

volume 6

ISSUE 3

2018 maggio-giugno



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
Paola Gnerre

Supervisor Editor
Roberto Nardi

La figura dell'Hospitalist in Italia

Guest Editors: F. Orlandini, M. La Regina, A. Fontanella, M. Campanini, P. Gnerre

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Andrea Fontanella, Napoli, Italy

PRESIDENTE ELETTO

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

PAST PRESIDENT

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

SEGRETARIO

Micaela La Regina, *La Spezia, Italy*

SEGRETARIO VICARIO

Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*

STAFF DI SEGRETERIA

<i>Comunicazione</i>	Paola Gnerre, <i>Savona, Italy</i>
<i>Ricerca</i>	Roberta Re, <i>Novara, Italy</i>
<i>Formazione</i>	Maurizia Gambacorta, <i>Todi (PG), Italy</i>

TESORIERE

David Terracina, *Roma, Italy*

STAFF DI TESORERIA

Francesco D'Amore, *Roma, Italy*

PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

COORDINATORE

Giuseppe Augello, *Canicattì (AG), Italy*

**DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA
"CENTRO STUDI FADOI"**

<i>Direttore</i>	Giancarlo Agnelli, <i>Perugia, Italy</i>
<i>Direttore vicario</i>	Francesco Dentali, <i>Varese, Italy</i>

**DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE
E AGGIORNAMENTO**

Direttore Mauro Silingardi, *Guastalla (RE), Italy*

**COORDINAMENTO FORMAZIONE
AREA CENTRO-NORD**

Francesco Orlandini, *La Spezia, Italy*

**COORDINAMENTO FORMAZIONE
AREA CENTRO-SUD**

Generoso Uomo, *Napoli, Italy*

COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI

Flavio Tangianu, *Oristano, Italy*

**MEMBRO FISM E RESPONSABILE
PER L'INNOVAZIONE IN MEDICINA INTERNA**

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Editor in Chief Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

**RESPONSABILE DEI
QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE**

Paola Gnerre, *Savona, Italy*

**SUPERVISOR EDITOR DEI
QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE**

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

**DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANIZATION
E CONSULTA CARDIOVASCOLARE**

Michele Stornello, *Siracusa, Italy*

RAPPORTI CON EFIM

Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*
Ombretta Para, *Firenze, Italy*
Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

**RESPONSABILE SITO NAZIONALE
E COMUNICAZIONE**

Salvatore Lenti, *Arezzo, Italy*

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti, *Roma, Italy*

RESPONSABILE CLINICAL COMPETENCE

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

RESPONSABILE AREA ECOGRAFIA

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*
Marcello Romano, *La Spezia, Italy*

RESPONSABILE MEDICINA DI GENERE

Cecilia Politi, *Isernia, Italy*

RESPONSABILE AREA NUTRIZIONE

Roberto Risicato, *Siracusa, Italy*
Luciano Tramontano, *Praia a Mare (CS), Italy*

RESPONSABILE AREA DI CLINICAL GOVERNANCE

Giovanni Iosa, *Cesenatico (FC), Italy*
Stefano De Carli, *Udine, Italy*

Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*



Fondazione FADOI - Organigramma

PRESIDENTE FONDAZIONE

Mauro Campanini, Novara, Italy

COORDINATORE

Giuseppe Augello, Canicattì (AG), Italy

DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA CENTRO STUDI FADOI

Direttore Giancarlo Agnelli, Perugia, Italy
Direttore vicario Francesco Dentali, Varese, Italy

SEGRETERIA

Grazia Panigada, Pescia (PT), Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Paolo Verdecchia, Assisi (PG), Italy

STAFF AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Cecilia Becattini, Perugia, Italy
Pierpaolo Di Micco, Napoli, Italy
Fernando Gallucci, Napoli, Italy
Alessandro Squizzato, Varese, Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE INFETTIVE

Ercole Concia, Verona, Italy

STAFF AREA MALATTIE INFETTIVE

Anna Maria Azzini, Verona, Italy
Gianluca Giuri, Castelnovo ne' Monti (RE), Italy
Matteo Giorgi Pierfranceschi, Piacenza, Italy
Carlo Tascini, Pisa, Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE RESPIRATORIE

Leonardo Fabbri, Reggio Emilia, Italy

STAFF AREA MALATTIE RESPIRATORIE

Bianca Beghè, Reggio Emilia, Italy
Piera Boschetto, Ferrara, Italy
Gaetano Cabibbo, Modica (RG), Italy
Francesco Corradi, Firenze, Italy
Francesco Ventrella, Cerignola (FG), Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

Carlo Salvarani, Reggio Emilia, Italy

STAFF AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

Laura Morbidoni, Senigallia (AN), Italy
Nicolò Pipitone, Reggio Emilia, Italy
Tito D'Errico, Napoli, Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE METABOLICHE

Roberto Vettor, Padova, Italy

STAFF AREA MALATTIE METABOLICHE

Tiziana Attardo, Agrigento, Italy
Giovanni Gulli, Savignano (CN), Italy
Ada Maffettone, Napoli, Italy
Maurizio Nizzoli, Forlì, Italy

RESPONSABILE AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

Antonio Greco, San Giovanni Rotondo (FG), Italy

STAFF AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

Marco Candela, Jesi (AN), Italy
Giovanni Mathieu, Pinerolo (TO), Italy
Valentino Moretti, San Daniele del Friuli (UD), Italy
Filomena Pietrantonio, Brescia, Italy
Elisa Romano, La Spezia, Italy

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Mauro Silingardi, Guastalla (RE), Italy

COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-NORD

Francesco Orlandini, La Spezia, Italy

COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-SUD

Generoso Uomo, Napoli, Italy

STAFF DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Roberto Frediani, Domodossola (VB), Italy
Marco Grandi, Sassuolo (MO), Italy

SEGRETERIA DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Luigi Magnani, Voghera (PV), Italy

BOARD SCIENTIFICO

Clelia Canale, Reggio Calabria, Italy
Fabrizio Colombo, Milano, Italy
Giuseppe De Mattheis, Città Sant'Angelo (PE), Italy
Massimo Giusti, Torino, Italy
Luca Masotti, Cecina (LI), Italy
Nicola Mumoli, Livorno, Italy
Maurizio Ongari, Porretta Terme (BO), Italy
Ruggero Pastorelli, Colleferro (RM), Italy
Fulvio Pomeroy, Savignano (CN), Italy
Roberto Riscato, Siracusa, Italy
Antonio Sacchetta, Conegliano (TV), Italy
Giancarlo Tintori, Pisa, Italy

COMMISSIONE TECNICHE E METODICHE INNOVATIVE DI FORMAZIONE E VERIFICA

Responsabile dell'Innovazione
in Medicina Interna Antonino Mazzone, Legnano (MI), Italy

STAFF

Francesco Dentali, Varese, Italy
Andrea Montagnani, Grosseto, Italy
Filippo Pieralli, Firenze, Italy

DIRETTORE SCIENTIFICO FONDAZIONE FADOI

Gualberto Gussoni, Grosseto, Italy

REFERENTI SLOW MEDICINE

Roberto Frediani, Domodossola (VB), Italy
Luigi Lusiani, Castelfranco Veneto (TV), Italy

RESPONSABILE AREA DOLORE

Domenico Panuccio, Bologna, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

LA FIGURA DELL'HOSPITALIST IN ITALIA

Guest Editors: F. Orlandini, M. La Regina, A. Fontanella, M. Campanini, P. Gnerre

INTRODUZIONE

Tra il Mito di Titone e la sindrome di Odisseo/Ulisse del Malato Complesso	1
A. Fontanella	

RASSEGNE

Profilo biosociale del paziente ospedalizzato del XXI secolo	4
R. Nardi, G. Mathieu, M. La Regina	
C'è bisogno di una nuova figura professionale?	9
M. Silingardi	
Analisi dei modelli esistenti: <i>future hospital program</i>	13
F. Orlandini	
Analisi dei modelli esistenti: <i>Acute Complex Care Model (ACCM)</i>	18
F. Pietrantonio	
Analisi dei modelli esistenti: <i>hospitalist</i>	30
V. Verdiani	
<i>On being a hospitalist</i>	34
M. Affinati	
La nuova figura professionale italiana: profilo, attività e modelli organizzativi	38
F. Orlandini, M. La Regina, V. Verdiani, D. Manfellotto	
Il percorso formativo	43
G. Murialdo, A. Testi, G. Torre, P. Gnerre, F. Orlandini	
La certificazione	46
L. Marchionni, M. Campanini, C. Nozzoli, A. Mazzone	
Hospitalist: <i>SWOT analysis</i>	51
M. La Regina, F. Orlandini, V. Verdiani	

CONCLUSIONI

Considerazioni conclusive sulla figura dell'<i>Hospitalist</i>	55
D. Manfellotto	

Tra il Mito di Titone e la sindrome di Odisseo/Ulisse del Malato Complesso

Andrea Fontanella

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

Non conoscevo il mito di Titone fin quando il nostro Presidente eletto, Dario Manfellotto, non mi ha inviato una sua piacevole intervista in cui lo narrava, da efficace affabulatore qual è. La storia mi ha immediatamente affascinato e mi è subito apparsa come allegoricamente calzante a quella che è la realtà della medicina moderna.

Titone è un personaggio della mitologia greca, figlio di Laomedonte e di Strimo, fratello di Priamo che diverrà re di Troia.¹

Eos, la divina fanciulla dalle braccia rosate e dalle dita che spandono fiori, è la prima dea dell'Olimpo a destarsi, dovendo aprire i dorati cancelli del cielo per consentire il passo ai focosi destrieri del carro solare. Così ogni mattina nel suo viaggio rosato Eos s'innamora di un mortale diverso ed è così che non può fare a meno di notare la bellezza indescrivibile di Titone, questi ammalia la dea con la sua lira. La regina dell'Alba è talmente invaghita del giovane che vuole farlo suo eterno amante e chiede a Zeus di donargli l'immortalità. La richiesta è esaudita ma il desiderio eccessivo è sempre avventato, e il Fato beffardo: la ragazzetta divina si dimentica, infatti, di chiedere per il suo amato mortale anche l'eterna giovinezza. Titone è visitato ogni mattina dalla sua innamorata, ogni mattina dell'eternità, ma pian piano sfiorisce, invecchia, appassisce, decade nell'aspetto e nell'animo. I suoi lamenti raggiungono il cielo, commuovono gli dei e così Eos ottenne che fosse mutato in cicala,² l'insetto dalla pelle secca che non può smettere di vibrare all'alba il suo lamento disperato, incessante, ossessivo.

Corrispondente: Andrea Fontanella, Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli; Presidente Nazionale FADOI, Italia.
E-mail: andreafontanella52@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright A. Fontanella, 2018
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):1-3

Tutto questo sarà forse un po' triste, ma nella maggioranza dei casi è ciò che si è realizzato nella medicina moderna. I nuovi farmaci, le nuove tecnologie, la diagnostica rapida ed efficace, hanno permesso di contrastare in modo significativamente valido le malattie acute: si muore molto meno per infarto, molto meno per stroke, persino il cancro è stato *cronicizzato*. Il risultato è che abbiamo allungato la vita. Purtroppo, non potendo allungare la giovinezza né la vita media, noi abbiamo allungato la vecchiaia e, quindi, spesso abbiamo protratto la malattia. A causa di questa evoluzione antropologica e sociologica della nostra società, la maggioranza dei nostri pazienti sono ultrasettantacinquenni, con più patologie croniche, in politerapia, con deficit funzionali dei principali organi emuntori, con patologie metaboliche in scompenso, con patologie cardiache scompensate, con broncopatia cronica riacutizzata, con problemi cognitivi, con problemi sociali, con problemi assistenziali, con problemi economici.

