meno importanti rispetto alle problematiche di tipo sociale o socio assistenziale. Acquistano invece un peso di tipo esponenziale se correlate a problemi socio assistenziali. Se infatti, soprattutto in alcune regioni, i servizi infermieristici domiciliari sono perfettamente in grado di erogare un'ampia gamma di prestazioni che vanno dall'inserimento di fleboclisi a scopo idratante a medicazioni più o meno complesse, alla supervisione dal punto di vista sintomatologico di patologie croniche o subacute quali lo scompenso cardiaco, la BPCO, una malattia oncologica a più lento decorso, molto più difficile è il controllo quotidiano costante dell'igiene della persona e dell'assunzione regolare dei farmaci prescritti, in assenza di un ben definito caregiver. Per queste motivazioni si sta lavorando molto sul tema della cronicità e delle patologie croniche, che frequentemente si riscontrano nei soggetti di età avanzata e per i quali eviden-

temente è necessario un controllo particolare, specie a domicilio, finalizzato a ridurre le potenziali riacutizzazioni delle sue patologia croniche con le conseguenti frequenti reospedalizzazione.^{11,12} Per questo in diverse regioni sono stati promossi e incentivati i cosiddetti percorsi integrati ospedale-territorio per la gestione delle principali patologie croniche in collaborazione tra la medicina ospedaliera, i medici di famiglia e servizi sanitari, infermieristici e socio assistenziali del territorio.^{11,13} Pur essendo da alcuni riportati dati favorevoli in termini di miglioramento della qualità della vita e riduzione delle riacutizzazioni e della re-ospedalizzazioni per i soggetti seguiti nell'ambito di questi percorsi, tuttavia non vi è ancora una nettissima evidenza che questa strutturazione ne migliori anche la prognosi.¹⁴

Le modalità della dimissione protetta

Non esiste una linea guida nazionale, internazionale o proposta da una società scientifica in merito a questa tipologia di dimissione (Tabella 2).¹⁵ Questo forse anche a motivo del fatto che essa deve essere calata in ogni singolo specifico contesto regionale, provinciale o addirittura distrettuale. E questo per il fatto che le modalità di assistenza domiciliare ed i servizi territoriali presentano caratteristiche molto spesso diverse da azienda sanitaria ad azienda sanitaria e per quanto riguarda il capitolo più strettamente socio assistenziale, addirittura da comune a comune. Navigando su Internet, più che consultando banche dati mediche si scopre come esistono diversi documenti redatti a cura di diverse aziende sanitarie o di diversi distretti socio-sanitari che regolamentano nella specifica realtà di competenza le modalità riferite alla dimissione protetta.^{9,16-18} sebbene con distinguo e diversità. In tutti questi documenti si possono evidenziare quelli che potremmo definire come i tempi della dimissione protetta.

Identificazione dei soggetti candidati ad una dimissione protetta

Il primo di questi tempi è la identificazione della probabile necessità di questo tipo di percorso. Si tratta di un tempo prettamente ospedaliero che può essere applicato già all'ingresso in ospedale in una buona quota di soggetti. Addirittura assistiamo oggi ad ingressi in ospedale legati fin dall'inizio ad una problematica di difficoltà di gestione familiare o domiciliare, piuttosto che a una problematica squisitamente sanitaria, quale più propriamente dovrebbe essere. Ed i reparti che più frequentemente vengono coinvolti in questi ricoveri sono effettivamente le Medicine Interne. Proprio per intercettare in maniera appropriata ed adeguata fin dall'inizio del ricovero questa neces-

sità, anche la documentazione sanitaria, specie in ambito internistico è stata opportunamente ridisegnata.¹⁹ Sono comparse nuove sezioni della cartella clinica quali ad esempio la sezione *privacy* nell'ambito della quale vengono identificati i soggetti con i quali comunicare in merito al paziente e tra questi viene identificato, qualora possibile, il cosiddetto caregiver, figura molto importante per il percorso della dimissione protetta stessa. Nella sezione anamnesi della cartella clinica, oltre ai tradizionali ambiti dell'anamnesi fisiologica, familiare, patologica remota e patologica recente, sono state introdotte le sezioni riferite alla anamnesi sociale ed alla identificazione di presidi sanitari o assistenziali presenti già a domicilio. Questo per sensibilizzare e stressare una particolare attenzione al tema della dimissione protetta, che potrebbe già diventare probabile ad inizio se il paziente vive solo, se

è solo parzialmente autosufficiente o se utilizza già presidi sanitari quali ad esempio un deambulatore, una carrozzina, ecc. O se la patologia da cui è colpito presenta a priori una elevata possibilità di determinare sequele tali da minare la già fragile preesistente autosufficienza.

Previsione di dimissibilità

Anche quello che potremmo definire come secondo tempo è un tempo prevalentemente di tipo ospedaliero. È quel tempo che cerca di prevedere la tempistica approssimativa di dimissibilità dal punto di vista strettamente sanitario. E da questo punto di vista considera quale elemento principale di valutazione la necessità che questo paziente debba ancora usufruire di cure ero-

Tabella 2. Fasi e tempi della dimissione protetta.

Fase	Tempo	Modalità
Identificazione dei potenziali candidati	Stratificazione all'ingresso in reparto Rivalutazione durante la degenza in base alla disabilità acquisita o alla evolutività della prognosi	Anamnesi sociale e familiare Confronto con familiari e caregivers
Pianificazione e strutturazione del percorso	Durante la degenza non appena sia possibile fare una previsione temporale di dimissibilità	Valutazione collegiale in <i>briefing</i> da parte dell'equipe curante medico-infermieristica Elaborazione delle ipotesi ritenute più consone alla situazione del singolo soggetto ed alle aspettative dello stesso e della famiglia Presentazione delle possibili soluzioni da parte del personale di reparto appositamente incaricato (<i>medico tutor</i> , infermiere case manager, altro) al paziente, ai familiari ed al <i>caregiver</i> Segnalazione del caso al servizio sociale ospedaliero o territoriale ed eventuale confronto con gli stessi in <i>briefing</i> allargato Attivazione UVG, se necessaria, per autorizzazione inserimento in struttura temporaneo e/o lista d'attesa per struttura definitiva Eventuale impostazione richieste per invalidità ed accompagnamento e definizione e prescrizione dei presidi necessari a casa, se il rientro del paziente viene privilegiata come opzione Attivazione dei servizi domiciliari individuati quale supporto indispensabile per la gestione in sicurezza del paziente a domicilio
Esecuzione UVG	Da concordare con l'apposito gruppo in tempo utile per procedere alla dimissione	Il gruppo multi professionale della UVG si reca con cadenze periodicamente programmate presso la struttura ospedaliera per la valutazione del paziente candidato stilando uno specifico referto
Dimissione	Attuabile dopo la verifica del raggiungimento delle condizioni previste al momento della pianificazione	Trasferimento presso la struttura identificata nei tempi concordati Rientro a domicilio dopo la consegna dei presidi necessari o la attivazione dei supporti di tipo assistenziale od infermieristico necessari

UVG, Unità di Valutazione Geriatrica.

gabili esclusivamente o quasi in ospedale piuttosto che al domicilio (Tabella 3). È un tempo che deve essere dotato di una opportuna flessibilità in quanto è evidente come a fianco della non necessità di cure prettamente ospedaliere è opportuno sia stata anche contestualmente ripristinata una discreta autosufficienza od autonomia del soggetto considerato, specie se questa era preesistente.² Quello cioè che oggi definiamo come l'obiettivo di dimettere un paziente il più vicino possibile a quelle che erano le sue condizioni preesistenti. Vi sono situazioni nelle quali il predominio dell'aspetto gestionale nell'induzione del ricovero non consente alternative all'allestimento in tempi rapidi del percorso di dimissione protetta; mentre altre volte questa esigenza si appalesa nel corso del ricovero. Come ad esempio nel soggetto colpito da una patologia severa che, rimasto allettato per un periodo lungo con perdita anche solo parziale della sua autonomia, presenta tempi di recupero più lenti di quelli preventivati. Si configura in questo caso non dall'inizio, ma nel corso della degenza un mutamento delle sue condizioni preesistenti che richiede l'applicazione di percorsi diversi.²⁰ Questo può essere anche condizionato dal fatto che non vi è ancora nelle nostre strutture ospedaliere e nei nostri operatori sanitari una mentalità più aperta a cogliere le esigenze globali della persona ricoverata. Esse comprendono evidentemente non solo le cure mediche, ma anche tutti i supporti necessari ad un più completo recupero. E la mobilitazione precoce, ogni volta che la patologia motivo del ricovero lo consenta, rappresenta un elemento cardinale di questa presa in carico globale della persona ricoverata.²¹

Confronto con le interfacce e fra i diversi attori ospedalieri e territoriali coinvolti nel processo

Il terzo tempo è un tempo che comincia già a sfociare verso il territorio e richiede quindi gli opportuni interfacciamenti. Occorre confrontarsi con il paziente,

con il suo caregiver e con i suoi familiari, con il medico di medicina generale e con servizi socio assistenziali che fossero già stati attivati in precedenza per capire e fare capire quali prospettive possono esserci in relazione alle mutate condizioni in cui il paziente si verrà a trovare. Si tratta di un tempo piuttosto complesso e talora anche complicato dal fatto che non sempre le opinioni e le idee dei diversi attori di questa fase del processo coincidono. Talora si tratta di aspettative eccessivamente ottimistiche dei familiari che non accettano che il loro congiunto sia dichiarato non più autosufficiente, anche se questo è al 90% definito; talora si tratta del carattere del paziente stesso che rifiuta in maniera tassativa le soluzioni che possono essere proposte (persona di sostegno, struttura anche solo provvisoria, ecc.) mantenendo un'idea di ritorno a casa che contrasta in maniera assoluta con quelle che sono le sue reali condizioni. In alcuni casi non si riesce ad identificare un ben definito caregiver; in altri casi i familiari stessi non si mettono d'accordo tra di loro e agli operatori sanitari è richiesta allora una difficile opera di mediazione che richiede spesso il supporto anche degli operatori sociali e territoriali che già conoscono la realtà familiare del paziente e magari lo hanno già avuto in carico in precedenza.

Costruzione e proposta del percorso assistenziale integrato post dimissione

Se questi tre tempi vengono adeguatamente svolti e si riesce ad arrivare ad una conclusione abbastanza univoca allora il quarto tempo, il tempo cioè nel quale si stila il programma assistenziale o socio assistenziale per il paziente da dimettere non fa altro che raccogliere le esigenze e collegarle alle opportune risposte territoriali. È estremamente importante in questo tempo definire con precisione le diverse interfacce e cioè quali figure ospedaliere e territoriali devono essere coinvolte nelle diverse fasi del progetto di dimissione protetta. In ambito ospedaliero sono diverse le

Tabella 3. Condizioni essenziali per una dimissione in sicurezza da un reparto ospedaliero.

Assolute

Stabilità clinica ottenuta da almeno 24-48 ore
 Non necessità od opportunità di trattamenti complessi o di difficile esecuzione domiciliare
 Non necessità di indagini diagnostiche per le quali sia indispensabile la ospedalizzazione
 Ripristino di condizioni di autonomia accettabili, o comunque le più vicine possibili allo stato del pre-ricovero

Relative

Non prevedibili ulteriori benefici dal prolungamento della degenza
 Disponibilità del paziente e/o dei familiari alla dimissione
 Ripristino di condizioni di autonomia parziali e non ulteriormente migliorabili con un prolungamento della degenza
 Capacità di assunzione di terapia in autonomia o presenza di caregiver adeguato allo scopo
 Documentata presenza degli opportuni presidi sanitari se indispensabili per la assistenza
 Non ulteriore necessità di controlli clinici e/o biomorali/strumentali a breve termine

Da Chesi et al., *Quaderni - Ital J Med* 2014;2:e19.

esperienze. In taluni casi ed in talune realtà sono definite figure apposite per la gestione delle dimissioni protette.²² Si tratta più spesso di personale di ambito infermieristico, definito come *case manager*.²³ In altre realtà questa funzione è affidata al coordinatore infermieristico, in altri scenari ancora si tratta di valutazioni collegiali tra i medici ed il personale infermieristico ed in particolare il coordinatore dell'equipe curante, i quali, ciascuno per le proprie competenze identificano i candidati alla dimissione protetta, e ne tracciano le necessità e le esigenze dopo essersi confrontati con il paziente stesso, i caregivers ed i familiari. La figura deputata al collegamento tra ospedale territorio è identificata, laddove presente, nella assistente sociale di ospedale,²⁴ mentre in altri ambiti organizzativi per questa funzione viene scelta una figura di ambito infermieristico o amministrativo. Compito di questa figura è quello, una volta definite le esigenze del paziente e della sua famiglia, di proporre, d'intesa con le equipe curanti, le soluzioni più adatte ad ogni paziente e contestualmente verificarne tramite contatto con i servizi assistenziali e territoriali potenzialmente interessati, la effettiva fattibilità. Queste soluzioni ovviamente potranno essere a seconda delle diverse situazioni, transitorie o rivestire un carattere più definitivo, qualora necessario e fattibile. Ad esempio l'inserimento definitivo in struttura per un soggetto per il quale la mancanza di una adeguata rete familiare, dopo la perdita dell'autosufficienza per un ictus invalidante, non può più consentire in maniera tassativa il rientro al proprio domicilio.

Ruoli e funzioni all'interno dell'ospedale e dei reparti di medicina interna per la gestione dei percorsi di dimissione protetta

Come già sottolineato in precedenza, pur con le differenze legate alla diversità delle singole realtà regionali, territoriali, ospedaliere, *etc.* al fine di ottimizzare i percorsi per la dimissione protetta è importante che anche nel singolo reparto di medicina interna vengano identificate le figure professionali che devono concorrere alla costruzione di questo percorso.²⁵ Figure professionali che devono collaborare in quanto una corretta dimissione protetta presuppone che vengano a coincidere il concetto di dimissibilità clinica e quello di dimissibilità socio assistenziale. In altre parole è opportuno che si eviti una disgiunzione tra responsabilità clinica e responsabilità gestionale.

Il processo di cura con i miglioramenti ad esso connessi in relazione agli obiettivi che si possono ragionevolmente raggiungere per il ripristino delle migliori condizioni sanitarie di ogni singolo paziente deve andare di pari passo con l'attenzione alle problematiche socio assistenziali o preesistenti o determinate dalla condizione patologica incidente e dalle sue con-

seguenze. Soprattutto in un'epoca come quella attuale caratterizzata da una riduzione dei posti letto per acuti fissata attualmente dal legislatore italiano nella quota del 3,7x1000 è estremamente importante evitare che la costruzione del percorso di dimissione protetta prenda inizio una volta terminato il percorso clinico ospedaliero, in quanto questa dicotomia determinerebbe la permanenza in ospedale del singolo paziente necessitante la dimissione protetta per un tempo eccessivamente lungo ed incompatibile con la esigenza di mantenere un'adeguata disponibilità di posti letto per i pazienti più acuti. Occorre cioè mettere in atto un percorso virtuoso che renda possibile la dimissione protetta a breve distanza dall'avvenuta guarigione o stabilizzazione clinica di ogni singolo paziente.² Pur nella distinzione dei ruoli quindi è importante che all'interno dell'equipe curante siano realizzati momenti di confronto e puntualizzazione (appositi briefing)²⁶ nei quali tutti gli attori coinvolti possano confrontarsi e, ciascuno per la propria parte definiscano i tasselli necessari per concludere nel modo più appropriato ed adeguato alle esigenze del paziente il percorso della dimissione. Certamente un ruolo cardinale nella realizzazione di questi percorsi viene svolto da quella figura oggi definita come *case manager*, solitamente di formazione infermieristica.²³ A questa figura può essere demandato il compito di interfacciarsi con familiari e/o caregivers (Tabella 4), cercando di cogliere le esigenze e le necessità, per poi affrontare, interfacciandosi con i servizi sociali, la costruzione del percorso stesso, tenendo conto dell'evoluzione dello stato di salute e della evoluzione della malattia motivo del ricovero, attraverso il confronto con i medici *curanti*.

La rete dei servizi territoriali sanitarie ed assistenziali di supporto alla persona e alla fragilità

Altro elemento di estrema importanza è la conoscenza adeguata da parte del cosiddetto *case manager* e comunque di tutta l'equipe curante delle interfacce territoriali con le quali rapportarsi per la costruzione del percorso. In alcune realtà la figura dell'assistente sociale ospedaliera coadiuva in maniera molto opportuna il *case manager* e l'equipe curante nel rapporto con le interfacce esterne, costituite prevalentemente dai servizi sociali dei comuni di appartenenza dei pazienti che devono entrare in questo percorso (Tabella 3). È importante inoltre che vengano chiaramente definite nel momento di confronto con le interfacce territoriali le esigenze ed i bisogni di ogni singolo paziente, separando in maniera adeguata esigenze e bisogni di tipo sanitario dalle esigenze e dai bisogni di tipo socio assistenziale. Per il bisogno di tipo sanitario è indispensabile il confronto e l'attivazione dei servizi infermieristici domiciliari,²⁷ ormai attivi da anni in diverse

regioni ed in grado di offrire prestazioni sanitarie di qualità sia per quanto riguarda medicazioni semplici e complesse, ipodermoclisi, applicazioni di elastomeri per la infusione continua di analgesici od altri farmaci necessari.^{28,29} Per i bisogni di tipo socio assistenziale sarà indispensabile indirizzare il paziente ed i suoi familiari ai servizi sociali del comune di appartenenza specificando quali prestazioni per la cura della persona questi servizi possono fornire. Ancora occorrerà una buona conoscenza delle modalità attraverso la quale un paziente possa essere allocato presso una struttura residenziale territoriale transitoria o definitiva e sulle autorizzazioni che occorrono affinché questo possa essere realizzato. In tutto questo risulta comunque determinante la figura dell'assistente sociale sia esso di ospedale (in questo caso vi è effettivamente la possibilità di velocizzare l'attivazione dei percorsi) o territoriale. Infine nel caso il paziente necessiti di presidi sanitari a domicilio, devono essere previsti e devono essere conosciuti i percorsi per la prescrizione che, considerati i tempi di consegna, che possono variare da pochi giorni ad alcune settimane a seconda delle realtà territoriali, dovranno essere tempestivamente richiesti, mettendo così in condizioni il paziente e la famiglia di usufruirne nei tempi più idonei.

Strumenti applicativi per la gestione della dimissione protetta

Nell'epoca del governo clinico, numerose aziende sanitarie si sono attrezzate ed attraverso appositi gruppi di lavoro hanno costruito una serie di documenti finalizzati a meglio definire il percorso della dimissione protetta al loro interno, tenendo conto delle specificità presenti sia a livello ospedaliero che territoriale nella loro realtà.³⁰ In questi percorsi^{9,31} si definisce in maniera dettagliata chi fa che cosa è cioè i ruoli e le tempistiche di attivazione delle diverse funzioni. Il ruolo ed i com-

piti del case manager, del coordinatore infermieristico, del medico di reparto, dell'assistente sociale ospedaliero, se presente all'interno della struttura, dei servizi territoriali, *etc.* Sono specificati altresì gli strumenti di comunicazione delle informazioni che solitamente prevedono la compilazione e la trasmissione di una scheda cartacea o informatizzata che sintetizzi le principali informazioni riguardanti i la condizione sociale e socio assistenziale del paziente ed lo stato di salute previsto al momento della dimissione. Al fine di definire la appropriatezza e la conformità del percorso proposto nel singolo paziente in diverse realtà sono state attivate delle specifiche unità, definite unità di valutazione geriatrica (UVG) composte da un medico di formazione geriatrica, da un infermiere con competenze nell'ambito della integrazione ospedale territorio e da altri membri diversamente definiti nei diversi setting assistenziali. Alla UVG è deputata la validazione del percorso ipotizzato e, nel caso il percorso preveda l'inserimento in struttura, l'autorizzazione all'accesso e la identificazione della struttura disponibile più idonea per il singolo paziente.³¹

Strumenti, esperienze e proposte per un supporto di tipo sanitario ai pazienti fragili dopo la dimissione

Come è ben noto molti dei pazienti che attualmente vengono dimessi dalle unità operative di medicina interna sono pazienti fragili, nei quali, nonostante i tentativi di ottimizzazione degli ambienti di accoglienza (famiglia, struttura, *etc.*), la possibilità di una instabilizzazione e di una eventuale ricaduta in tempi anche brevi non è trascurabile.³² È opinione comune quindi che si debba fare ogni sforzo per trovare modalità organizzative che consentano specie nei periodi immediatamente dopo la dimissione, nei pazienti affetti da patologie croniche, un supporto e la possibilità di un in-

Tabella 4. Competenze, attività e funzioni del case manager

Competenze	Attività e funzioni
<p>Conoscenza delle dinamiche ospedaliere e dei modelli organizzativi attuati (in ambito di intero ospedale, Dipartimento od Unità Operativa)</p> <p>Conoscenze in merito alle principali situazioni di fragilità e disabilità</p> <p>Competenze di tipo relazionale</p> <p>Conoscenza delle principali patologie invalidanti motivo di ricovero specie per una popolazione anziana</p> <p>Conoscenza dei percorsi attuativi delle dimissioni protette stabilità a livello di singolo ospedale, distretto, AUSL, <i>etc.</i></p> <p>Facilità di interfacciamento con gli altri principali attori della dimissione protetta (servizi sociali, servizi sanitari territoriali, UVG, <i>etc.</i>)</p>	<p>Conoscenza dei paziente e della loro situazione sociale e clinica tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colloquio con i pazienti stessi e loro familiari o <i>caregivers</i> - partecipazione secondo modalità definite alla attività clinica per confrontarsi con i gestori della parte clinica sulle previsioni e condizioni di dimissibilità di ogni singolo paziente (visita medica, briefing, <i>etc.</i>) - pianificazione della fasi della dimissione protetta in coordinamento con l'<i>equipe</i> curante, i servizi sociali e sanitari territoriali, paziente, familiari e <i>caregivers</i> - assistenza ed orientamento ai familiari nelle fasi di organizzazione della rete domiciliare - partecipazione, se necessario alla fase di valutazione tramite UVG

UVG, Unità di Valutazione Geriatrica.

tervento rapido qualora la situazione lo richieda per evitare o minimizzare le conseguenze di una riacutizzazione.³³ In letteratura sono riportate al proposito alcune esperienze anche se non sempre i risultati sono stati favorevoli ed i numeri delle casistiche riportate adeguati ad un trasferimento tout court in tutte le situazioni. Interessante è l'esperienza riportata dal gruppo di Legnano in merito alla realizzazione di un ambulatorio cosiddetto di continuità assistenziale ospedale-territorio polispecialistico di area medica.³⁴ Tramite questa modalità organizzativa ad ogni paziente viene offerto per un periodo di 30 giorni dalla dimissione, eventualmente proseguibile, secondo le necessità cliniche, la possibilità di un consulto telefonico da parte del medico di medicina generale e dell'eventuale infermiere del servizio domiciliare in merito a situazioni o problemi che potrebbero essere risolti esclusivamente o parzialmente con questa modalità. Ovviamente l'accesso a questo consulto è reso disponibile per un setting di pazienti caratterizzati da patologie e invalidità particolari predefinite. In questo punto di assistenza telefonica sono presenti sia figure infermieristiche che mediche in grado di rispondere ciascuno per le proprie competenze specifiche. Anche se attraverso considerazioni di tipo induttivo e non attraverso comparazione di dati reali l'esperienza sopraindicata ha comportato una percentuale di re ricoveri per pazienti affetti da scompenso cardiaco e insufficienza respiratoria/BPCO decisamente inferiore a quanto riportato in letteratura medica. Altri autori riportano dati meno incoraggianti, anche se globalmente positivi, in merito ad esperienze similari.^{35,36} Altre modalità di consulenza per il contatto di pazienti fragili o cronici potrebbero prevedere la attivazione di consulenze via e-mail con caselle postali dedicate al contatto tra i gestori territoriali e gli specialisti ospedalieri. Infine diverse sono le esperienze riportate in merito a percorsi di assistenza integrata ospedale-territorio per le principali cronicità quali lo scompenso cardiaco cronico,^{13,37} la BPCO³⁸ ed anche, ultimamente, la palliazione dei sintomi ed il supporto per pazienti affetti da patologie neoplastiche non più in trattamento attivo, ma con potenziale aspettativa di vita superiore ai sei mesi.³⁹ Alcuni dati al proposito sono riportati in merito al supporto e alla gestione di pazienti con demenza di grado avanzato.⁴⁰ Alcuni di questi programmi prevedono un vero e proprio spostamento di consulenze specialistiche al domicilio dei pazienti e questi programmi per questo motivo talvolta vengono denominati come programmi di *ospedalizzazione domiciliare*.