Le condizioni polipatologiche spingono frequentemente l'ammalato a compiere peregrinazioni tra diversi specialisti: ecco, quindi che subentra la *sindrome di Odisseo/Ulisse*. Per il cuore si va dal cardiologo, per la broncopatia dallo pneumologo, per la cerebropatia dal neurologo, per il diabete dal diabetologo... e così via. Il risultato è di collezionare una serie di prescrizioni con una sequela di farmaci, spesso poco compatibili tra di loro o con le altre patologie. Come ci dice Roberto Nardi nel suo articolo: *La presenza di multi-morbilità ha un valore prognostico rispetto alla sopravvivenza, ma anche rispetto allo stato funzionale. La presenza di più malattie croniche nello stesso individuo aumenta il rischio di peggioramento dello stato di salute e di andare incontro a disabilità, a trattamenti inappropriati e ad eventi avversi. Da uno studio, finalizzato a misurare la qualità delle prescrizioni nella popolazione anziana del nostro paese, risulta che più di 1.300.000 individui (11,3%) ricevono una prescrizione contemporanea di dieci o più farmaci. Il gruppo di età più esposto a tale alto carico farmacologico è quello tra i 75 e gli 84 anni, con il 55% dei soggetti trattati con 5-9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci.*³

Il medico di specialità è quello adatto particolarmente ad affrontare le malattie acute di un paziente

non complesso, ma è certamente carente per quelle croniche e complesse. Questo paziente ha bisogno di un inquadramento globale che tenga conto della sua fragilità e della sua complessità. Il paziente con patologie croniche ha bisogno di fiducia e di continuità assistenziale, percepita come l'esistenza di un riferimento stabile e continuo. Questa figura professionale è quella che coincide con l'Internista *il Dottore degli adulti*.

L'altro aspetto critico dei nostri ospedali è che il tipo di paziente appena descritto non caratterizza ormai solo i reparti di Medicina Interna, ma è presente in ampia maggioranza in tutti i Reparti Ospedalieri medici sub-specialistici, chirurgici, ortopedici, ginecologici ed anche nell'Urgenza.

Questi pazienti vengono gestiti per i loro problemi internistici in modo saltuario, frammentato, spesso da differenti sub-specialisti che si occupano della loro patologia d'organo, senza tener conto della loro complessità e delle politerapie. Soprattutto, però, non hanno un Medico di riferimento che abbia la cultura della complessità e della visione globale della persona, che abbia la capacità di gestire anche la comunicazione col paziente e coi suoi famigliari, che abbia la conoscenza delle problematiche perioperatorie, comprese quelle nutrizionali, settiche, ventilatorie, idroelettrolitiche, che abbia manualità sulle nuove tecniche e i nuovi device: un medico, in pratica, che, oltre a sapere, sappia fare.

La stessa semeiotica si evolve. I suoi quattro passaggi fisici e clinici: ispezione, palpazione, percussione e auscultazione, si sono sempre realizzati con i *sensi* del dottore, con pochi strumenti aggiuntivi: lo steto/fonendoscopio, il martelletto, il diapason, l'ago... Ma l'evoluzione e la divulgazione della tecnica hanno messo alla portata di tutti nuovi strumenti base da portare al letto del paziente, primi fra tutti gli ultrasuoni. La medicina moderna, specie nella formazione dei nostri giovani, non può non tenere conto di questo, specie se saremo saggi a gestire le nuove tecnologie al fine di migliorare la nostra sensibilità clinica nell'esame fisico dell'ammalato ... e certamente non a sostituire la clinica con l'esame strumentale, come purtroppo si è spesso verificato finora.

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.⁴

Dobbiamo preparare percorsi e modelli che adeguino l'assistenza socio-sanitaria alla nuova realtà, concentrando l'attenzione: sullo stato di salute e *sul benessere complessivo della persona*, non sulla singola malattia; sull'integrazione fra Ospedale e Medicina del territorio; sull'appropriatezza e sulla sostenibilità delle risorse, che si basa sull'appropriatezza clinica.⁴

Gli internisti ospedalieri sono già gli *specialisti delle diagnosi difficili*, curano la persona e non la malattia e sempre più rappresentano un fulcro per la gestione intraospedaliera dell'ammalato. In tale ruolo, sempre nell'ottica dell'appropriatezza, intendiamo contribuire alla definizione di nuovi modelli di gestione dei casi complessi, delle urgenze e delle comorbidità.⁴

La naturale predisposizione culturale e formativa dell'Internista lo porta a una visione multidisciplinare e trasversale della Medicina permettendogli di acquisire con maggiore facilità gli strumenti che compongono la struttura della *clinical governance* ed è quindi facilitato nel dialogo con i decisori della Sanità.

Per questo la FADOI ha fortemente voluto e promosso il Master per formare l'Hospitalist, una figura che rappresenta la proiezione della visione e del metodo della Medicina Interna nella gestione dei problemi «medici» dei pazienti complessi in qualunque area assistenziale essi si trovino.

Questo numero dei Quaderni dell'IJM ha anche lo scopo di delineare una nuova figura dell'Hospitalist, che si adatti alla realtà sanitaria e sociale italiana, figura certamente ben diversa da quella dell'Hospitalist Americano, che ha altre basi culturali e formative differenti da quella ipotizzata da noi. Il nostro scopo è quello di completare l'exkursus universitario e post-laurea del Medico Internista, arricchire le sue conoscenze nella gestione delle problematiche pre e post-operatorie, fornirgli le abilità per la gestione dei nuovi *device* diagnostici e strumentali, arricchire le sue capacità comunicative coi familiari, coi pazienti, coi colleghi di altre specialità e con il personale sanitario tutto.

È una sfida importante e difficile il cui quanto non può non essere raccolto dalla Società di Medicina Interna Ospedaliera. La Medicina si evolve e la Società cambia ed è impensabile che non ci si possa adeguare ai tempi. Il rischio di tutto questo è quello di vedere deflagrare tutto il sistema dello stato sociale e assistenziale, per l'inevitabile fallimento della sua sostenibilità.

La sostenibilità è la caratteristica di un processo o di uno stato che può essere mantenuto a un certo livello indefinitamente. Lo sviluppo sostenibile è quello che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri.

Da qui la necessità di essere proprio noi *medici sul campo* a cercare di evitare i *tagli* indiscriminati e a spingere verso la razionalizzazione della spesa pubblica, apportando suggerimenti validi a migliorarne l'efficienza, ad adeguare il sistema assistenziale ai mutamenti sociali ed epidemiologici, che vedono una società sempre più anziana, affetta da polipatologie, tutte croniche, con necessità di assistenza continuativa e con perdita di autonomie.

Bibliografia

1. Titone su mitologia.dossier. it
2. Suida (lessico ed Enciclopedia storica del X secolo, scritta in Greco Bizantino), κ 497 e τ 578 Adler.
3. Marengoni A, Onder G, Steering Group Geriatrico AIFA, <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/pazienti-con-multimorbilit%C3%A0-la-gestione-della-politerapia-e-i-rischi-delle-interazioni-farmacologiche>.
4. Manifesto FADOI 2015.

Non-commercial use only

Profilo biosociale del paziente ospedalizzato del XXI secolo

Roberto Nardi,¹ Giovanni Mathieu,² Micaela La Regina³

¹Medicina Interna, Bologna; ²Medicina Interna, Past President Nazionale FADOI, Torino; ³Medicina Interna, Clinical Risk Manager, La Spezia, Italia

I dati demografici: non solamente invecchiamento della popolazione

In Italia, secondo i dati ISTAT 2016, gli ultrasessantacinquenni sono 13,4 milioni, il 22% del totale. In diminuzione risultano sia la popolazione in età attiva di 15-64 anni (39 milioni, il 64,3% del totale) sia quella fino a 14 anni di età (8,3 milioni, il 13,7%). L'indice di dipendenza strutturale sale al 55,5%, quello di dipendenza degli anziani al 34,2%. Diminuisce la speranza di vita alla nascita. Per gli uomini si attesta a 80,1 anni (da 80,3 del 2014), per le donne a 84,7 anni (da 85). L'età media della popolazione aumenta di due decimi e arriva a 44,6 anni.¹ Nel periodo 2000-2030 si stima che la popolazione anziana aumenterà dal 15,5% al 24,3% in Europa, con punte di ultra 65enni fino al 33% nel 2030. La rivoluzione del XXI secolo ha riguardato il cosiddetto *longevity shock*, che ha comportato un considerevole aumento della speranza di vita (calcolata alla nascita, secondo i dati OMS del 2014, a 80,5 anni negli uomini e a 84,8 nelle donne, con un'aspettativa di vita in buona salute di 72,8 anni) ed un cospicuo incremento demografico delle persone che raggiungono un'età molto avanzata (i cosiddetti *long survivors*).² Si è verificato anche e soprattutto un cambiamento della nosologia dei pazienti che afferiscono al Servizio Sanitario Nazionale, con prevalenza di malattie cronico-degenerative, alcune delle quali invalidanti. Valutando la speranza di vita per condizioni di salute si evidenzia un calo significativo degli anni vissuti in buona salute (*Healthy Life Years Expectancy*,

HLYE). Secondo i dati dell'*European Union Statistics On Income And Living Conditions* (EU-SILC) del 2011, all'età di 65 anni, le donne possono aspettarsi di vivere 7,0 anni (31% della vita rimanente) senza limitazioni nelle attività (misura che coincide con HLYE), 9,4 anni (42%) con limitazioni moderate nelle attività e 6,1 anni (27%) con limitazioni gravi nelle attività. Gli uomini della stessa età possono aspettarsi di vivere 8,1 anni (43% della vita rimanente) senza limitazioni di attività, 6,8 anni (36%) con limitazioni di attività moderate e 3,8 anni (20%) con limitazioni di attività gravi.³ Coesiste una possibile riduzione dell'aspettativa di vita libera da disabilità (*Disability-Free Life Expectancy, DFLE*).⁴ La DFLE si attesta in Italia in entrambi i sessi su valori inferiori ad altri paesi (72% tra gli uomini, il 61% tra le donne), ad esempio la Svezia (89% tra gli uomini e 71% tra le donne).⁵ Il numero delle persone disabili (attualmente 2.800.000) aumenterà entro il 2030 del 70%, superando quota 5 milioni.⁶

Perché l'ospedale è ancora ritenuto il luogo naturale di riferimento per i problemi socio-sanitari?

Sulla base dei dati disponibili, la Medicina Interna costituisce un importante riferimento per il Servizio Sanitario Nazionale per i ricoveri ospedalieri: nell'ambito di un totale di pazienti dimessi dagli ospedali italiani fra *tutte le discipline mediche + chirurgiche* di 6.158.456 persone, 1.062.094 (pari al 17,3%) sono state dimesse in regime ordinario – attività per acuti dai reparti di Medicina Interna secondo codice 26.⁷

Cronicità e acuzie in ospedale

Gli studi epidemiologici dimostrano che almeno il 45% della popolazione è affetta da una o più patologie croniche, con assorbimento della maggior parte delle risorse. Circa l'80% delle giornate di degenza viene attribuita a questa quota di popolazione, così come quasi il 90% della spesa farmaceutica e il 96% delle visite domiciliari da parte dei Medici di Medicina Generale.^{8,9} Una minima percentuale di pazienti con con-

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

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright R. Nardi et al., 2018
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):4-8

dizioni complesse (circa il 5% di tutti) contribuisce in maniera preponderante (circa il 42%) al totale delle giornate di degenza in ospedale.¹⁰

Co-morbidità, multimorbidità e politerapia

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. Per *co-morbidità* s'intende l'esistenza di qualsiasi evento patologico durante il decorso clinico di una determinata malattia *indice* (ad esempio, BPCO): tale concetto implica un ordine gerarchico tra patologia iniziale e condizioni contingenti. La *multi-morbidità* implica la presenza contemporanea, nello stesso individuo, di due o più condizioni morbose acute o croniche. La multi-morbidità 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.¹¹ La presenza di multi-morbidità ha un valore prognostico rispetto alla sopravvivenza, ma anche rispetto allo stato funzionale. È noto che la presenza di più malattie croniche nello stesso individuo aumenta il rischio di peggioramento dello stato di salute e di andare incontro a disabilità, di trattamenti inappropriati ed eventi avversi. In tale contesto epidemiologico, circa il 50% degli anziani con più di 65 anni assume più di 5 diversi farmaci al giorno. Da uno studio finalizzato a misurare la qualità delle prescrizioni nella popolazione anziana del nostro paese, risulta che più di 1.300.000 individui (11,3%) ricevono una prescrizione contemporanea di 10 o più farmaci. Il gruppo di età più esposto a tale alto carico farmacologico è quello tra i 75 e gli 84 anni, con il 55% dei soggetti trattati con 5-9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci. Il trattamento di molte malattie d'organo (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, BPCO, eccetera) richiede di intervenire su più meccanismi fisiopatologici con dimostrati effetti sulla sopravvivenza, ma con aumentato rischio di reazioni avverse da e fra farmaci (dal 13% per 2 farmaci all'84% per 7 o più medicamenti), nonché di ridotta aderenza alle terapie.^{12,13}

Il clustering diseases

Le diverse malattie coesistenti possono influenzarsi a vicenda nello stesso individuo. La conoscenza dei possibili raggruppamenti delle malattie (*clustering diseases*) e delle possibili interazioni fisio-patologiche fra le multi-morbidità può contribuire al miglioramento delle strategie di prevenzione e di trattamento. Lo studio dei *pattern* di co-morbidità può essere utile per migliorare la gestione clinica di ciascun sottogruppo specifico di pazienti con una determinata patologia *indice*.¹⁴

La deprivazione sociale

È evidente l'associazione tra deprivazione socio-economica e prevalenza di malattie croniche.¹⁵ La precarietà economica preclude l'equità delle cure, con evidenti sperequazioni tra gruppi sociali e conseguenti implicazioni clinico-prognostiche. Chi soffre di difficoltà economiche ricorre più spesso all'Ospedale. La valutazione prognostica dei pazienti ricoverati in Medicina Interna dovrebbero basarsi, oltre che su criteri clinico-funzionali, anche in base al rischio clinico sociale.

Invecchiamento, malattie croniche, anziani frequent users

L'interazione fra invecchiamento, presenza di malattie croniche, riacutizzazione di queste o d'intercorrenti malattie acute, insieme alla vulnerabilità psico-sociale, definisce una categoria di pazienti, prevalentemente anziani, che risultano quali *frequent users* (FU) dell'Ospedale. Per ogni 100 visite effettuate in Pronto Soccorso (PS) per anno: i) quasi il 40% interessa persone di età < 65 anni; ii) quasi il 60% riguarda soggetti di età > 75 anni; iii) la richiesta di ospedalizzazione degli ultra 75-enni supera la metà del totale degli accessi in PS; iv) l'ulteriore metà di questi è costituita da FU del PS. In uno studio effettuato dal 1990 al 2004, a fronte di un incremento medio di tutti gli accessi del 54%, è stato calcolato un aumento del 198% dei pazienti giunti in PS di oltre 70 anni e del 671% di quelli di oltre 90 anni!¹⁶

Le caratteristiche del paziente ricoverato nei reparti di medicina interna

I reparti di Medicina Interna si fanno carico della maggior parte dei ricoveri relativi a *pazienti anziani, complessi e difficili*. Secondo il rapporto del Ministero della Salute (2000), la popolazione anziana in Italia determina: i) quasi il 40% dei ricoveri ospedalieri ordinari; ii) circa il 50% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati. In base ai dati dello studio *Medicomplex* più del 50% dei pazienti ammessi nei reparti internistici è *grave* (alti punteggi di gravità), presenta alti indici di comorbidità, circa la metà dei pazienti è parzialmente o totalmente dipendente, i 2/3 richiedono cure domiciliari dopo la dimissione.¹⁷ Questi dati sono stati confermati dagli studi REPOSI 2008-2016: circa il 36% dei pazienti ricoverati in reparti internistico-geriatrici presenta una disfunzione cognitiva manifesta, il 22,5% richiede un cateterismo vescicale, il 14,5% ha una disabilità clinicamente significativa, il 18,4% presenta sintomi di depressione.¹⁸

Fragilità

La fragilità dei pazienti ricoverati in ospedale implica alcune conseguenze:¹⁹ i) elevata suscettibilità a

sviluppare malattie acute che si esprimono con quadri clinici atipici e/o sindromi geriatriche (confusione mentale, disfunzione cognitiva, incontinenza/ritenzione urinaria, instabilità posturale e cadute, delirium, sindrome da immobilizzazione, ulcere da pressione, ecc.); ii) ridotta capacità motoria, fino alla immobilità, per una grave astenia ed adinamia, non completamente giustificate dalle singole patologie presenti; iii) fluttuazioni rapide dello stato di salute, con spiccata tendenza a sviluppare complicanze (scompenso a cascata); iv) elevato rischio iatrogeno e di eventi avversi; v) lenta capacità di recupero, comunque quasi sempre parziale; vi) *failure to thrive*, spesso associata ad aumentata incidenza di infezioni, depressione dell'immunità cellulo-mediata, fratture di femore, ulcere da pressione, aumentata mortalità post-chirurgica; vii) frequente richiesta di intervento medico, ripetute ospedalizzazioni, necessità di continuità assistenziale; viii) alto rischio di morte.

I ricoveri ripetuti

Il fenomeno dei re-ricoveri può sottendere un problema complessivo di precaria capacità di garantire il *continuum* delle cure. Più complessi sono i problemi del paziente, quanto meno viene prevista un'integrazione del *sistema* di assistenza sanitaria e più elevato risulta il rischio di utilizzazione inappropriata dei servizi, di riammissione impropria in ospedale, di frammentazione degli interventi e di ritardo diagnostico-terapeutico, con evidente dispendio di risorse. E' necessario ripensare all'organizzazione del sistema di assistenza, accentuando forme di gestione integrata del paziente, finalizzata in maniera specifica alla continuità delle cure. Un sistema integrato consente di ottenere una migliore comunicazione tra infermieri, assistenti sociali e medici, oltre che tra i pazienti e i loro *care-providers*, a tutto vantaggio di una migliore risposta ai bisogni, della qualità dell'assistenza.²⁰ Dallo studio *Medicomplex* risultava un tasso di ri-ospedalizzazione non pianificata a distanza di un anno del 44,3%, in rapporto a diverse situazioni: recidiva della malattia indice: 39%; nuovo problema 37%; nuova manifestazione della malattia: 9%; progressione della malattia: 9%; mancato miglioramento: 4%; riattivazione di un problema precedentemente inattivo: 2%.¹⁷

Le dimissioni difficili

La *dimissione difficile* si riferisce al paziente ricoverato in ospedale in cui, oltre alla natura e alla severità della/e malattia/e causa di ammissione, siano riscontrabili situazioni umane, economiche, sociali, ambientali ed organizzative non facilmente risolvibili dal paziente e/o dalla sua famiglia, tali da indurre un ritardo della dimissione ospedaliera e un necessario coinvolgimento dei servizi territoriali. In Italia si stima che il 2-3% di tutte le dimissioni ospedaliere siano da

classificare come *dimissioni difficili*, pari a circa 250-300.000 casi.²¹ Sulla base di alcuni criteri di selezione di nostri pazienti ammessi in Medicina Interna (qualsiasi difficoltà di supporto familiare; nessun soggetto - famiglia, amici, vicini, *caregivers* - che si prendesse cura dei pazienti (vivono soli); vissuto del paziente/famiglia improntato a: apprensione, paura/ansia, stress, rabbia, frustrazione; presenza di barriere architettoniche a casa) ed estrapolando i nostri dati ad un livello nazionale, la prevalenza di potenziali dimissioni difficili nei reparti di medicina interna è di circa il 5%, corrispondente a oltre 72.500 casi per anno, con circa 725.000 giorni annuali globali di ospedalizzazione *impropria* nei reparti di medicina interna in Italia, pari ad oneri totali di circa 43.500.000 €/anno in Italia.²²

Il sovraffollamento nei reparti internistici e il fenomeno degli outliers

Alla crescente richiesta di ricoveri ospedalieri negli ultimi anni si è associato, paradossalmente e non solo in Italia,²³ un trend di progressiva riduzione della dotazione di posti letto in ospedale, con richiesta di limitare la durata della degenza e di aumentare gli indici di occupazione, allo scopo di *migliorare* l'efficienza operativa dei reparti ospedalieri. Il taglio progressivo dei posti letto, non associato ad un adeguato aumento dei servizi e delle risorse sanitarie extra-ospedaliere, ha portato negli ultimi anni, soprattutto durante l'inverno, alla grave e costante mancanza di posti letto disponibili in ospedale. Il rischio di mancanza di letti disponibili per i casi urgenti sembra essere strettamente correlato all'indice di occupazione medio (IO). Gli ospedali che operano con IO medi superiori al 90% vanno più spesso in crisi, con maggiori rischi per i pazienti.²⁴ Un IO attorno all'85% sembra garantire un ottimale equilibrio per l'efficienza e la sicurezza del sistema di accoglienza in ospedale dei pazienti.²⁵ Gli ospedali sovraffollati sono meno sicuri, con possibilità di mortalità precoce e di breve termine più elevata. Il problema del sovraffollamento costituisce una vera e propria disfunzione latente dell'organizzazione che deve essere affrontata in maniera non sporadica né episodica ma permanente, con un approfondimento analitico delle cause (in termini di *root cause analysis*), allo scopo di individuare soluzioni strutturali efficaci e visibili.²⁶ Un'ulteriore conseguenza della carenza di posti letto è quella del fenomeno dei cosiddetti *outliers*, *out-lying hospital in-patients*, *overflow*, *sleep-out* o *boarder*, ovvero di pazienti che, a causa dell'indisponibilità di letti d'ospedale nel loro reparto clinicamente appropriato, vengono ammessi *ovunque* vi sia un letto non occupato nell'ospedale. In tal caso, la gestione clinica è a carico del personale medico del reparto clinicamente appropriato, ma l'assistenza è fornita da personale infermieristico di un reparto clinicamente inappropriato che ospita il paziente. Tutto

ciò evoca un'evidente minaccia alla sicurezza dei pazienti, alla qualità dell'assistenza, alla soddisfazione del personale e alla reputazione complessiva dell'organizzazione.²⁷