Percorsi integrati ospedale territorio per la gestione della cronicità

Come già ampiamente sottolineato la nostra epoca è caratterizzata dall'avvento della cronicità. Molte delle cure e delle terapie di cui oggi disponiamo hanno con-

sentito un discreto controllo di diverse malattie senza tuttavia permetterne la completa guarigione. La conseguenza è che nei paesi più industrializzati, come il nostro, è presente un'ampia popolazione di soggetti affetti da scompenso cardiaco cronico, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, diabete mellito, diverse patologie tumorali a lento decorso, demenza senile, *etc.* Oltre ad assicurare cure in cronico ed un adeguato supporto a coloro che sono affetti da queste patologie e in taluni casi, vedi la demenza, con una particolare attenzione anche per i familiari, in questi soggetti un target importante è quello di prevenire quei fenomeni acuti che possono verificarsi durante il decorso della patologia e che prendono il nome di riacutizzazioni o riaccensioni. Non di rado questi eventi oltre a mettere in pericolo la vita del paziente stesso, sono tali da richiederne il ricovero in ambiente ospedaliero. Inoltre in diverse di queste patologie il numero di riacutizzazioni è associato ad un deciso peggioramento della prognosi a medio e lungo termine. La ospedalizzazione in questi soggetti, sebbene in diversi casi assolutamente necessaria, può essere tuttavia foriera di per sé di ulteriori complicazioni, quali ad esempio una riduzione dell'autonomia a motivo di un protratto allettamento,^{21,41} la possibilità di sovra infezioni da germi multi resistenti, *etc.*⁴² Per tutte queste motivazioni sia in letteratura che negli ambiti di diverse aziende sanitarie sono stati messi in piedi percorsi assistenziali integrati ospedale territorio finalizzati a migliorare la gestione cronica di queste patologie nell'intento di ridurre e prevenire le potenziali riacutizzazioni. In questi percorsi intervengono gli specialisti dell'ospedale, il medico di medicina generale, il servizio infermieristico domiciliare e, qualora necessario anche servizi sociali, ciascuno per le proprie competenze. Ruolo fondamentale in questi percorsi è svolto dall'infermiere professionale⁴³ che, oltre al controllo del paziente e dei suoi principali parametri e sintomi tramite strumenti appositi, quali diari, telefonate periodiche, ambulatori infermieristici dedicati, *etc.*, è chiamato ad un ruolo di tipo *educazionale*. Si tratta cioè di istituire il paziente in merito allo stile di vita ed ai comportamenti più appropriati da tenere per controllare la sua patologia, insegnargli a riconoscere i sintomi di allarme, utilizzandoli per anticipare consulenze e visite ed infine ad assumere in maniera corretta e regolare tutta la terapia di cui ha bisogno. Mancano ancora dati di ampio respiro riportati in letteratura per validare in via definitiva tale approccio, ma piccole esperienze pilota disseminate nelle varie realtà riportano dati interessanti e soprattutto l'esperienza degli operatori e dei pazienti inseriti in questi programmi appare come decisamente favorevole.^{44,45}

Prospettive future

Tra gli anni '80 e '90 uno dei più apprezzati manager americani, Jack Welck ammoniva: *cambia, prima*

di essere costretto a farlo. È una frase che riassume molto bene quelle che potrebbero essere le prospettive future. Di fronte ad uno scenario epidemiologico di questo tipo e destinato sicuramente ad incrementarsi in termini numerici nei prossimi anni così come le proiezioni demografiche ampiamente dimostrano, è necessario attrezzarsi in maniera adeguata per farvi fronte. Da una parte avremmo famiglie sempre più in difficoltà a gestire pazienti anziani, fragili e affetti da patologie croniche e dall'altra avremo ospedali che, in assenza di interventi correttivi appropriati, saranno sempre più saturati da pazienti affetti da patologie croniche ma ospedalizzati più per motivazioni di tipo socio assistenziale che non prettamente sanitario. Occorre avere il coraggio del cambiamento. Cambiamento sia a livello ospedaliero che a livello territoriale. Cambiamento nella preparazione dei futuri professionisti della sanità con la consapevolezza che probabilmente dovranno realizzarsi nuovi ruoli e nuove funzioni e che nell'ambito del corso di laurea in scienze infermieristiche ampi spazi potranno essere creati per la realizzazione di professionisti in grado di rispondere a questi nuovi bisogni. Già il sistema sanitario nazionale ha cominciato a spostare risorse dal servizio ospedaliero al territorio. È necessario però che lo spostamento di risorse si accompagni effettivamente ad investimenti *produttivi*. È necessario che la medicina del territorio si attrezzi e modifichi i suoi assetti in maniera tale da dare risposte appropriate H24, sappia adeguatamente gestire la cronicità e sviluppi elementi nuovi di appropriatezza nell'utilizzo delle abbondanti risorse diagnostiche che oggi la medicina mette a disposizione. È una medicina di cui parliamo da tempo ma della quale ancora non si intravede il compimento e la realizzazione. Una medicina effettivamente incentrata sui pazienti e sui loro bisogni. Una medicina quindi che riscopra così come alcuni filoni cercano di fare *la narratività*. Che significa privilegiare il benessere della persona in toto piuttosto che curare una singola malattia; migliorare gli stili di vita e fare una vera prevenzione delle malattie piuttosto che fare dei nostri pazienti un contenitore da riempire di farmaci. Oltre a questi cambiamenti di mentalità e di modalità organizzative atte a far sì che il territorio diventi sempre più capace di farsi carico di queste nuove tipologie di pazienti e che l'ospedale rimanga veramente solo per il trattamento della acuzie, probabilmente le mutazioni sociali demografiche ed epidemiologiche faranno sì che negli anni a venire aumenti la necessità di posti in strutture residenziali. E anche qui bisognerà fare ogni sforzo per evitare che queste diventino degli immensi contenitori di *disabilità* e *senescenza*, ma piuttosto si possano diversificare in maniera tale da permettere a ciascun ospite di esprimere il meglio di se, evitando di essere schiacciato dalle esigenze organizzative della struttura e condannato ad una accelerazione del suo invecchiamento. Sul modello di altri paesi del Nord Europa do-

vranno probabilmente nascere strutture intermedie costituite da nuclei di miniappartamenti che possano permettere di mantenere una seppur minima autonomia per chi ancora può permettersela e nell'ambito dei quali siano presenti aree di aggregazione, animatori e personale di sostegno sanitario e non in numero adeguato alle esigenze degli ospiti ed in grado di sostenere i loro bisogni assistenziali e sanitari.

Conclusioni

La dimissione ospedaliera di soggetti anziani fragili, poli patologici, non raramente con importanti problematiche socio assistenziali è un procedimento complesso che richiede il concorso di molteplici attori. Si definisce oggi con il termine di dimissione protetta quel insieme di azioni che già dall'inizio dell'ospedalizzazione vengono messe in atto per intercettare i bisogni della persona e costruire già durante il periodo di ricovero con opportune interfacce territoriali il percorso di dimissione più idoneo per le caratteristiche di quella determinata persona e del suo contesto familiare e di vita. Si tratta di soggetti che più frequentemente vengono ricoverati nei reparti di medicina interna che non a caso per questo motivo è stata definita anche come medicina della complessità. Negli ambiti della medicina interna, così come in quelli geriatrici vi è stato in questi ultimi anni un grande sviluppo di percorsi costruiti per definire, in base alla realtà in cui si opera, dimissioni sicure per questa tipologia di pazienti. Sono percorsi che vanno continuamente rivisitati affinché possano rimanere adeguati al contesto sociale ed epidemiologico in cui viviamo ed operiamo. Per ottimizzare la realizzazione di questi percorsi di dimissione protetta sono state identificate figure specifiche quali ad esempio nell'ambito ospedaliero il cosiddetto *case manager*, il medico *tutor*, l'assistente sociale ospedaliero, *etc.* La costruzione e la messa in atto di adeguati percorsi di questo tipo è la chiave di volta non solo per dare a ciascun paziente le cure e l'assistenza più appropriata, migliorandone così anche la qualità della vita e lo stato di salute, ma anche per ridurre il triste fenomeno delle reospedalizzazioni precoci. Per evitare le quali grande importanza rivestono anche percorsi più squisitamente territoriali quali quelli per la gestione integrata delle principali patologie croniche, che sono in fase di realizzazione e di implementazione in numerose realtà sanitarie italiane e non solo. Sono queste le grandi sfide che si appalesano all'orizzonte della sanità italiana e, ancora di più, della intera nostra società.