La complessità in Medicina Interna: un concetto ancora da approfondire

Da una *survey* sulla complessità promossa da FADOI, mediante un questionario in cui si chiedeva *Quali ragioni a vostro parere identificano la complessità del paziente?* è risultato che le variabili che entrano nella definizione di complessità siano molto diverse e variegate, a dimostrazione del fatto che la complessità è ancora un concetto difficile da obiettivare e da misurare²⁸ (Figura 1). Sono pertanto necessari ulteriori studi per meglio chiarire la complessità dei nostri Pazienti.²⁹

Conclusioni

Le mutate caratteristiche del paziente ospedalizzato hanno indotto la Medicina Interna a dispiegare un variegato ventaglio di competenze che vanno dal-

l'assistenza al paziente *critico* al reinserimento sul territorio del paziente fragile e vulnerabile, dai percorsi assistenziali complessi in regime di *day service* alla continuità ospedale-territorio.³⁰ La medicina oggi non può più dedicarsi alla sola gestione dei pazienti acuti, dovendo di fatto supportare un universo di malati cronici, ad elevato rischio di riacutizzazione e di aggravamento. Il progresso scientifico deve farsi carico di migliorare l'assistenza, la continuità di cura e gli esiti clinici di tutti i pazienti - acuti o cronici - che siano degenti in ospedale o che vivano in comunità. L'Ospedale del futuro dovrà essere inteso come un modello flessibile di allocazione dei malati con una risposta orientata non più solo alla singola patologia ma indirizzata alle co-morbilità associate e ai bisogni assistenziali complessivi dei pazienti,³¹ in sinergia con le risorse del territorio. L'efficacia delle *Case della Salute* sull'organizzazione socio-sanitaria complessiva e sulla loro capacità di decongestionare effettivamente gli ospedali, con risultati di esplicita soddisfazione dei pazienti, è tutta da dimostrare, secondo criteri non politici o autoreferenziali, ma di *evidence based medicine* (EBM) e di *Health Technology Assessment* (HTA), con indicatori espliciti, condivisi con i cittadini e i professionisti.

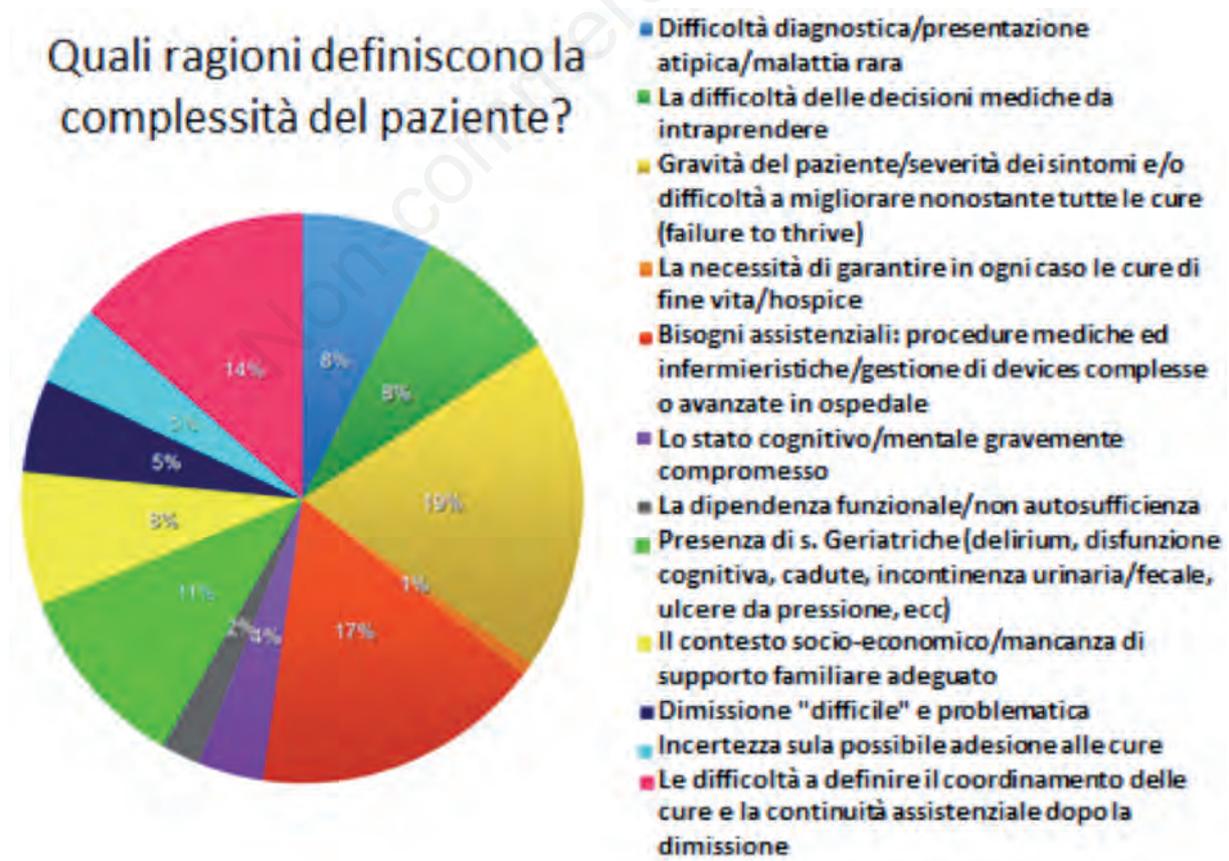


Figura 1. Le ragioni che stanno alla base della complessità dei pazienti secondo gli Internisti FADOI.

Bibliografia

5. ISTAT, Indicatori demografici, <https://www.istat.it/it/archivio/18049>
6. The Quest for Lasting Stability — IMF Global Financial Stability Report (GFSR) — April 2012 — Table of Contents. At: <http://www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/2012/01/index.htm>
7. European Health and Life Expectancy, La speranza di vita per condizioni di salute in Italia, EHLEIS Country Reports, Issue 7 – April 2014, http://www.istat.it/files/2011/01/Italia_web.pdf
8. Bardi U, Perini V, Declining trends of healthy life years expectancy (HLYE) in Europe, <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1311/1311.3799.pdf>
9. Minicucci N, Noale M, Pluijm SFM et al, Disability-free life expectancy: a cross-national comparison of six longitudinal studies on aging. The CLESA project, *Eur J Ageing* 2004, 1: 37–44
10. I quaderni del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nella assistenza del paziente complesso. N 23 Settembre-Ottobre 2013
11. Mathieu G, dati personali elaborati sulla base del Rapporto Annuale sull'attività del ricovero ospedaliero, Ministero della Salute, 2014
12. Kane RL. The chronic care paradox. *Aging Soc Policy* 2000;11(2-3):107-114
13. Kane RL. Changing the face of long-term care. *J Aging Soc Policy* 2005; 17/4:1-18
14. Wilson T, Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *BMJ* 2005; 330: 657
15. Weiss CO, Boyd CM, Yu Q, Wolff JL. Patterns of prevalent major chronic disease among older adults in the United States. *JAMA* 2007; 298 (10): 1160-1162
16. Marengoni A, Onder G, Steering Group Geriatrico AIFA, <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/pazienti-con-multimorbilit%C3%A0-la-gestione-della-politerapia-e-i-rischi-delle-interazioni-farmacologiche>
17. Gray SL, Hart LA, et al. Meta-analysis of interventions to reduce adverse drug reactions in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:282-8
18. Tangianu F, Gnerre P, Colombo F et al, Clustering of comorbidities could be useful for a better defining the internal medicine patients complexity?, *Ital J Med*, in press
19. 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
20. George G, Jell C, Todd BS. Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency: a historical perspective from a district general hospital in the UK, *Emerg Med J* 2006, 23/5: 379-383
21. 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: 283-287
22. Corrao S, dati personali, presentazione al Ministero della Salute, 17 gennaio 2018, courtesy
23. Nardi R, L'anziano fragile, in: Mongardi M, L'assistenza all'anziano - Ospedale, territorio, domicilio, Capitolo 21: pagg. 351-367, McGraw-Hill, 2010
24. Corazza G, Nardi R, Prime esperienze di governo clinico-assistenziale. Lo scompenso cardiaco: il progetto OSCAR (ottimizzazione della terapia e della gestione dello scompenso cardiaco nell'anziano con ricoveri ripetuti) *Nursing Management Infermieristico* 2003, 9/1: 37–47
25. Di Nicola C, Maciocco G, Cure intermedie: basi concettuali, Prospettive sociali e sanitarie”, 2004, n° 3, 15 febbraio
26. Nardi R, Scanelli G, Tragnone A, Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med* 2007, 2: 95-99
27. Edwards N, Harrison A. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem. *BMJ* 1999;319 (7221):1361-1363.
28. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ* 1999; 319(7203):155-158.
29. Green LV. How many hospital beds? *Inquiry* 2002-2003;39 (4):400-12.
30. 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?, *Italian Journal of Medicine* 2009, 3/1: 3-8
31. La Regina M, Guarneri F, Romano E, Orlandini F et al, Outliers, the other neglected face of hospital overcrowding: a systematic review of literature, in press
32. Gambacorta M, Montagnani A, Gnerre P, Risultati di una survey sulla complessità promossa da FADOI, Quaderni - *Ital J Med* 2015, 3: 509-512
33. Turne BJ, Cuttle L. The complexity of measuring clinical complexity. *Ann Intern Med* 2011;155:851-852
34. Panigada G, Chiti I, Aspetti clinico-organizzativi nella degenza medica ospedaliera in Italia: il ruolo della Medicina Interna nel dipartimento medico e continuità assistenziale, *Quaderni Ital J Med* 2015, 3: 499-502
35. Gnerre P, Gambacorta M, Montagnani A, L'Ospedale del futuro tra assistenza in acuzie e continuità di cura: il modello inglese può essere implementato anche nei nostri ospedali? *Quaderni Ital J Med* 2015, 3: 601-607.

C'è bisogno di una nuova figura professionale?

Mauro Silingardi

Medicina Interna A, Ospedale Maggiore, AUSL Bologna, Italia

Introduzione

La domanda è retorica e la risposta è sì. Nel capitolo riguardante il profilo biosociale del paziente ospedalizzato nel XXI secolo di questa monografia, Roberto Nardi¹ ha ben descritto la portata del mutato contesto epidemiologico del paziente internistico che ampiamente giustifica questo bisogno. La necessità di una nuova figura professionale, più in generale di un *medico nuovo*, ha motivazioni più ampie, facenti riferimento ai profondi mutamenti del contesto socio-sanitario degli ultimi decenni.² In questo capitolo si cercherà di esplicitare tali motivazioni con un'analisi storica (la Storia della Medicina e dei sistemi sanitari meriterebbe molta più attenzione in ambito formativo...) di questi cambiamenti, partendo dalla figura professionale di riferimento, in definitiva da coloro che sono stati i nostri Maestri.

Il vecchio contesto

La figura dell'internista *old style* si consolida nel periodo che va dalla fine della II guerra mondiale agli anni '80, definito dai più come *The Golden Age of Doctors*.³ In questi anni i progressi della Medicina sono spettacolari in tutti i campi, ampliando enormemente l'armamentario terapeutico del medico. La penicillina e gli antibiotici da un lato, i progressi nel campo anestesilogico e chirurgico dall'altro, hanno certamente contribuito ad incrementare l'aspettativa di vita, conferendo al medico un enorme prestigio sociale e decretandone il monopolio sul mercato sanitario (la credibilità di altri possibili competitors, financo

i ciarlatani, era nulla). In un simile periodo di espansione i (neonati) sistemi sanitari (Welfare State inglese in primis) sono improntati all'universalismo e finanziati dalla fiscalità generale. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani da parte delle Nazioni Unite (1948: la salute è un diritto) e la Conferenza di Alma Ata del 1978 (salute come stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non come semplice assenza di malattia; impegno di 134 paesi a realizzare la salute per tutti entro l'anno 2000) sono le punte più avanzate di questa vera e propria stagione dei diritti. Per l'Italia, il 1978 è l'anno della Prima Riforma Sanitaria (legge Mariotti) che ricalca il sistema inglese.

Il medico che opera in un tale contesto è totalmente orientato verso il paziente, *quel* paziente, il *suo* paziente (ancora oggi un mio carissimo amico mi dice *il mio datore di lavoro era il paziente*). Per questo paziente (o meglio: per curare la malattia del suo paziente) egli sente di dovere fare qualsiasi cosa e non si pone alcuna domanda su costi e consumi (anche perché nessuno glielo chiede!). Le decisioni sono prese in assoluta autonomia ed unilateralità: il rapporto medico-paziente è di tipo paternalistico. Il medico è il solo a sapere cosa è bene e cosa è male per il suo paziente, il cui ruolo è di assoluta sottomissione e passività, con il mandato di attenersi alle prescrizioni. Esempio è la gestione del fine-vita: tutti sapevano la verità, tranne il paziente! Questo complesso di agire va sotto il nome di Professionalismo. I suoi cardini, come abbiamo visto, sono: ideale altruistico, autonomia professionale e totale assenza di rendicontazione. Su tali basi si costruisce un vero e proprio patto sociale tra lo Stato e la Classe Medica per promuovere, organizzare ed erogare i servizi sanitari: la Classe Medica è al top della gerarchia sociale (Figura 1).

Gli ultimi 20 anni del secolo scorso segnano la fine della *Golden Age of Doctors*^{3,4} (Figura 2) e l'inizio di un declino del Professionalismo che ancora oggi è in cerca di una ridefinizione. Le motivazioni sono molteplici:

- *Managed care*: le crisi economiche degli anni '80 portano a un ripensamento dei sistemi sanitari. La consapevolezza dell'inevitabile incremento dei bisogni sanitari in una società che invecchia a fronte di risorse anch'esse inevitabilmente non-illimitate apre la strada all'introduzione di logiche di mer-

Corrispondente: Mauro Silingardi, Medicina Interna A, Ospedale Maggiore, AUSL Bologna, Italia.
E-mail: m.silingardi@ausl.bologna.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Silingardi, 2018
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):9-12

cato (il controllo dell'erogazione dei servizi sanitari è nelle mani dei consumatori) o di tipo burocratico (il controllo è nelle mani dei manager). Senza entrare troppo nei dettagli, l'introduzione dei *diagnosis-related-group* (DRG) per regolamentare i pagamenti alle Aziende Ospedaliere è un buon esempio di come opera la *managed care*. Gli ospedali di fatto diventano aziende e ne adottano

le logiche: si lavora e si è retribuiti per obiettivi da raggiungere. Cade l'autonomia e compare la rendicontazione: l'operato del medico è soggetto a controlli, autorizzazioni da parte del manager (spesso anch'egli medico...) con cui diventa inevitabile un confronto/scontro.

- *Evidence Based Medicine e Linee-Guida*: le prove di evidenza, se da un lato sono garanti di scientifici-

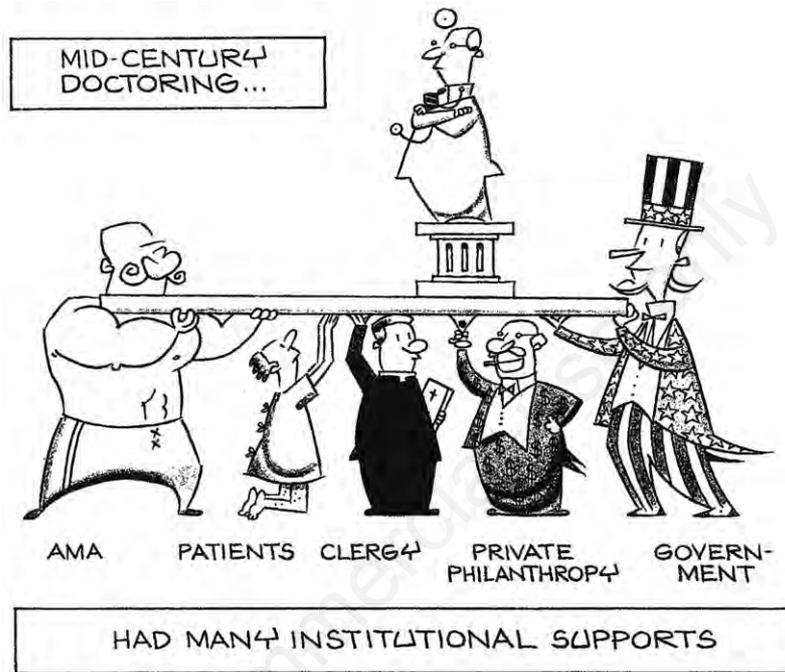


Figura 1. The Golden Age of Doctors (Riprodotta con permesso da McKinlay JB, Marceau, 2002³).

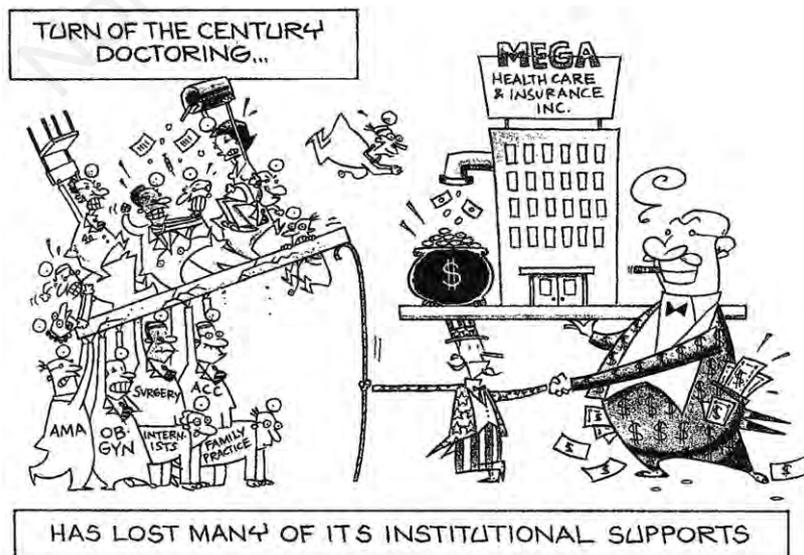


Figura 2. Il declino del professionalismo (Riprodotta con permesso da McKinlay JB, Marceau, 2002³).

cità, dall'altro derivano da studi su popolazioni di pazienti e non su soggetti singoli. Si determina così uno spostamento del sapere scientifico dalla cura degli individui verso l'epidemiologia e la salute di popolazione, vista l'enfatizzazione attribuita al contenimento dei costi. In più le Linee-Guida molto spesso sono determinate da trials clinici che utilizzano popolazioni selezionate, lontane dal *real life*; oppure sono basate su pareri di esperti. Quindi la de-enfatizzazione della pratica clinica maturata sul campo viene spesso percepita dai medici come elemento di svuotamento della professione (*il mio lavoro, la mia esperienza non sono considerati*), soprattutto quando le Linee-guida vengono imposte in modo rigido dall'istituzione ospedaliera.

- *Globalizzazione e Internet* hanno avuto due effetti:
 - i) *Quantitativo*: aumento della concorrenza per i medici, in quanto la comparsa sul mercato di altre figure/istituzioni ha incrementato l'offerta di prestazioni sanitarie; i) *Qualitativo*: è inevitabile una certa perdita di fiducia da parte dei pazienti, nel momento in cui il medico perde il monopolio dell'offerta. La perdita di fiducia diventa poi verticale nel caso di *fake news* di carattere sanitario apprese dal paziente sulla rete (...*ma come? Non le sa queste novità? Si aggiorni!*) e gestite dal medico con una comunicazione inadeguata con il paziente.

Il contesto attuale e la nuova figura professionale

La situazione attuale è molto diversa da quella della Golden Age of Doctors. Oggi il medico è impegnato in prima fila nella difesa del Sistema Sanitario Nazionale, la cui sostenibilità è messa a dura prova dalle crisi economiche e dai ripetuti tagli ai finanziamenti che abbiamo osservato dall'inizio del secolo.⁵ Al medico è richiesta una nuova cultura, con una visione che vada decisamente oltre lo stretto ambito tecnico-scientifico del paziente per incontrare e confrontarsi con le logiche manageriali di una sanità di popolazione. Tutto questo (ovviamente) stando al passo con la tecnologia in continua evoluzione e con la capacità di passare da una Medicina centrata sulla malattia (modello bio-medico) a una Medicina centrata sul paziente (modello bio-psico-sociale). È la cultura della Clinical Governance (Inghilterra 1998) nella sua ultima accezione che enfatizza il concetto di appropriatezza (fare al meglio le cose giuste). Nell'attuale contesto epidemiologico fatto di pazienti anziani/fragili/complessi, essendo la Medicina Interna la sola specialità che, di fronte a un qualsiasi problema clinico, non possa dire *non è di mia competenza*, ne deriva che l'Internista è quello che più di tutti sperimenta e deve essere pronto a questo cambio di paradigma. Il successo del movimento degli Hospitalist

negli USA registrato negli ultimi 20 anni, pure al netto delle peculiarità del contesto americano, bene esprime ed interpreta, a mio giudizio, questa istanza di cambiamento. Nello stesso tempo l'Hospitalist ben si adatta all'attuale epidemiologia ospedaliera (soggetti anziani/fragili/complessi), rimarcando la necessità della figura dell'Internista come case-manager di questi pazienti.⁶ Diversamente dall'Internista *old style*, oggi all'Internista ospedaliero viene chiesto di: i) raggiungere gli obiettivi di produzione concordati a budget; ii) rendicontare sul governo del farmaco; iii) gestire il rischio clinico; iv) elaborare percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nell'ambito di gruppi multidisciplinari; v) sostituire l'autonomia decisionale con un ascolto attivo del paziente e un suo attivo coinvolgimento.

Tutto questo presuppone necessariamente l'acquisizione di competenze nuove e finora assenti nel percorso formativo universitario del medico: capacità di comunicazione (forse la più importante), di educare, di comprendere i bisogni emozionali/sociali del paziente, di capire e imparare dagli errori commessi.⁷

Il Dipartimento Formazione della FADOI ha da tempo sviluppato questi temi, proprio alla ricerca e alla definizione delle competenze professionali del nuovo internista, sviluppando programmi dedicati di Formazione permanente su scala nazionale per ognuno di questi items (Tabella 1).