Bibliografia

1. Zenesini M. Invecchiamento della popolazione, crescita, occupazione. Studi e Note di Economia 2009;XIV:431-68.

2. Chesi G, Dall'Orto F, Ragni P, Nardi R. Medicina Interna e rischio clinico : criticità e possibili correttivi. *Quaderni Ital J Med* 2014;2:214-24.
3. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna. Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna. Delibera n° 419 del 20/04/2012, pp 32-34.
4. Nardi R, Scanelli G, Borioni D, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. *Eur J Intern Med* 2007;18:283-7.
5. Roberts MH, Mapel DW, Von Worley A, Beene J. Clinical factors, including AllPatient Refined Diagnosis Related Group severity, as predictors of earlyrehospitalization after COPD exacerbation. *Drugs Context* 2015 [Epub ahead of print].
6. Cricelli C, Mazzaglia G, Samani F, et al. Prevalence estimates for chronic diseases in Italy: exploring the differences between self-report and primary care databases. *J Public Health Med* 2003;25:254.
7. Paradise A. Why the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations should add new regulations regarding libraries. *JAMA* 2004;292:166-8.
8. Gobbi P. La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale. *Boll Soc Ital Geriatr Gerontol* 2008;2-3:15-21.
9. European Commission. Advancing integration for a dignified ageing: percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle regioni italiane: le buone prassi. Project (VS/2011/0052) - supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity - PROGRESS (2007-2013).
10. Istat. Previsioni demografiche 1° gennaio 2007-1° gennaio 2051; 2008 (www.istat.it). Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065; 28 Dicembre 2011.
11. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:75-85.
12. Bogaisky M, Dezieck L. Early hospital readmission of nursing home residents and community-dwelling elderly adults discharged from the geriatrics service of an urban teaching hospital: patterns and risk factors. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:548-52.
13. Zito GB, Oliviero U. La rete assistenziale per lo scompenso cardiaco cronico. *G Ital Cardiologia* 2013;3:575-95.
14. Bekelman DB, Plomondon ME, Carey EP, et al. Primary results of the patient-centered disease management (PCDM) for heart failure study: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:725-32.
15. Silingardi E, Lombardi D, Balotta A. La dimissione del paziente anziano fragile con complessità assistenziale: un problema od una sfida? *Ital J Med* 2011;5:109-13.
16. Regione Lazio - ASL Roma B: Comitato scientifico per la gestione dei flussi informativi sul rischio clinico. Istruzione Operativa - la dimissione protetta dei pazienti in Ospedale; Rev n° 1 Giugno 2012.
17. Regione Lombardia - ASL Brescia. Protocollo per le Dimissioni - ammissioni protette ospedale-territorio; Ottobre 2012 rev 00.
18. Regione Emilia Romagna - AUSL di Reggio Emilia. Procedura La dimissione protetta di persone anziane e disabili adulti in condizioni di fragilità socio-sanitaria. Codice PR41 Rev 1 del 13/02/2013.
19. Chesi G, Maccari S, Ligabue R, et al. Cartella clinica informatizzata per un Dipartimento di area internisticaorganizzato per intensità di cure: strumento per migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure sanitarie. *Politiche Sanitarie* 2012;13:109-24.
20. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: She was probably able to ambulate, but I'm not sure. *JAMA* 2011;306:1782-93.
21. Tempera A, Re Luca G, Lusignani M. La mobilitazione precoce per la prevenzione della sindrome da allattamento prolungato nell'utente anziano ospedalizzato: una revisione della letteratura. *Rivista l'Infermiere* 2013;4:1-11.
22. Chiari P, Santullo A. L'infermiere case manager: dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw Hill; 2010.
23. Berti L. La prassi del case management infermieristico in Emilia-Romagna: l'identikit professionale del case manager infermieristico. *Rivista l'Infermiere* 2013;2:1-4.
24. Dotti M. Il servizio sociale ospedaliero. Roma: Carrocci Ed.; 2015.
25. Rayan N, Admi H, Shadmi E. Transitions from hospital to community care: the role of patient-provider language concordance. *Isr J Health Policy Res* 2014;3:24.
26. Kolbe M, Grande B, Spahn DR. Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: content, structure, attitude and setting. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2015;29:87-96.
27. Wysocki A, Butler M, Kane RL Md, et al. Long-term services and supports for older adults: a review of home and community-based services versus institutional care. *J Aging Soc Policy* 2015 [Epub ahead of print].
28. Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess* 2012;16:1-72.
29. Servizio Sanitario Nazionale. Dati statistici 2011 su attività e personale. *Annuario statistico nazionale - Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere*, Anno 2011; ultimo aggiornamento: 4 giugno 2014.
30. Pietrantonio AM. Continuità delle cure. Disponibile su: http://www.retephitalia.it/Allegati/poster_7%C2%B0c n.pdf
31. Palestini F, Anzivino F, Nicoli MA. La valutazione multidimensionale del soggetto anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di Continuità Assistenziale. Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna - Dossier 218; 2012.
32. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752-62.
33. Hall CJ, Peel NM, Comans TA, et al. Can post-acute care programmes for older people reduce overall costs in the health system? A case study using the Australian Transition Care Programme. *Health Soc Care Community* 2012;20:97-102.
34. Stefani I, Mazzone A. Nuovi assetti organizzativi in area medica: aspetti gestionali clinici ed economici. *Quaderni Ital J Med* 2014;2:125-30.
35. Record JD, Niranjan-Azadi A, Christmas C, et al. Telephone calls to patients after discharge from the hospital: an important part of transitions of care. *Med Educ Online* 2015;20:26701.
36. Soong C, Kurabi B, Wells D, et al. Do post discharge phone calls improve care transitions? A cluster-randomized trial. *PLoS One* 2014;9:e112230.

37. De Maria R, Misuraca G, Milli M. La gestione integrata fra ambulatorio scompenso e cure primarie per la personalizzazione del follow-up nel paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2010;11:38S-44S.
38. Bettoncelli G. Tavola rotonda: gestione integrata ospedale-territorio del paziente con BPCO stabile e grave. *QIIPH* 2014;3:9.
39. Ministero della Salute. Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per il 2011-2013. Data di pubblicazione: 4 maggio 2010 - ultimo aggiornamento: 22 febbraio 2013. Disponibile su: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1701&area=tumori&menu=percorso
40. Lloyd-Williams M, Abba K, Crowther J. Supportive and palliative care for patients with chronic mental illness including dementia. *Curr Opin Support Palliat Care* 2014;8:303-7.
41. King BD. Functional decline in hospitalized elders. *Med Surg Nurs* 2006;15:265-71.
42. Musau J, Baumann A, Kolotylo C, et al. Infectious disease outbreaks and increased complexity of care. *Int Nurs Rev* 2015 [Epub ahead of print].
43. Gnarra E, Tancredi A, Citera A, et al. Il ruolo dell'infermiere nella educazione sanitaria del paziente. In: *Il Cuore, oggi e domani*; Paestum 4-5 Ottobre 2007. Disponibile su: <http://www.cardiorete.it/cardio/atti/2007/Gnarra.htm>
44. Greci M, Vastano L, Franceschetti P, et al. L'educazione terapeutica dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico in gestione integrata sul territorio. In: *L'innovazione per la gestione della cronicità*. Assessorato Politiche per la salute 2010, p 27. Disponibile su: http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/percorsi-di-innovazione-nelle-cure-primarie-parma-21-22-ottobre-2011/1_abstract%20cronicita.pdf
45. Cimicchi MC, Risolo T, Saccò P, Percudani C. Educazione terapeutica strutturata nel diabete tipo 2. L'esperienza dell'ambulatorio infermieristico del Team diabetologico del Polo Sanitario di Colorno. In: *L'innovazione per la gestione della cronicità*. Assessorato Politiche per la salute 2010, p 15. Disponibile su: http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/percorsi-di-innovazione-nelle-cure-primarie-parma-21-22-ottobre-2011/1_abstract%20cronicita.pdf

Integrated delivery system: effetti su costi e qualità. Quale futuro?

Enrico Desideri

Presidente Nazionale Vicario Federsanità Anci; Direttore ASL 8 Arezzo, Italia

Recentemente (2013) nell'*American Journal of Management Care* è stata pubblicata una analisi di oltre 2000 lavori presenti in letteratura (peer-reviewed e non) di cui solo 25 hanno esaminato, contemporaneamente, l'evidenza di 2 (positivi) effetti dell'*integrated delivery system* (IDS): il miglioramento qualitativo delle cure (migliori esiti) e una riduzione (sia pur limitata), rispetto all'atteso, dei costi.¹

Se pur vi è completo accordo circa la necessità di garantire, nel paziente cronico, la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale e, soprattutto, la continuità delle cure, la definizione di IDS resta in letteratura un aspetto non univoco, se non nei tratti generali (IDS inteso come un network fra professionisti, operanti in diversi settings assistenziali e/o in diversi ospedali, teso ad assicurare un *coordinato continuum* di servizio!).

In Italia, alcune regioni hanno promosso modelli di cura integrati in alcuni casi pro-attivi ed orientati ad assicurare l'equità di accesso alle cure, finalizzati a promuovere una solida presa in carico dei pazienti cronici.

Cito, fra questi, i progetti/percorsi della cronicità (diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, demenze) e della non autosufficienza scaturiti, fra l'altro, dal Programma Mattone-Matrice.

In accordo con quanto evidenziato da una recente analisi condotta da Agenas sulla *Assistenza primaria, il monitoraggio della qualità e la valutazione d'impatto*, vi è consapevolezza dell'importanza di un'azione di *evidence based policy making*, per migliorare e valutare nel mondo reale e nella pratica quotidiana l'efficacia delle nostre scelte.²

Sono innegabili però, e dobbiamo tenerne conto, le resistenze al cambiamento presenti, nei professio-

nisti, in particolare, nei medici specialisti, che temono una riduzione della qualità delle cure, nella fase del PDTA affidata al sistema extraospedaliero (ad es., medico di famiglia) e non può essere sottaciuta in tale contesto, un'analoga preoccupazione nei malati che non sempre comprendono come possa migliorare la loro cura se, in parte, affidata ad altri professionisti (mmg, infermiere di comunità, etc.) della rete territoriale.

Peraltro, di questo si è parlato anche di recente nel corso del XX Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi e durante una interessante Tavola Rotonda, organizzata dalla Università Bocconi, sulla gestione della sclerosi multipla.

Ciò che emerge con chiarezza - e ciò sia da parte dei tanti specialisti presenti, sia dagli interventi delle Associazioni di tutela attivamente coinvolte - è che non vi è patologia cronica che possa essere seguita esclusivamente presso i centri specialistici ospedalieri (Centro Diabete, Centro Sclerosi Multipla negli esempi di specie).

Di fatto, solo una parte dei pazienti diabetici sono concretamente presi in carico pro-attivamente dai Centri Specialistici Italiani (ca. il 60%!!), come dimostra la bassissima aderenza terapeutica osservata (ca. 55%!) e la elevata incidenza di patologie associate.

È possibile fare la stessa considerazione per la gestione della sclerosi multipla, patologia molto meno frequente (ca. 2‰ abitanti), rispetto al diabete, ma che per il lungo decorso, per la precocità dell'esordio e per l'evoluzione progressiva non può (anzi non deve) essere presa in carico, solo, dai - pur ottimi - Centri S.M. presenti in Italia!

Le due patologie sopra esemplificate possono essere prese come esempio paradigma (sarebbe troppo lungo ed inevitabilmente incompleto l'elenco delle patologie croniche) della necessità che ogni sforzo venga messo in campo, innanzi tutto sul piano culturale, per rendere possibile la attivazione diffusa della presa in carico, multiprofessionale, in sinergia e continuità fra i due Sistemi, quello dei Presidi e delle Organizzazioni Territoriali, con quello dei Presidi Ospedalieri (in rete orizzontale fra loro)!!

Naturalmente la definizione di un PTDA condiviso è il primo passo, così come l'accettazione che, qualunque modello si imposti, avrà bisogno di una siste-

Corrispondente: Enrico Desideri, Presidente Nazionale Vicario Federsanità Anci; Direttore ASL 8 Arezzo, Italia.
E-mail: enrico.desideri@uilsudest.toscana.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright E. Desideri, 2015

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:599-600

matica revisione sulla base di indicatori di processo e di esito oggi - a volte - difficilmente traguadabili.

A tale proposito vale la pena concludere con una forte raccomandazione affinché il necessario impegno venga messo in campo a favore della interoperabilità dei sistemi informativi ospedalieri (LIS - RIS - Pacs - Pronto Soccorso - Cartella Clinica Informatizzata, *etc.*) con quelli territoriali socio-sanitari, segnalando la ottima esperienza, messa in campo da Federsanità Anci, in collaborazione con Fimmg Nazionale, nella realizzazione del *Repository Nu.Sa* che mette in grado i (25-30) medici della stessa AFT (Aggregazioni Fun-

zionali Territoriali) di scambiarsi - con il consenso del paziente - i Dossier Clinici in ogni ora del giorno per 365 gg all'anno.

Bibliografia

- 1 Hwang W, Chang J, Laclair M, Paz H. Effects of integrated delivery system on cost and quality. *Am J Manage Care* 2013;19:e175-84.
2. Moirano F, Bellentani M. Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica. *MONITOR 35: Elementi di analisi e assistenza del sistema salute*. 2014 Anno XIII;35:69-73.

L'ospedale del futuro tra assistenza in acuzie e continuità di cura: il modello inglese può essere implementato anche nei nostri ospedali?

Paola Gnerre,¹ Maurizia Gambacorta,² Andrea Montagnani³

¹Medicina Interna, Ospedale San Paolo, Savona; ²Medicina Interna, Ospedale Media Valle del Tevere, Todi (PG); ³Medicina Interna, Ospedale Misericordia, Grosseto, Italia

Introduzione

The patient must be the first priority in all of what the NHS does. Within available resources they must receive effective services from caring, compassionate and committed staff working within a common culture, and they must be protected from avoidable harm and any deprivation of their basic rights.

(Robert Francis QC)

[Il paziente deve essere il centro e la priorità di ogni politica sanitaria. Entro i limiti delle risorse disponibili, i pazienti devono ricevere servizi efficaci da parte di personale sanitario compassionevole e dedicato. I pazienti devono essere protetti dai danni evitabili e da ogni privazione dei loro diritti fondamentali.]

Patient safety should be the ever-present concern of every person working in or affecting NHS-funded care. The quality of patient care should come before all other considerations in leadership and conduct of the NHS, and patient safety is the keystone dimension of quality.

(Berwick review into patient safety, 2013)

[La sicurezza dei pazienti dovrebbe essere la preoccupazione per ogni sanitario: la sicurezza del paziente è la chiave di volta per il raggiungimento della qualità in sanità.]

Nel marzo 2012 il *Royal College of Physicians* ha istituito la Commissione per l'ospedale del futuro¹

(*Future Hospital Commission*) con l'obiettivo di sviluppare un modello di cure ospedaliere globali, progettato intorno alle esigenze degli utenti. Questo modello s'ispira ad un progetto di cura *patient-centred* e si basa su una nuova auspicabile modalità operativa, rappresentata dalla collaborazione e dalla coordinazione tra le varie figure professionali in ambito sanitario. L'ospedale del futuro deve essere quindi inteso come un modello flessibile di allocazione dei malati con una risposta orientata non più solo alla patologia ma indirizzata ai bisogni assistenziali dei pazienti. Il progresso scientifico ha sicuramente migliorato il processo di cura per i pazienti con una singola patologia medica ma la maggior parte dei pazienti che si recano in ospedale sono affetti da multiple comorbidity spesso in aggiunta a quadri di deterioramento cognitivo che ne complicano ulteriormente la gestione. I nostri ospedali sono generalmente non organizzati per la cura di questi pazienti.

Inoltre, la medicina di oggi non può più dedicarsi alla sola gestione dei pazienti acuti, dovendo di fatto gestire soprattutto un universo di malati cronici. Questo impone al progresso scientifico di migliorare la cura e gli esiti clinici di tutti i pazienti che siano acuti o cronici e che siano degenti in ospedale o in comunità.

Il raggiungimento di questi obiettivi richiederà certamente cambiamenti radicali nella strutturazione dei nostri ospedali e nei modi di lavorare di tutto il personale.

La necessità del cambiamento

Continuity of care cannot be achieved without fundamental change in the way that the NHS as a whole thinks about the role and priorities of the Acute General Hospital and how it is run.

(King's Fund)

[La continuità delle cure non può essere raggiunta senza un cambiamento radicale del modo in cui il sistema sanitario, nel suo insieme, concepisce il ruolo e le priorità dell'Ospedale per Acuti e la sua modalità di funzionamento.]

Corrispondente: Paola Gnerre, Medicina Interna, Ospedale San Paolo, Savona, Italia.
E-mail: pgnerre@yahoo.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright P. Gnerre et al., 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:601-607

Come più volte riportato tutti i Servizi Sanitari dei paesi sviluppati devono affrontare quattro grandi sfide: i) le crescenti esigenze cliniche a fronte di servizi ridotti per la medicina acuta; ii) il progressivo invecchiamento della popolazione che determina un incremento della complessità e dei bisogni assistenziali dei pazienti e una visione olistica di cura; iii) la scarsa continuità e frammentazione delle cure nel passaggio ospedale-territorio; iv) una incombente crisi della forza lavoro sia di medici strutturati che di specializzandi sottoposti ad un carico di lavoro eccessivo.

L'organizzazione ospedaliera attuale ha ben manifestato un sistematico fallimento nel realizzare un sistema di cura coordinato e *patient-centred care*.

La necessità del cambiamento è pertanto evidente. Preso atto della complessità del problema in assenza di un modello organizzativo che sia in grado di soddisfare queste nuove esigenze l'impatto sulla cura del paziente potrà avere solo esiti catastrofici. La vera sfida è pertanto una reinvenzione radicale dell'organizzazione ospedaliera attraverso l'implementazione di nuovi modelli organizzativi di integrazione tra ospedale e territorio che consenta ai pazienti di ricevere una diagnosi e un trattamento ospedaliero precoce con una rapida *discharge*.

Tutti i pazienti meritano di ricevere cure sicure, di alta qualità e incentrate sui loro bisogni in un ambiente adeguato fornite da personale umano ed esperto.

[Io non posso passare da un reparto ad un altro: io sono una persona non un pacco.]

Il modello di assistenza proposto dalla *Future Hospital Commission*¹ si fonda sul principio che le organizzazioni ospedaliere devono essere progettata sulle reali esigenze degli utenti. Non è inusuale infatti che i pazienti soprattutto quelli anziani passano da un reparto ad un altro durante la loro degenza ospedaliera. Questo si traduce in una frammentazione della cura con un incremento della degenza ospedaliera e in una pessima esperienza da parte del paziente stesso. Nel *Future Hospital* il trasferimento da un reparto ad un altro dovrà avvenire solo se in relazione a eventuali variazioni dello stato di salute e solo se strettamente necessario. Il team medico dovrà lavorare in ospedale e in comunità (Tabella 1).

Secondo le indicazioni della *Future Hospital Commission*¹ tutti i servizi ospedalieri devono poter offrire: i) cure mediche sicure, efficienti e umanitarie per tutti i pazienti ricoverati in ospedale; ii) alta qualità di cura sostenibile 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana; iii) continuità assistenziale; iv) équipe mediche stabili che siano garanti di un'alta qualità di cura del paziente e che siano un valido ambiente formativo per le prossime generazioni di medici; v) relazioni efficaci e efficienti tra il personale medico e infermieristico e altre figure professionali come gli assistenti sociali; vi) un'appropriate integrazione multi professionale incentrata sui bisogni del paziente; vii) una presa in carico totale del paziente tra i vari setting di cura.

Creiamo l'ospedale del futuro

Un nuovo principio di cura

I don't want to be passed round the wards: I'm a person, not a parcel.

(Patient, Royal College of Physicians' Patient and Carer Network)

Un nuovo modello di cura

Per realizzare e coordinare questo nuovo principio di cura la *Future Hospital Commission*¹ raccomanda che ogni struttura ospedaliera istituisca le seguenti strutture.

Tabella 1. Manifesto programmatico dell'ospedale del futuro.

Le norme fondamentali di cura devono essere sempre rispettate
L'esperienza ospedaliera del paziente deve valere quanto l'efficacia clinica
La responsabilità per la cura di ogni paziente deve essere sempre evidente
I pazienti devono avere sul territorio un accesso tempestivo alle cure, agli appuntamenti ambulatoriali e agli esami strumentali
I pazienti non devono essere trasferiti da un reparto all'altro a meno che ciò non sia dettato da una chiara necessità conseguente alla loro condizione clinica
Una buona comunicazione con i pazienti deve essere sempre la norma
Il piano di cura di ogni paziente deve essere progettato con il fine di facilitare e favorire l'autogestione e la prevenzione
Devono essere previsti servizi per soddisfare le esigenze dei singoli pazienti, compresi quelli più fragili
Tutti i pazienti devono avere un piano di assistenza che riflette le loro singole esigenze cliniche e le eventuali necessità
Il personale deve essere supportato per fornire sicurezza, cure umanitarie e per impegnarsi a migliorare la qualità

Fonte dei dati: *Royal College of Physicians, 2013*.¹

Divisione medica

La divisione medica sarà responsabile di tutti i servizi medici ospedalieri partendo dal dipartimento di emergenza con letti acuti e intensivi alle degenze internistiche e specialistiche.

Il TEAM medico dovrà lavorare in maniera multiprofessionale e multidimensionale per soddisfare tutti i bisogni del paziente inclusi quelli non prettamente medici (ad esempio i pazienti chirurgici).

La divisione di medicina sarà guidata da un Direttore che avrà il ruolo di coordinare e facilitare la collaborazione e l'integrazione tra tutti membri del TEAM con il fine di realizzare il modello *patient-centred care* (Figura 1).¹

Un centro di smistamento delle acuzie

Questo centro dovrà collaborare con la Divisione di medicina interna per valutare e stabilizzare tutti i pazienti. Questi potranno essere trattati a seconda della condizione clinica e della gravità nella degenza medica, nella struttura ambulatoriale, nei letti di degenza breve e/o in terapia intensiva medica. La gestione verrà affidata ad un Coordinatore supportato dal Centro di Coordinamento.

Il Centro di Coordinamento clinico

Il Centro di coordinamento clinico sarà un centro di comando operativo per il sito ospedaliero e la divisione

di medicina, incluso per il TEAM medico che lavora in comunità fornendo informazioni *real time* necessarie per la gestione e la cura del paziente. Nel lungo termine dovrebbe includere anche le informazioni sullo stato sociale e sulla salute mentale del paziente.

Cure sette giorni su sette dove il paziente ne ha necessità

I progressi nella cura medica dovranno essere estesi a tutti i pazienti ovunque si trovino in ospedale o comunità.

Il TEAM medico deve cooperare non solo all'interno della propria divisione ma in tutto l'ospedale compresi i reparti *non medici* (ad esempio gestione dei pazienti chirurgici).

La cura dei pazienti sarà coordinata da un unico consulente medico (l'internista) con il contributo di una serie di specialisti se necessario.

Una volta ricoverati in ospedale, i pazienti non devono essere trasferiti da un reparto all'altro a meno che non sia richiesto dalle loro esigenze cliniche.

Il TEAM della divisione medica deve collaborare con i medici del Pronto Soccorso per favorire la rapida dimissione dei pazienti pianificando un adeguato percorso di cura. Sarà necessaria anche la collaborazione con gli assistenti sociali.