Come si può ben vedere, si tratta di un profilo di altissima professionalità che però è necessario in una società ad alto grado di complessità come la nostra. Non esistono soluzioni semplici a problemi complessi e certamente fare il medico oggi è più complicato di una volta...

I prodotti di queste riflessioni hanno portato alla realizzazione di un Booklet del Dipartimento Formazione FADOI e all'organizzazione di un Master Uni-

Tabella 1. La formazione dell'Internista del III millennio.

Capacità tecnico-scientifiche

Programma Clinical Competence: Definizione/Valutazione

Capacità tecnologiche

Scuola Ecografia FADOI

Formazione NIV/Accessi Venosi

Capacità comunicative

Programma Comunicazione

Capacità gestionali

Programma Clinical Governance

Capacità di ricerca e innovazione

Network FADOI per la Ricerca

versitario in collaborazione con l'Università di Genova. L'obiettivo, dichiaratamente ambizioso, è di costruire una figura professionale in linea con ciò che deve essere la Sanità del III millennio, per dirla con Muir Grey, una *Sanità di Valore*.⁸

Bibliografia

1. Nardi R, Mathieu G, La Regina M. Profilo biosociale del paziente ospedalizzato del XXI secolo. Quaderni - Italian Journal of Medicine 2018; 6/3: 4-8.
2. Luigi Melocchi, Willem Tousijn : Oltre il declino: autonomia professionale e rinnovamento del professionalismo medico. Salute e Società 2004 Fascicolo: 1: 27-50.
3. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. Int J Health iServ. 2002;32(2):379-416
4. Timmermans S, Oh H. The continued social transformation of the medical profession. J Health Soc Behav. 2010;51 Suppl:S94-106
5. Walter Ricciardi : La tempesta perfetta. 2015;Edizioni Vita e Pensiero.
6. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000 - The 20th Anniversary of the Hospitalist. N Engl J Med. 2016 Sep 15;375(11):1009-11
7. Kendall L. e Lissauer R. (2003), The Future Health Worker, Institute for Public Policy Research, Londra.
8. Sir Muir Grey, Walter Ricciardi: Per Una Sanità di Valore. 2008; Edizioni Iniziative Sanitarie.

Analisi dei modelli esistenti: *future hospital program*

Francesco Orlandini

Direttore Sanitario, ASL 4, Regione Liguria, Chiavari (GE), Italia

Riassunto

Nel 2013 il *Royal College of Physicians* (RCP) ha dato vita ad un programma di riorganizzazione dell'assistenza ospedale-territorio molto interessante. Il programma si intitola *Future Hospital: Caring for medical patients*, riconosce all'esperienza del paziente durante il ricovero un valore uguale all'efficacia delle cure prestate e ha come obiettivo quello di erogare a tutti i pazienti cure sicure, di alta qualità e sostenibili incentrate sulle loro esigenze e realizzate in un contesto appropriato (quanto più vicino al domicilio) da professionisti della salute esperti, rispettosi, compassionevoli. Il dipartimento medico, guidato dal Direttore della Medicina e composto principalmente da internisti, ha un ruolo centrale, essendo presente con i suoi team medico-infermieristici ovunque siano pazienti con problematiche mediche (dal pronto soccorso ai letti di terapia intensiva e semi-intensiva, alle degenze mediche e chirurgiche). I team medico-infermieristici del dipartimento medico collaborano con quelli specialistici, quando necessario, ed entrano in stretto contatto anche con i servizi di assistenza primaria, di comunità e di assistenza sociale in cui si concentrano i pazienti per i quali si prevede una permanenza in ospedale inferiore alle 48 ore e i pazienti che necessitano di cure intensive e sub-intensive per la stabilizzazione. Finora il modello è stato introdotto in 8 ospedali con risultati incoraggianti.

Introduzione

Nei paesi industrializzati, è in atto una transizione non solo demografica, legata all'aumento della speranza di vita della popolazione e al conseguente in-

vecchiamento, ma anche epidemiologica. Ne consegue che circa un terzo della popolazione è affetta da patologie croniche ad elevata prevalenza e fragilità (all'incirca 20.000 persone su un milione presentano bisogni assistenziali complessi).

In alcune realtà, questo ha ricadute sociali importanti dal momento che molte persone anziane vivono sole, senza il supporto dei figli. Presumibilmente questo fenomeno si dilaterà ancora di più nei prossimi decenni in relazione al fatto che ci sono sempre più coppie senza figli. Viene quindi spontaneo chiedersi quale sostegno familiare/sociale dovremo fornire agli anziani del futuro?

In Italia, ma di fatto in tutta Europa, la maggior causa di morte (59%) è rappresentata dalle malattie croniche che rappresentano il 46% del carico globale di disabilità. L'Italia, fra i paesi ad economia avanzata, rappresenta quello con più alto tasso di invecchiamento della popolazione (22,3% di ultrasessantacinquenni, circa 13,5 milioni di soggetti); la maggior parte delle regioni hanno una proporzione di ultrasessantacinquenni maggiore del 20%,¹ con un picco del 27% in Liguria dove l'indice di vecchiaia (rapporto fra ultrasessantacinquenni e soggetti di età fra 0 e 14 anni) è pari a 243, quando è considerato significativo di invecchiamento della popolazione un valore di 100.

La vecchiaia correla strettamente con l'aumento di patologie croniche come diabete, neoplasie, malattie cardiovascolari, bronchite cronica; quando queste patologie coesistono tutte insieme la spesa sanitaria pro capite aumenta di 20 volte rispetto ad una popolazione sana.

I sistemi sanitari che si sono trovati a dover fronteggiare questa transizione epidemiologica e demografica, hanno studiato strategie per esser efficienti ed efficaci nella erogazione di servizi a siffatta popolazione.

Secondo il rapporto sull'attività ospedaliera, nell'ultimo decennio in Italia si è assistito ad un netto calo della mortalità intraospedaliera e a una riduzione di quasi il 20% del tasso atteso di ricovero ospedaliero che è aumentato di solo l'1,5% a fronte di una popolazione sempre più anziana. Si sono ridotte le giornate di degenza in regime ordinario, mentre sono in incremento altre forme di assistenza, come la degenza in RSA o in lungodegenza.

La transizione assistenziale che accompagna

Corrispondente: Francesco Orlandini, ASL 4, Regione Liguria, via Ghio 9, Chiavari (GE), Italia.
E-mail: orlandinif@libero.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright F. Orlandini, 2018
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):13-17

quella epidemiologica e demografica si sta realizzando con una allocazione diversa delle risorse: i) dall'ospedale alla assistenza territoriale/domiciliare; ii) in ospedali con posti letto per acuti (limitati) e maggiore disponibilità di servizi.

Questo cambiamento si sta percependo anche nella architettura ospedaliera; se fino a poco tempo fa le strutture erano pensate in gran parte per accogliere i malati - l'80% degli spazi erano infatti dedicati alla degenza - adesso la tendenza è opposta. Grazie all'evoluzione della tecnologia, infatti, spazi sempre più consistenti vengono occupati dalle macchine dedicate alla diagnostica, alle terapie e alle sale operatorie. Si cerca di ottimizzare i processi di cura, abbreviare le attese, la durata del percorso diagnostico e terapeutico e la degenza, dando maggiormente spazio ai *day hospital*. Tutto ciò significa migliorare in modo decisivo la resa della *macchina ospedale*, ma anche la qualità di vita del paziente.

Per arrivare a questo risultato di fondamentale importanza è l'architettura con cui viene progettato l'ospedale; oggi già diverse strutture cominciano ad assomigliare all'ospedale del futuro. Un luogo in cui il paziente, proprio come quando ci si reca in aeroporto per il check-in, non sarà più costretto a spostarsi in diversi reparti, ma potrà essere seguito in un unico settore dove avrà a disposizione i diversi specialisti. Non più un ospedale costruito sulle esigenze dei professionisti, bensì su quelle del malato. L'ospedale del futuro sarà quindi una struttura più accogliente, efficiente e a misura di malato; un edificio basso, non oltre i tre piani, immerso nel verde con l'ingresso che assomiglia alla reception di un grande albergo, con pareti colorate, corridoi puliti e profumo nell'aria. Non più differenze tra reparti e solo camere rigorosamente singole.

Il modello inglese: il *future hospital program*

Le criticità espresse in premessa, sono state oggetto di analisi da parte di molti governi europei e, in alcune realtà, si è cercato di trovare soluzioni strutturali, ma soprattutto organizzative per migliorare le performance e rispondere adeguatamente alle esigenze della popolazione che invecchia.^{2,3}

Il sistema sanitario inglese è pubblico per il 90% e negli ultimi 10 anni ha investito nella progressiva deospedalizzazione e nella riduzione della degenza media con attivazione di forme di assistenza alternative extraospedaliere.

Nel 2013 il *Royal College of Physicians* (RCP) che conta quasi 30.000 iscritti ha dato vita ad un programma di riorganizzazione dell'assistenza ospedale-territorio molto interessante. Il programma si intitola *Future Hospital: Caring for medical patients* ed è esplicitato in un corposo documento che affronta nu-

merose tematiche che vanno dagli standard di personale, ai rapporti con i pazienti, dagli obiettivi di cura alla buona pratica clinica, all'opportunità di scelte in funzione delle risorse economiche.

Il programma parte sostanzialmente da tre assiomi: i) tutti i pazienti meritano di ricevere cure sicure, di alta qualità e sostenibili incentrate sulle loro esigenze e realizzate in un contesto appropriato da professionisti della salute esperti, rispettosi, compassionevoli; ii) il personale che lavora nel servizio sanitario nazionale (NHS) vuole fornire una buona assistenza ai propri pazienti; iii) molti pazienti, ogni giorno, hanno un'esperienza di cura eccellente negli ospedali inglesi, tuttavia da alcune segnalazioni emergono dati sconcertanti.

Nelle premesse del documento gli autori sottolineano come gli ospedali inglesi lottino ogni giorno per far fronte alla sfida dell'invecchiamento della popolazione e della tendenza all'ospedalizzazione. Troppo spesso i pazienti più vulnerabili, quelli anziani, fragili e soprattutto affetti da demenza, sono mal gestiti da un sistema sottodimensionato e apparentemente riluttante a soddisfare i loro bisogni.

Il Rapporto del *Royal College of Physicians* sottolinea la grandezza e la complessità delle sfide che affliggono gli ospedali ed il personale sanitario che lavora in essi ed il potenziale impatto catastrofico che questo può avere sulla cura del paziente.

Le criticità rilevate a monte del programma sono state: i) un sistema sanitario non adeguato per far fronte alle esigenze dell'invecchiamento della popolazione con bisogni clinici, di cura e di supporto sempre più complessi; ii) l'aumento della domanda di salute; iii) il fallimento sistematico nel fornire cure coordinate e centrate sul paziente, con pazienti costretti a spostarsi di letti, divisioni; iv) la scarsa comunicazione o condivisione delle informazioni fra le strutture di assistenza; v) la difficoltà nel fornire servizi di alta qualità sette giorni su sette, in particolare nei fine settimana; vi) l'incombente di una crisi della forza lavoro medica, con strutturati e specializzandi sotto pressione per difficoltà nel reclutamento di nuovi medici disposti a favorirne il ricambio.

Gli obiettivi che, pertanto, si prefigge il programma sono: i) ridurre al minimo gli spostamenti dei pazienti tra i letti e le corsie; ii) garantire che le équipe mediche e specialistiche lavorino in ospedale e sul territorio 7 giorni su 7.