I pazienti che necessitano di una valutazione da parte dello specialista dovranno essere identificati

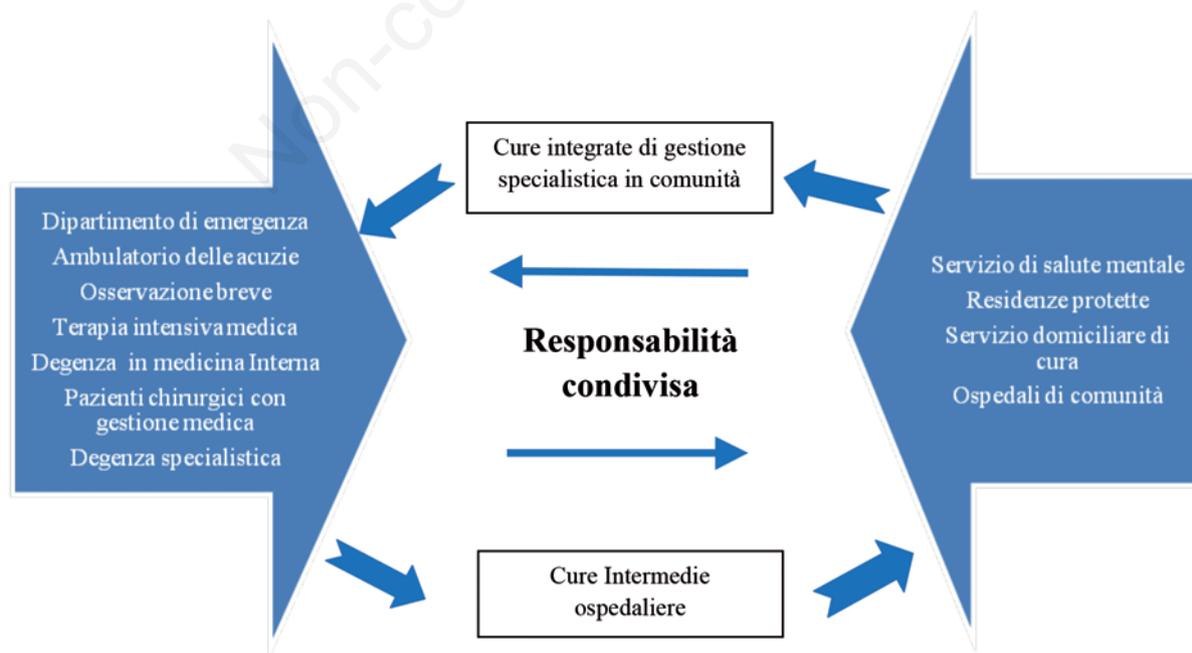


Figura 1. Il mandato della Medicina Interna: processo di cura e organizzazione paziente-centrica.

tempestivamente siano essi in ospedale o in comunità. Il TEAM medico e gli specialisti dovranno spendere parte del loro tempo lavorativo in comunità per la gestione di pazienti complessi pluripatologici.

Quando un paziente deve essere gestito da un nuovo TEAM medico o trasferito in un altro setting di cura ci deve essere un rigoroso passaggio di consegne attraverso l'uso della cartella clinica elettronica.

Tutti i pazienti con patologie acute in atto devono avere la stessa possibilità di accesso alle cure durante il week-end come nei giorni della settimana. I servizi devono pertanto essere organizzati in modo che il personale clinico e servizi di diagnostica strumentale siano prontamente disponibili 7 giorni su 7.

I pazienti devono essere ricoverati in ospedale solo se è richiesto dalle loro esigenze cliniche. Per molti il ricovero ospedaliero è l'unica alternativa ad una rapida guarigione ma non bisogna dimenticare le complicanze nososomiali. Pertanto in futuro gli ospedali dovranno promuovere piani organizzativi di lavoro che consentano ai pazienti di lasciare l'ospedale lo stesso giorno di ricovero proseguendo le cure mediche e infermieristiche in comunità. Il livello di cura ospedaliero deve riflettere la severità della malattia del paziente. Per soddisfare la crescente complessità dei pazienti, specie in quelli definiti fragili e dementi, saranno necessari più posti letto con più alta intensità di cura e maggiore unità infermieristica.

L'internista (*consultant*) dovrà essere presente in reparto 7 giorni su 7. Quando possibile il paziente deve essere seguito da un unico internista per tutta la durata della sua degenza ospedaliera.

I turni dello staff medico devono essere organizzati sui 7 giorni. Il piano di cura ospedaliero per ogni paziente deve focalizzarsi sul loro rapido recupero per consentire la dimissione appena le esigenze cliniche lo consentono. Questo piano di cura deve essere pianificato al momento dell'ammissione e rivalutato per tutto il soggiorno in ospedale.

I servizi sanitari e gli assistenti sociali comunitari devono essere organizzati e integrati per consentire ai pazienti di essere dimessi non appena possibile.

Il medico sarà garante del piano di cura del paziente basandosi sulle evidenze di letteratura e sulla sua esperienza clinica ma i pazienti devono avere la possibilità di condividere con i sanitari il loro piano di cura.

Ogni paziente deve avere un medico di riferimento responsabile a cui poter far riferimento in caso di necessità.

Il medico referente e il responsabile di corsia hanno il compito di vigilare che siano rispettate le norme essenziali di assistenza oltre che i pazienti siano trattati con dignità e rispetto. Il ruolo del case manager infermieristico e del responsabile di corsia deve essere sviluppato e promosso.

Sarà necessario acquisire anche il grado di soddisfazione del paziente. Questo parametro sarà necessa-

rio nell'ottica di un costante miglioramento della pratica clinica.

Questa riorganizzazione ospedaliera deve essere attuata dalla Direzione Ospedaliera in collaborazione con lo staff sanitario e i pazienti (Figura 2).¹

Training per la formazione medica

L'istruzione e la formazione medica devono essere sviluppate nell'ottica di consentire l'acquisizione di conoscenze e competenze necessarie per la gestione della crescente complessità clinica dei pazienti. Pertanto il medico in formazione deve poter acquisire competenze necessarie per la gestione dei pazienti anziani fragili e dementi.

Il medico in formazione deve pertanto acquisire le seguenti competenze: i) specializzazione nella cura: acquisizione di un *know-how* specialistico sufficiente per la diagnosi, il trattamento e la cura delle patologie nell'ambito ospedaliero; ii) intensità di cura: acquisizione di un *know-how* sufficiente per gestire e curare i pazienti con malattia critica in atto; iii) coordinamento delle cure: acquisizione di un *know-how* sufficiente per coordinare e gestire i pazienti con complesse e multiple comorbidità.

La maggior parte dei medici in formazione dovrà essere indirizzato verso la specializzazione in medicina interna per garantire quel mix di competenza necessarie alla cura dei pazienti. Comunque tutti i medici in formazione dovranno obbligatoriamente effettuare un periodo di formazione in medicina interna.

Quali sono le prospettive?

We need to take responsibility for every patient

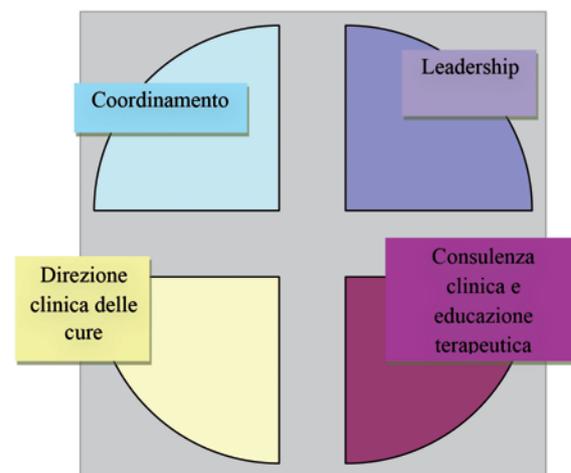


Figura 2. Ruolo del medico in comunità.

that comes through the hospital door. Consultants need to reclaim responsibility for all aspects of medical care, whatever their specialty.

(Hospital consultant)

[È necessario assumersi la responsabilità di ogni paziente ammesso in ospedale. I Consulenti devono rivendicare la responsabilità di tutti gli aspetti di assistenza medica, qualunque sia la loro specialità.]

(Ospedale consulente)

Le raccomandazioni della *future hospital commission*¹ sono solo il primo passo di un programma più lungo di attività progettate per ottenere un reale cambiamento nell'organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale (Tabelle 2 e 3).

Il punto di vista FADOI

L'organizzazione sanitaria del recente passato ha favorito l'affermazione di una medicina specialistica e super specialistica, che ha messo al centro il singolo organo o apparato, se non addirittura la singola patologia. Questa visione ha portato ad una organizzazione sanitaria più orientata a sostenere i ruoli dei professionisti che a soddisfare i bisogni dei malati, con la conseguenza di una parcellizzazione delle cure e un'organizzazione ospedaliera strutturata nella classica divisione

in reparti. Questa visione centrata sulla malattia si è tradotta in un'assistenza episodica, focalizzata alla cura, con un approccio reattivo ai bisogni del paziente e condizionata dalla malattia in atto. In questo modo si è perso di vista l'obiettivo principale: l'approccio complessivo ai bisogni sanitari della persona.²

Questo modello di cure è stato messo fortemente in discussione dai cambiamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi anni, a cui si è aggiunta la sfavorevole congiuntura economica. I maggiori punti deboli di questa organizzazione sono: i) il cosiddetto *paradosso della medicina moderna*, cioè il fatto che continuiamo a praticare una medicina per acuti in un mondo di malattie croniche, dove l'assistenza deve essere proattiva (anticipare i bisogni), continua e fondata sulla gestione globale del paziente;^{3,4} ii) l'incapacità ad affrontare la complessità di pazienti sempre più anziani e con numerose comorbidità; molto spesso questo si traduce in un ripetersi di esami diagnostico/strumentali e di consulenze specialistiche, con un conseguente utilizzo inappropriato delle risorse ed un aumentato rischio per il paziente;⁵ iii) mancanza di una vera continuità tra i vari setting assistenziali, soprattutto tra ospedale e territorio, con il ben noto fenomeno delle *revolving doors*.

Quello che si rende necessario è quindi proprio un cambiamento nella organizzazione sanitaria con la necessità di una visione *patient-centred*, dove il paziente

Tabella 2. Key messages per gli operatori sanitari.

Nel *Future hospital* bisognerà tornare ad una visione della medicina che non consideri al centro del percorso di cura la malattia ma un processo olistico centrato sulla persona

L'internista ha una naturale vocazione di medico della persona

Il percorso assistenziale del paziente non può esaurirsi all'atto della dimissione ospedaliera ma è necessaria una migliore e nuova integrazione ospedale-territorio per la prosecuzione del percorso di cura

Gli internisti devono cooperare non solo all'interno della propria divisione ma in tutto l'ospedale compresi i reparti *non medici* (ad esempio gestione delle patologie mediche nei pazienti chirurgici)

La cura dei pazienti deve essere coordinata da un unico consulente medico (l'internista) con il contributo di una serie di specialisti se necessario

Una volta ricoverati in ospedale, i pazienti non devono essere trasferiti da un reparto all'altro a meno che non sia richiesto dalle loro esigenze cliniche

Il TEAM della divisione medica deve collaborare con i medici del Pronto Soccorso per favorire la rapida dimissione dei pazienti pianificando un adeguato percorso di cura

Per soddisfare la crescente complessità dei pazienti, specie in quelli definiti fragili e dementi, saranno necessari più posti letto con più alta intensità di cura e maggiore unità infermieristica

I servizi sanitari e gli assistenti sociali comunitari devono essere organizzati e integrati per consentire ai pazienti di essere dimessi non appena possibile

I servizi devono pertanto essere organizzati in modo che il personale clinico e servizi di diagnostica strumentale siano prontamente disponibili 7 giorni su 7

La maggior parte dei medici in formazione dovrà essere indirizzato verso la specializzazione in medicina interna per garantire quel mix di competenze necessarie alla cura dei pazienti

Il medico in formazione deve poter acquisire competenze necessarie per la gestione dei pazienti anziani fragili e dementi

Fonte dei dati: *Royal College of Physicians, 2013.*¹

è condiviso (*shared patient*) in un sistema di assistenza globale.

In alcune regioni Italiane da tempo è in atto un tentativo di riorganizzazione ospedaliera *per intensità di cure* che si muove proprio da porre al centro il paziente e non la malattia. Molti passi avanti sono stati compiuti ma sono state incontrate anche notevoli difficoltà, prima fra tutte l'incapacità di fare una sintesi tra assistenza infermieristica e attività clinica.⁶ Anche il modello di cura inglese parte dal principio di mettere al centro dei processi di cura il paziente ma va anche oltre. Infatti, l'organizzazione inglese fa ben capire che non esiste un centro se tutto quello che li ruota intorno non è coordinato in un processo di cura senza soluzioni di continuità. Fondamentale è la condivisione da parte della componente infermieristica e medica di un medesimo documento in cui si chiariscono ruoli, attività e responsabilità. Inoltre, rispetto a quanto fin ad oggi sperimentato in Italia, il documento inglese chiarisce bene il responsabile del percorso ospedaliero in acuto. Sceglie il professionista più multidisciplinare ed eclettico perché è indispensabile formare un team di tutte le specialità che il paziente, nel suo essere malato, richiede. Questo compito necessita di un professionista capace di comunicare con tutti gli specialisti e di fare sintesi di tutti i consulti di cui necessita. Infine, sempre nel modello inglese, si sottolinea come il passaggio in ospedale debba essere il più rapido, ma completo possibile, spingendo il team di cura fino a domicilio ad interagire con il territorio che come l'ospedale deve rispondere 7 giorni su 7, 24 ore su 24 senza soluzioni di continuità.

Pertanto, i punti che rendono il documento del *Royal College of Physicians* particolarmente interessante ed un progresso rispetto ai nostri modelli di intensità di cure sembrano essere: i) il ruolo dell'internista, come figura di riferimento del percorso del paziente nella fase di acuzie, come responsabile del paziente e come coordinatore dei vari specialisti: il medico internista si avvale delle consulenze specialistiche ma è poi lui a fare una sintesi diagnostico/terapeutica; ii) reale continuità assisten-

ziale: è sempre l'internista che si interfaccia anche con i medici di medicina generale per coordinare il percorso del paziente da dentro a fuori l'ospedale e viceversa; iii) presa in carico anche di pazienti non propriamente medici da parte del team medico, che quindi non si limita all'esecuzione di consulenze e quindi ad una mera compartecipazione alle cure, ma si assume una reale responsabilità del paziente; iv) una maggiore condivisione del lavoro tra medici e infermieri del team, che inizia con la condivisione del progetto partecipando entrambe le figure (medici ed infermieri) alla stesura di un documento unico.

Il documento del *Royal Collage of Physician* si avvicina moltissimo alla vision che FADOI in questi anni ha avuto come Società Scientifica dei Medici Internisti Ospedalieri Italiani. Infatti, come da tempo FADOI cerca di proporre nello scenario sanitario italiano, questo documento sottolinea l'importanza del ruolo dell'internista, come medico della persona, che è in grado di affrontare i problemi clinici e assistenziali di pazienti complessi, in un percorso unico che va dal territorio ai vari setting intra-ospedalieri, non in contrapposizione con le altre discipline specialistiche, bensì come *hub* dove tutto prende un ordine e si pone una sintesi (diagnosi e cura).

La medicina interna ha insite delle caratteristiche di duttilità e multidisciplinarietà, che la rendono capace di adeguarsi all'evoluzione della medicina, di integrarsi con il contesto locale e le esigenze dell'organizzazione e di svolgere funzioni (sub)specialistiche.

Il presente documento non vuole affermare che l'internista sia già pronto a svolgere un ruolo di coordinamento dei percorsi di cura in ospedale, ma lo scopo è piuttosto quello di spingere il professionista di medicina interna a fare una riflessione che lo porti a crescere. I sistemi sanitari ed i processi di cura sono in continua evoluzione e la figura dell'internista deve anticipare i tempi se vuole poter ricoprire un ruolo importante nell'ospedale del futuro. Il documento inglese ben lo delinea questo ruolo, ma perché si realizzi tutto questo è necessario che l'internista,

Tabella 3. Key messages per i gestori.

La riorganizzazione ospedaliera nel realizzare un sistema di cura coordinato e *patient-centred* care deve essere attuata dalla Direzione Ospedaliera in collaborazione con lo staff sanitario e i pazienti

È necessaria una riorganizzazione e ripianificazione dell'assistenza sanitaria che sia in grado di gestire quadri clinici di elevata complessità

Favorire l'attuazione di percorsi diagnostici e assistenziali per permettere una gestione coordinata, multiprofessionale e a lungo termine del paziente complesso tali da garantire una continuità assistenziale ospedale-territorio

I servizi territoriali devono essere prontamente disponibili 7 giorni su 7

Il TEAM medico e gli specialisti dovranno spendere parte del loro tempo lavorativo in comunità per la gestione di pazienti complessi pluripatologici

Fonte dei dati: *Royal College of Physicians, 2013.*¹

accanto alle capacità diagnostiche e terapeutiche, sviluppi anche conoscenze gestionali e di leadership, che gli consentano di svolgere al meglio il ruolo di coordinamento dell'assistenza sanitaria permettendo di raggiungere una maggiore qualità delle cure ospedaliere.

Bibliografia

1. Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2013. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission>
2. Campanini M. Medicina Interna oggi: introduzione. Quaderni Ital J Med 2014;2:71-2.
3. Kane RL. The chronic care paradox. Aging Soc Policy 2000;11:107-14.
4. Kane RL. Changing the face of long-term care. J Aging Soc Policy 2005;17:1-18.
5. Nardi R, Borioni D, Berti F, et al. La complessità dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri di Medicina Interna: di che cosa stiamo parlando? Quaderni Ital J Med 2014;2:3-13.
6. Nardi R, Arienti V, Nozzoli C, Mazzone A. Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. Ital J Med 2012;6:1-13.

Conclusioni: chi garantisce il coordinamento e la continuità delle cure?

Carlo Nozzoli

Medicina Interna 1, AOU Careggi, Firenze, Italia

Oramai da diversi anni assistiamo a una evoluzione nella tipologia di paziente che si presenta all'attenzione della medicina. Le migliorate condizioni di vita degli ultimi decenni nel mondo occidentale, le novità terapeutiche farmacologiche e non, che hanno consentito di intervenire su eventi acuti, in altre epoche mortali, come ad esempio l'infarto miocardico, hanno consentito un progressivo allungamento della vita delle persone. Questo fenomeno ha però comportato lo svilupparsi di patologie degenerative croniche quali ad esempio le vasculopatie polidistrettuali, cardiache e cerebrali in particolare, le malattie degenerative osteoarticolari, le malattie respiratorie quali broncopneumopatia cronica ostruttiva ed enfisema, che si ritrovano frequentemente associate nello stesso paziente che quindi è spesso un paziente anziano con multimorbidità. A queste condizioni si associa molto spesso condizioni economiche ed ambientali difficili, assenza di caregivers e quindi di opportunità di assistenza adeguata, rendendo tale paziente nella globalità della propria condizione un paziente complesso. C'è poi una condizione ulteriormente definita che è quella della fragilità caratterizzata da un paziente non autosufficiente o parzialmente autosufficiente con problemi importanti nello svolgimento di atti fisiologici quotidiani, quali ad esempio l'alimentazione, incline alle cadute, con una polifarmacoterapia e con frequenti ricoveri ospedalieri.

La medicina costruita negli ultimi trenta anni basata sulle specialità mediche con pazienti portatori di una sola malattia relativa ad un singolo organo non appare più adeguata da sola a far fronte alle necessità di questa nuova tipologia di paziente.

Questa visione ha portato infatti ad una organizza-

zione sanitaria più orientata a sostenere i ruoli dei professionisti che a soddisfare i bisogni dei malati, con la conseguenza di una parcellizzazione delle cure e un'organizzazione ospedaliera strutturata nella classica divisione in *reparti*. Questa visione centrata sulla malattia si è tradotta in un'assistenza episodica, focalizzata alla cura, con un approccio reattivo ai bisogni del paziente e condizionata dalla malattia in atto. In questo modo si è perso di vista l'obiettivo principale: l'approccio complessivo ai bisogni sanitari della persona.

I maggiori punti deboli di questa organizzazione sono: i) il cosiddetto *paradosso della medicina moderna*, cioè il fatto che continuiamo a praticare una medicina per acuti in un mondo di malattie croniche, dove l'assistenza deve essere proattiva (anticipare i bisogni), continua e fondata sulla gestione globale del paziente; ii) l'incapacità ad affrontare la complessità di pazienti sempre più anziani e con numerose comorbidità; molto spesso questo si traduce in un ripetersi di esami diagnostico/strumentali e di consulenze specialistiche, con un conseguente utilizzo inappropriato delle risorse ed un aumentato rischio per il paziente; iii) mancanza di una vera continuità tra i vari setting assistenziali, soprattutto tra ospedale e territorio, con il ben noto fenomeno delle *revolving doors*.

Quello che si rende necessario è quindi proprio un cambiamento nella organizzazione sanitaria con la necessità di una visione *patient-centred*, dove il paziente è condiviso (*shared patient*) in un sistema di assistenza globale.

In tal senso il dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo migliore per garantire una assistenza multidisciplinare e multiprofessionale che ponga effettivamente al centro del percorso assistenziale il paziente. Il concetto di dipartimento è strettamente legato a quello di governo clinico anzi il dipartimento è il luogo privilegiato ove si svolge il governo clinico dell'ospedale. Infatti il dipartimento, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza riesce ad assolvere a tutti gli elementi caratteristici del governo clinico: misurazione degli esiti, gestione del rischio clinico, adozione di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici, formazione continua, coinvolgimento del paziente e informazione corretta e trasparente. Come preceden-

Corrispondente: Carlo Nozzoli, Medicina Interna 1, AOU Careggi, Firenze, Italia.
E-mail: nozzolicarlo@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright C. Nozzoli, 2015
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:608-609

temente evidenziato, esistono fundamentalmente due tipi di dipartimento in particolare quelli gestionali-strutturali e quelli funzionali (tecnico-professionali). La diversità è molto significativa perché si basa sulla possibilità del dipartimento di gestione diretta delle risorse o in alternativa di semplice coordinamento della attività delle varie unità operative afferenti. Inoltre i dipartimenti più efficaci sono quelli cosiddetti *transmurali* che governano anche sul territorio le specialistiche che vi afferiscono. Il concetto di transmuralità comporta la costituzione di équipes multidisciplinari territoriali ove la specialistica ospedaliera incontra sul territorio la medicina generale.

L'applicazione di questi presupposti concettuali nell'ambito organizzativo sanitario del dipartimento porta a riprogettare un'organizzazione nella quale la responsabilità complessiva dell'indicazione diagnostica e terapeutica ospedaliera sia affidata ad équipes mediche polispecialistiche, coordinate da un medico *Internista-Hospitalist* dotato di esperienza, strumenti efficaci e competenza. Ogni unità può essere composta di medici con competenze complementari definite sulla base delle caratteristiche prevalenti dei pazienti, della dotazione di personale e di modelli organizzativi. La necessità di un TEAM medico con coordinamento

internistico è del resto una delle soluzioni prospettate anche dalla *Future Hospital Commission* britannica. L'internista oltre ad essere il naturale coordinatore del team nel dipartimento medico organizzato per intensità di cure, dovrebbe essere inserito anche nel team di area chirurgica in particolare in relazione alla chirurgia generale e alla ortopedia che attualmente gestiscono anche e soprattutto pazienti anziani con multimorbilità.

L'internista pertanto con la sua cultura e la sua visione olistica del paziente è l'unica figura medica in grado di coordinare il team medico, di gestire un approccio basato sulla centralità del paziente e non di un organo o di un esame diagnostico piuttosto che di una determinata terapia, di stabilire le priorità sulla base di una valutazione che deve tenere conto di tutti gli aspetti strettamente medici ma anche di natura diversa e non ultime le volontà del paziente stesso. Inoltre l'internista è anche la figura più adatta a gestire l'integrazione medica con le altre figure professionali sanitarie, in particolare con l'infermiere.