L'intero programma può essere riassunto in undici raccomandazioni: i) devono essere sempre soddisfatti gli standard essenziali di cura; ii) le esigenze del paziente valgono tanto quanto l'efficacia clinica; iii) la responsabilità dell'assistenza di ciascun paziente deve essere chiara e comunicata allo stesso; iv) i pazienti devono avere accesso efficace e tempestivo all'assistenza, incluse terapie e appuntamenti dentro e fuori l'ospedale; v) i pazienti non devono essere spostati da

un reparto all'altro, a meno che ciò non sia necessario per la loro cura; vi) devono essere emanate disposizioni solide per assicurare il trasferimento delle cure; vii) una buona comunicazione con e sui pazienti deve essere la norma; viii) il sistema deve essere progettato per facilitare le cure e promuovere la salute; ix) i servizi devono essere personalizzati per soddisfare le esigenze dei singoli pazienti, compresi i pazienti più fragili; x) tutti i pazienti devono avere un piano di assistenza che rispecchia le esigenze individuali cliniche e di supporto; xi) il personale deve essere supportato per fornire un'assistenza sicura, rispettosa e tesa al continuo miglioramento.

Il dipartimento medico: attività, organizzazione e coordinamento

Per quanto riguarda l'organizzazione ospedaliera il programma prevede un ruolo centrale del dipartimento medico che: i) è responsabile di tutti i servizi medici dell'ospedale, dal pronto soccorso ai letti di terapia intensiva e semi-intensiva, fino alle divisioni di medicina interna e specialistiche; ii) svolge la sua attività in stretto contatto con i servizi di assistenza primaria, di comunità e sociali per fornire servizi utili per l'economia della salute; iii) è guidato dal direttore della medicina interna, un medico senior che lavora come responsabile del buon funzionamento della equipe e delle cure centrate sul paziente.

Inoltre, il team medico del dipartimento lavora in maniera integrata per soddisfare le esigenze dei pazienti, soprattutto quelli con condizioni complesse e multiple co-morbidità.

Un ruolo cruciale nella organizzazione del dipartimento medico lo riveste l'area *hub* per acuti dove avviene la valutazione iniziale e la stabilizzazione dei pazienti acuti. Nell'*hub* rientrano l'unità medica per acuti, l'ambulatorio, la degenza breve, l'unità di terapia intensiva e, a seconda delle circostanze locali, il dipartimento di emergenza. In quest'area si concentrano i pazienti per i quali si prevede una permanenza in ospedale inferiore alle 48 ore e i pazienti che necessitano di cure intensive e sub-intensive per la stabilizzazione. Particolarmente interessante è un'altra struttura funzionale, chiamata letteralmente *ambulatorio dell'emergenza*. Ad essa accedono la maggior parte dei pazienti per i quali non è certa la necessità del ricovero di default. Questo ambulatorio rappresenta una sorta di filtro, perché in questa sede si possono trattare tutta una serie di patologie che non necessitano di ricovero prolungato; è possibile trattenere il paziente anche 48 ore per completare il ciclo diagnostico e rinviarlo poi a domicilio.

E' possibile anche programmare più accessi per lo stesso paziente al fine di concludere il ciclo di cure ambulatorialmente e inviare eventualmente il paziente in ospedali di comunità.

Questo ambulatorio ha dimostrato di ridurre i ricoveri in regime ordinario e di incrementare l'accesso dei pazienti agli ospedali di comunità.

In generale, il dipartimento medico con tutte le articolazioni funzionali mostrate nella figura gestisce la maggior parte dei pazienti che afferiscono in ospedale; ha uno staff medico-infermieristico ben definito, si avvale della consulenza di equipe medico-infermieristiche specialistiche per il tempo necessario richiesto dalla singola acuzie, interagisce con il territorio e con figure preposte all'integrazione socio sanitaria.

I medici del dipartimento medico svolgono un ruolo importante anche nelle divisioni chirurgiche dove assistono pazienti che necessitano di cure mediche.

Infine, l'assistenza medica specialistica non è limitata all'ospedale. I medici del dipartimento medico lavorano a stretto contatto con i medici di base e gli assistenti sociali per assicurarsi che i pazienti abbiano accesso rapido all'assistenza specialistica, quando ne abbiano bisogno, ovunque essi siano. Molti interventi specialistici vengono effettuati a domicilio o quanto più vicino ad esso.

L'organizzazione del lavoro

Dal momento che ai pazienti acuti ospedalizzati deve essere garantito lo stesso standard di cura durante il fine settimana, i servizi diagnostici e di supporto devono essere organizzati in modo tale da essere prontamente disponibili sette giorni su sette, come lo staff clinico.

Il livello di assistenza offerto dall'ospedale deve riflettere la gravità di un paziente. Per soddisfare le esigenze sempre più complesse dei pazienti attuali, nel *Future Hospital* sono previsti più posti letto ad alta intensità, con dimensioni adeguate dello staff infermieristico.

Ove possibile, i pazienti trascorrono il loro tempo in ospedale sotto la cura di un unico team guidato da un medico strutturato. I turni del personale medico infatti sono progettati su una base di 7 giorni, e coordinati in modo che il turno subentrante lavori almeno un giorno insieme al turno uscente per il passaggio delle consegne. L'affidamento di un paziente ad un team è formalizzato e comunicato a ciascun paziente. I pazienti sanno chi è responsabile della loro cura e come possono contattarlo durante il giorno. Ogni decisione diagnostica o terapeutica è condivisa con il paziente ed il medico strutturato incaricato di coordinare le cure di tutti i pazienti del reparto è supportato da una squadra di medici e infermieri. Il programma promuove lo sviluppo del ruolo dell'infermiere manager.

I pazienti sono ricoverati in ospedale solo se i loro bisogni clinici lo richiedono. Se per molti, l'ammissione in ospedale è il modo più efficace per guarire, in altri casi il ricovero può avere effetti deleteri sulla psiche e sull'equilibrio del paziente. Per questo motivo

l'organizzazione dell'ospedale deve essere tale da consentire ai pazienti ricoverati nell'area dell'emergenza di lasciare l'ospedale nello stesso giorno, con assistenza medica domiciliare.

L'approccio al malato cronico nel *Future Hospital* deve avvenire secondo il seguente schema: i) nelle fasi di stabilità il sistema si adopererà per mantenerlo in buona salute a lungo; ii) in caso di acuzie invece ci si chiederà che tipo di valutazione è necessaria, da parte di chi e dove; qual è la diagnosi e se vi sono altri problemi concomitanti; quale nuovo trattamento richiede e se può essere effettuato a domicilio; quale altro intervento è richiesto per ripristinare la funzionalità abituale del paziente.

L'obiettivo del ricovero è la cura per la guarigione. La dimissione viene programmata fin dall'ingresso, rivalutata durante la degenza ed effettuata quando i bisogni clinici del paziente lo consentono.

Si ipotizza una degenza media di 7 giorni, festivi compresi. I servizi sanitari e di assistenza sociale sul territorio sono organizzati e integrati per consentire ai pazienti di uscire dall'ospedale il giorno in cui non hanno più necessità di trattamenti in acuto.

La formazione dei medici

Un altro aspetto affrontato dal documento è la formazione del medico destinato a gestire questa tipologia malati.

Sono necessari medici dotati di competenze nella diagnosi, nel trattamento e nel coordinamento delle cure per pazienti con condizioni multiple e complesse, compresi pazienti anziani con fragilità e demenza.

La *clinical competence* di tali medici dovrà includere: i) *competenze specialistiche*; ii) *competenze adeguate all'intensità di cura*; iii) *competenze nel coordinamento delle cure a pazienti complessi e con co-morbidità*.

Al fine di raggiungere il mix di competenze necessarie, la specializzazione più adeguata risulta quella in medicina interna, enfatizzata però e completata da una formazione post-universitaria aggiuntiva.

La realizzazione del programma

Dal 2013, anno di pubblicazione del *Future hospital program*, il modello da esso promosso è stato introdotto in 8 ospedali.

E' stata stabilita una partnership con i servizi di miglioramento della qualità e di management innovativo di vari ospedali ed è stata rafforzata la leadership degli specializzandi senior con ricadute positive sui servizi, sull'esperienza dei pazienti, sulla sicurezza delle cure e sull'acquisizione di nuovi skill, come evidenziato da una valutazione svolta dall'università di Birmingham.

E' stato inoltre, iniziato un progetto di cure integrate sul diabete nell'Oxfordshire ed infine è stato affidato un incarico di valutazione di impatto del programma sulle cure ad un organo indipendente (Università di Liverpool).

La valutazione indipendente dell'università di Liverpool ha rilevato che il *Future hospital program* è conosciuto dalla maggior parte dei membri del *Royal College of Physicians*, ma le 11 raccomandazioni sulle quali si basa il programma non sono note nei dettagli alla maggior parte di essi.

Nel 2017 è stata organizzata una giornata celebrativa ed è stato presentato il report di 3 anni di attività. Laddove è stato applicato, il programma ha raggiunto i seguenti risultati: i) le figure mediche più appropriate hanno gestito i pazienti acuti da subito e quanto più possibile vicino alla porta dell'ospedale; ii) l'ambito di azione delle specialità mediche è stato esteso alla comunità così che i pazienti hanno potuto beneficiare di cure specialistiche integrate a casa o vicino casa; iii) la degenza media si è ridotta; iv) l'integrazione ospedale-territorio, invece, necessita ancora di una adeguata implementazione.

Si è, inoltre, compreso che l'esperienza del paziente vale quanto l'efficacia clinica e che è necessario supportare lo staff per erogare cure sicure, umane e volte al miglioramento della qualità; che è importante investire sugli specializzandi senior che saranno la leadership di domani; e infine che gli analisti devono lavorare accanto agli operatori di prima linea, per interpretare meglio i dati e proporre semmai dei metodi di analisi più idonei alla realtà.

Conclusioni

Esistono vari modelli organizzativi per la gestione del paziente *moderno* ospedalizzato. Tutti prevedono che il paziente sia posto al centro del sistema di cura, evitandogli spostamenti da un reparto all'altro e favorendone la dimissione dall'ospedale prima possibile.

Questi concetti sono il cardine del *Future hospital Program* del *Royal College of Physicians* che ha cercato di definire nei dettagli la centralità del paziente poli-patologico e la sua gestione.

Il paziente complesso necessita di una gestione multidisciplinare, ma occorre anche che tale gestione sia coordinata da un medico *tutor* al quale il paziente è affidato e dal quale è seguito dall'ingresso in ospedale alla dimissione (possibilmente in 7 giorni). Secondo il *Royal College of Physicians* questo tutor dovrebbe essere di regola un internista con competenze cliniche, ma anche gestionali e comunicative acquisite con la formazione post-universitaria.

Bibliografia

1. Crea Sanità dipartimento di economia e finanza 13° Health Report The change of Italian health care system between transition and leeway, 2017
2. Future Hopital: caring for medical patients. A Report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physician. September 2013.
3. Pietrantonio F, Orlandini F, Moriconi L, La Regina M. Acute Complex Care Model: An organizational approach for the medical care of hospitalized acute complex patients. *Eur J Intern Med.* 2015 Dec;26(10): 759-65.