In conclusione le parole d'ordine dell'ospedale del futuro non potranno che essere: multidisciplinarietà, multiprofessionalità e continuità assistenziale.

I documenti FADOI

Mauro Campanini

Presidente Nazionale FADOI, Novara, Italia

Ruolo della medicina interna ospedaliera

Nel mese di dicembre 2014 si è concluso il *Corso di alta formazione in gestione del paziente complesso: appropriatezza e competence* organizzato dalla nostra FADOI in collaborazione con L'Università Carlo Cattaneo (LIUC) di Castellanza, L'Università Campus Biomedico di Roma e la SDA Bocconi di Milano e con la partecipazione del Ministero della Salute/AGENAS.

I partecipanti al Corso (vedi elenco nei par. successivi) hanno elaborato, alle fine dello stesso, un documento sul ruolo della Medicina Interna Ospedaliera. Il documento è stato condiviso ed approvato dal Comitato Esecutivo della nostra Società Scientifica.

Gli internisti e la programmazione sanitaria: proposta operativa

Premessa

Durante il Corso Interuniversitario *La Gestione del Paziente Complesso* è emersa, grazie alla proficua interazione con i docenti, la necessità di valorizzare il ruolo e la funzione della Medicina Interna presso le istituzioni politiche.

Ruolo della Medicina Interna

La medicina interna, spesso, viene erroneamente denominata Medicina Generale, creando confusione con la Medicina espletata sul territorio da Medici di Medicina Generale. Questi ruoli sono differenti e ben

definiti ma complementari nell'assicurare al paziente l'integrazione Ospedale-Territorio per la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

L'invecchiamento della popolazione e la mutazione epidemiologica hanno determinato un progressivo aumento di pazienti cronici con frequenti riacutizzazioni, che necessitano nell'ospedalizzazione per la loro complessità e non son gestibili da uno specialista d'organo, ma richiedono la visione olistica dell'Internista.

Medicina Interna e governance

Il medico internista, quotidianamente impegnato nella variegata e complessa realtà delle corsie ospedaliere, è consapevole della criticità esistente in ambito di appropriatezza clinica e organizzativa e della necessità di una corretta allocazione delle risorse: si propone pertanto, attraverso la Società Scientifica FADOI, di collaborare con i decisori del Ministero, al fine di trovare indicatori di complessità clinico-assistenziale utili a rendere i nuovi DRG più adatti alle mutate esigenze del SSN. Purtroppo l'attuale sistema di DRG non permette di pesare compiutamente i processi tipici del paziente internistico complesso, con il conseguente rischio di un sotto-finanziamento dei ricoveri che richiedono un intenso e dispendioso impegno assistenziale.

Proposte possibili

Possiamo riassumere le proposte possibili come segue: i) accanto al *chronic care model*, che è opportunamente volto alla deospedalizzazione del paziente cronico, prevenendo le riacutizzazioni, è indispensabile che si dedichino risorse all'*acute complex care model*, con gestione affidata all'internista ospedaliero, vero coordinatore del percorso di cura del paziente acuto complesso; ii) proponiamo di avere un ruolo pivot (hospitalist) nella gestione del paziente, ponendoci da interlocutori da una parte con degli specialisti ospedalieri, per favorire i percorsi di cura del paziente complicato e complesso all'interno dell'ospedale, dall'altra con il MMG e il distretto per i rapporti col territorio, così da permettere un più efficiente ed efficace affidamento del paziente nella fase di post-acuzie

Corrispondente: Mauro Campanini, Medicina Interna 2 - Centro Trombosi - Dipartimento Medico, AOU Maggiore della Carità, Corso Mazzini 18, 28100 Novara, Italia.
Tel.: +39.0321.3733310.
E-mail: mauro.campanini@maggioreosp.novara.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright M. Campanini, 2015
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2015; 3:610-612

al rientro sul territorio. È possibile, inoltre, ridurre la domanda di ricoveri implementando i percorsi di deospedalizzazione (ambulatori e DH); iii) riteniamo utile un potenziamento delle Medicine Interne ospedaliere, riducendo le conversioni delle stesse a cure intermedie e istituendo le aree ad alta intensità di cura dove l'internista, coadiuvato dagli specialisti d'organo, gestisce i pazienti polipatologici complessi in fase acuta; iv) avanziamo proposta di riconoscere all'Internista un ruolo centrale come attore protagonista nella conduzione del Dipartimento Medico.

Noi internisti FADOI ci rendiamo disponibili a: i) collaborare con Commissioni del Ministero della Salute in ambito di programmazione sanitaria; ii) condividere il nostro *know-how* al fine di redigere documenti di programmazione sanitaria; iii) inviare regolarmente i dati di attività delle nostre divisioni di Medicina al fine di rendere tracciabile il reale ed evolutivo impatto della Medicina Interna a livello ospedaliero nazionale.

Proposte operative

Possiamo riassumere le proposte operative come segue: i) per una Medicina sostenibile, l'appropriatezza deve essere vissuta con un meccanismo *bottom-up* e non *top-down*. Tutti i professionisti della Medicina nei loro atti quotidiani devono lavorare in base ai principi di governance e di appropriatezza clinica. Per rendere ciò possibile si deve investire sulla formazione. Si sente, quindi la necessità di implementare questo corso di perfezionamento sul governo del paziente complesso, ripetendo altre edizioni (sempre avvalendosi delle competenze delle tre Università e di FADOI), auspicabilmente co-finanziate dal Ministero al fine di interessare a un elevato numero di professionisti; ii) si ritiene indispensabile coinvolgere gli Internisti nei tavoli di lavoro per la revisione dei DRG, al fine di riconoscere la complessità del paziente ricoverato nei reparti di Medicina Interna e permettere una giusta allocazione delle risorse economiche; iii) si chiede di diffondere su tutto il territorio Italiano, con la partecipazione del Ministero, la telemedicina del paziente complesso, avvalendosi di un progetto già operativo a livello locale (PONTe = Progetto Ospedale Nel Territorio), al fine di individuare l'impatto della stessa in termini di output e outcome.

Elenco partecipanti al Corso

Belcari Claudio, Bonoldi Guido, Buoni Giulio, Caddori Aldo, Candiani Tiziana, Casaldi Stefania, Castiglioni Claudia, Colarusso Diodero, Donati Donato, Fiammengo Fabio, Fiore Maria Serena, Gargiulo Anna, Incasa Elena, Laureano Raffaele, Martignoni Alessandra, Melfi Rosetta, Moschella Maria Adele,

Nobile Lucia, Norbiato Claudio, Novati Paola, Orlandini Francesco, Paolicelli Emanuele, Pietrantonio Filomena, Politi Cecilia, Raimondo Francesco Cristiano, Reale Paolo, Risicato Roberto, Santini Claudio, Scannelli Giovanni, Spoto Silvia, Tramontano Luciano, Uomo Generoso.

Il manifesto FADOI 2015

Durante il XX Congresso Nazionale FADOI di Torino abbiamo invece presentato il Manifesto FADOI 2015. Per la nostra Società Scientifica il Manifesto costituisce il nucleo centrale da cui derivare da un lato la nostra comunicazione e dall'altro la direzione strategica per essere più efficaci nella promozione della Medicina Interna presso le Istituzioni, quali il Ministero della salute e gli Assessorati regionali.

Il manifesto costituisce inoltre lo strumento per sviluppare contenuti ed iniziative coerenti con la propria visione e missione per rendere attuativi i principi in esso contenuti e sviluppare il contributo fondamentale che dovrà svolgere la Medicina Interna nel futuro Sistema Sanitario Nazionale

FADOI: Gli internisti ospedalieri per il futuro del SSN

- Viviamo un'epoca in cui la complessità di gestione della salute e del benessere sta crescendo. Anche in conseguenza dell'aumento dell'età media, vengono trattate un numero maggiore di patologie e comorbidità, su un numero più ampio di persone, per periodi più lunghi.
- La gestione delle patologie croniche, delle loro complicanze e fasi di acuzie assorbe la maggior parte dell'impegno organizzativo e delle risorse destinate alla Sanità ed è un fenomeno destinato a crescere nei prossimi anni.
- Questa situazione ha un impatto sul nostro futuro perché aumenta la domanda di servizi sanitari e di assistenza ospedaliera per i casi acuti e, di conseguenza, la pressione sulle risorse pubbliche, gravando significativamente sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.
- Dobbiamo preparare percorsi e modelli che adeguino l'assistenza socio-sanitaria alla nuova realtà, concentrando l'attenzione: i) sullo stato di salute e benessere complessivo della persona, non sulla singola malattia; ii) sull'integrazione fra ospedale e medicina del territorio; iii) sull'appropriatezza e sulla sostenibile gestione delle risorse.
- Noi Medici Internisti ospedalieri di FADOI siamo pronti ad assumere un ruolo centrale e innovativo nel servizio alla collettività, impegnandoci con la nostra esperienza e competenza alla costruzione

del futuro del sistema sanitario, per far fronte a una società che cambia.

- Gli Internisti ospedalieri sono già oggi gli specialisti delle diagnosi difficili, curano la persona, non le malattie, e sempre più rappresentano un fulcro per la gestione intraospedaliera dell'ammalato e la continuità assistenziale post-dimissione: in tale ruolo intendiamo perciò contribuire alla definizione di nuovi modelli di appropriatezza per la gestione dei casi complessi, delle urgenze e delle comorbidità.
- Siano pronti a collaborare con le Istituzioni, ogni categoria di Specialisti, i Medici di Medicina Generale, offrendo dati, informazioni e competenze per contribuire a rendere sostenibile il mantenimento nel tempo di un ottimale stato di benessere delle persone.
- Dalla formazione scientifica alla ricerca, siamo già attivi e mettiamo a disposizione della collettività un importante patrimonio di esperienze utili a progettare e realizzare nuove modalità di gestione della complessità clinica e di implementazione della appropriatezza.

Non-commercial use only

LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare *solo online* annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in *lingua italiana*.

I Quaderni ITJM pubblicano:

- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell' *Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*, coordinata dalla Dr.ssa Paola Gnerre.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell' *Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica. La selezione è a cura dell'Editor-in-Chief, Prof. Roberto Nardi.

STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:

- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia e margini* 2,54 cm. *Parole totali*: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la Rassegna (*Review*): i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, ...); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo, senza acronimi); ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredata da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (<http://www.icmje.org/#author>); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, ... o 1.0, 1.1, ...). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
 - i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
 - ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
 - iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
 Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

NB: In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione*: nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.

Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].

Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:

- i) più di 3 autori, citare 3 autori, *et al.* Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
- ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
- iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
 - c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt);
- iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
- v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
- vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
- vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.

Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

Articolo standard su Rivista

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

Proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Articoli i cui autori sono Organizzazioni

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

Libri

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

Monografie

Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.

Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento alla Dr.ssa Paola Gnerre (e-mail: pgnerre@yahoo.it) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

La Dr.ssa Gnerre raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.

I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (già *corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Traduzioni

Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: paola.granata@pagepress.org

Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impagina-

zione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).

Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

NOTA PER GLI AUTORI

I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (<http://www.fadoi.org/>).

Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM e che fossero interessati a vederli pubblicati anche sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM (www.italjmed.org) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.

STAFF EDITORIALE

Paola Granata, Journal Manager
paola.granata@pagepress.org

Selvaggia Stefanelli, Marketing Manager
marketing@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via Belli 7 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications
via G. Belli 7
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.1751762
F: +39.0382.1750481



www.pagepress.org
info@pagepress.org

Editore: PAGEPress srl, via G. Belli 7, 27100 Pavia, Italy
www.pagepress.org