Non-commercial use only

Analisi dei modelli esistenti: *Acute Complex Care Model (ACCM)*

Filomena Pietrantonio

UOC Medicina Interna, Polo H2 Albano, ASL Roma 6, Roma, Italia

Introduzione

Le malattie non trasmissibili sono la maggiore causa di mortalità (59%) e disabilità a livello mondiale e rappresentano il 46% dell'impatto globale delle patologie.¹ La transizione epidemiologica con conseguente incremento dell'età media, ha notevolmente aumentato il numero di soggetti affetti da patologie croniche, multiple e complesse e dei *lunghi sopravvissuti* con frequenti riacutizzazioni e necessità di ricoveri ripetuti. Parallelamente, le mutate condizioni socioeconomiche, hanno incrementato il numero di soggetti anziani e di soggetti socialmente in difficoltà, privi di una rete familiare in grado di accudirli e garantire loro un supporto adeguato alla gestione della vecchiaia e delle patologie croniche spesso presenti anche non isolatamente. Si è così progressivamente assistito ad un incremento dei cosiddetti soggetti fragili, nei quali la cura di un episodio patologico deve necessariamente essere correlata alla cura globale della persona, prevedendo quindi meccanismi di collegamento con il territorio e le sue strutture socio-assistenziali e meccanismi di *dimissione protetta*.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le quattro principali malattie croniche (malattie cardiovascolari, neoplasie, broncopneumopatia cronica ostruttiva e diabete) causano l'86% delle morti e il 77% dell'impatto delle malattie in Europa. Queste patologie riducono progressivamente il benessere della popolazione e impattano profondamente sulla qualità di vita, sui sistemi sanitari e sullo sviluppo economico globale. In Europa la perdita di produttività economica dovuta alle malattie croniche è significativa: è stato stimato che per il 10% di aumento della

mortalità per malattie croniche si verifica una riduzione della crescita economica dello 0,5%.^{2,3}

Gli attuali sforzi dell'OMS sono orientati a sviluppare una rete europea per erogare servizi sanitari coordinati ed integrati secondo la filosofia della centralità della persona e della umanizzazione delle cure. Prendersi cura dei bisogni della persona in maniera olistica appare quindi un passaggio fondamentale nel modello di pianificazione dell'erogazione delle cure sanitarie.⁴

Il *Chronic Care Model* (CCM) 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.⁵

Resta comunque alta l'esigenza della corretta gestione ospedaliera di tale fragilità e complessità, spesso frammentata in molteplici interventi di specialisti in assenza di un adeguato coordinamento e della definizione di un percorso integrato sia intra-ospedaliero che ospedale-territorio in grado di prendere in carico adeguatamente le varie fasi della storia naturale delle patologie croniche. Nel mondo anglosassone la continuità delle cure è rappresentata dalle tre *h* inserite in un sistema circolare che collega: *Home*, assistenza domiciliare (nelle fasi di stabilità) a *Hospital* per il trattamento delle fasi acute a *Hospice* che individua nel territorio la gestione appropriata della fase terminale delle patologie croniche.

Ruolo dell'internista ospedaliero

Al contrario di quanto si immagina e viene riportato da studi scientifici,⁶ l'internista ospedaliero affronta soprattutto diagnosi difficili e problemi di instabilità e criticità nell'ambito della gestione di malati gravi complessi e polipatologici che, una volta stabilizzati, vengono avviati in ambiti a più bassa intensità di cure. La fase di instabilità clinica di malattie complesse e le diagnosi difficili sono attività specifiche dell'internista che non possono essere condivise con altre specialità. Al contrario, la gestione della complessità, delle comorbidità, della fragilità, della disabilità e dei problemi sociali viene condivisa anche con altri spe-

Corrispondente: Filomena Pietrantonio, UOC Medicina Interna, Polo H2 Albano, ASL Roma 6, Roma, Italia, Italia.
E-mail: filomena.pietrantonio@gmail.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright F. Pietrantonio, 2018
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):18-29

cialisti (geriatri, fisiatri) e setting assistenziali (RSA - Residenze Sanitarie Assistenziali, Lungodegenze, Assistenza domiciliare, Medici di Medicina Generale). Definire il ruolo specifico dell'internista nella Medicina per Acuti è fondamentale in questo momento storico in cui, dopo aver visto nascere tante settorialità, specialità e dipartimenti di emergenza a cui sono state attribuite competenze che per molti anni sono state dell'internista, si comincia a trasferire alcune competenze accessorie della medicina interna quali ruolo socio-sanitario, cura della fragilità, comorbilità e complessità in fase di stabilità clinica presso strutture territoriali. D'altra parte, il taglio dei posti letto, la necessità di ridurre la durata della degenza, le indicazioni di contenimento dei costi hanno generato il fenomeno delle dimissioni precoci e con esso il rischio di trasferire troppo presto malati ancora non completamente stabilizzati presso strutture a bassa intensità di cura. Con lo

scopo di illustrare graficamente la complessità del ruolo attuale dell'internista è stata realizzata una analisi SWOT (Tabella 1) che evidenzia in maniera sintetica punti forti, punti deboli, opportunità e rischi di un ruolo in continua evoluzione in relazione al progressivo cambiamento della tipologia di pazienti che vengono trattati e alla necessità di individuare una figura professionale in grado di effettuare la definizione delle priorità nei bisogni di salute.⁷

Le Tabelle 2 e 3 illustrano le attività delle Unità Operative di Medicina Interna sia in relazione ai pazienti ricoverati che a quelli a gestione ambulatoriale.

Il ruolo dell'internista si configura quindi come specialista della complessità che individua uno specialista in grado di effettuare diagnosi difficili e di gestire in maniera appropriata le comorbilità nel singolo paziente definendo le priorità di trattamento e cura.

Tabella 1. Analisi SWOT: ruolo dell'Internista oggi.

Punti forti	Opportunità
Capacità di valutare il paziente nella sua complessità e completezza (medicina olistica)	Cura adeguata del paziente a seconda della fase evolutiva della malattia
Capacità di definire le priorità da considerare nella gestione globale del paziente	Riduzione del costo della degenza
Capacità di scegliere il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato	Riduzione della durata della degenza
Capacità di scegliere gli esami diagnostici necessari ed escludere quelli inutili	Aumento dell'appropriatezza del ricovero
Co-management: gestione delle problematiche di tipo internistico in pazienti chirurgici	Aumento della qualità delle cure
Organizzazione per intensità di cure	Percorso di miglioramento continuo della qualità verso l'eccellenza
	Riduzione delle complicanze e dei costi di degenza dei pazienti chirurgici
	Trasferimento precoce dei pazienti dall'area di Terapia Intensiva all'Area ad Alta Intensità della Medicina Interna
Punti deboli	Rischi
Sovrapposizione con specialistiche mono-organo e mono-apparato	Gestione inappropriata del paziente polipatologico complesso con complicanze e allungamento della degenza
Condivisione con la Geriatria di pazienti fragili, con prevalenti problematiche sociali e assistenziali	Destinazione impropria dei pazienti con prevalenti problematiche assistenziali nelle UUOO di Medicina Interna
Confusione del ruolo della Medicina Interna Ospedaliera con la Medicina Generale del territorio	Considerare equivalente il ruolo dell'internista ospedaliero e quello del Medico di Medicina Generale

Tabella 2. Attività delle Unità Operative di Medicina Interna.

Attività	Sede e modello organizzativo
Ricovero	Aree ad Alta Intensità e Degenza Ordinaria
Diagnosi e trattamento dei pazienti acuti con problematiche internistiche	Aree ad Alta Intensità e Degenza Ordinaria
Ricoveri Brevi	Degenza Ordinaria
Assistenza di pazienti critici	Aree ad Alta Intensità
Trattamento di pazienti cronici polipatologici durante le fasi di riacutizzazione di patologia	Degenza Ordinaria
Co-management dei pazienti chirurgici	Consulenze strutturate
Dimissione a Domicilio o in Strutture residenziali a bassa intensità di cura	Degenza Ordinaria
Ospedalizzazione a Domicilio	Team medico polispecialistico integrato proveniente dai Reparti Ospedalieri

Core competencies in Medicina Interna e modelli internazionali di gestione del paziente internistico

La definizione di internista dell'*American College of Physician* (ACP) è *medico dei medici*,⁸ ovvero uno specialista in grado di gestire casi complessi e difficili, organizzando le diverse problematiche sanitarie in ordine di priorità coordinando i pareri di diversi specialisti. La figura dell'internista appare fondamentale in quanto in grado di considerare il paziente come una unità psico-fisico-patologica (legata al concetto di complessità), che invece i diversi specialisti di settore non sono in grado di percepire proponendo approcci clinico-terapeutici non compatibili tra loro.

Un importante studio⁹ coordinato dall'*European Board on Internal Medicine Competencies Working Group* ha dimostrato che la pratica della Medicina Interna in Europa è più frequente in ambito ospedaliero. L'internista è coinvolto in prima persona nella riforma dell'attività ospedaliera orientate a ridurre i re-ricoveri e la durata della degenza.¹⁰ In risposta a questi cambiamenti l'internista si è fatto carico della responsabilità della gestione olistica del paziente ricoverato che è ben illustrata dallo sviluppo della Medicina per Acuti come specialità autonoma nel Regno Unito,¹¹ e in maniera simile, dal movimento degli *Hospitalist* negli Stati Uniti.¹² L'ampia gamma di competenze degli internisti li rende particolarmente portati a gestire la moderna Medicina Ospedaliera con la capacità di aumentare qualità, sicurezza, uso razionale delle risorse e assistenza costo-efficace.¹³

Una serie di importanti Ordini dei Medici a livello internazionale quali l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), l'*United States American Board of Internal Medicine* (ABIM),¹⁴ il *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, il *Joint Royal Colleges of Physicians Training Board* nel Regno Unito e l'*European Federation of Internal Medicine* in Europa, concordano sull'evidenza che l'internista attualmente sta estendendo le proprie competenze non solo in termini di conoscenza medica, ma anche in termini di *soft skills* come procedure, comunicazione, pianificazione, organizzazione e gestione dei servizi. La Tabella 4¹⁵⁻²¹ mostra esempi di competenze procedurali richieste a livello internazionale per la certificazione come Specialista in Medicina Interna.

Nuovi modelli organizzativi in Medicina Interna

Il movimento degli *Hospitalist*

Il movimento degli *Hospitalist* propone un modello organizzativo ospedaliero che mette al centro il ruolo dell'*Hospitalist*, medico specialista in Medicina Ospedaliera, in genere un internista.^{22,23} In quanto *case manager* medico, l'*Hospitalist* gestisce in maniera completa l'intero percorso intra-ospedaliero del paziente ricoverato e facilita il suo passaggio sul territorio.²⁴⁻²⁶ Al di là dell'attività clinica, l'*Hospitalist* è diventato figura chiave in ambito di qualità, sicurezza del paziente, tecnologie innovative, cure palliative, educazione sanitaria, *co-management* dei pazienti chirurgici.²⁷

Tabella 3. Attività ambulatoriali erogate dalle Unità Operative di Medicina Interna.

Aree ambulatoriali	Attività
Day hospital Day Service	Diagnosi e terapia di pazienti polipatologici e fragile Somministrazione di farmaci Follow-up di pazienti dimessi
Ambulatori a valenza specialistica	Follow-up dei pazienti dimessi Diagnosi e trattamento di casi complessi Esenzioni, piani terapeutici, prescrizione farmaci Ambulatori specialistici (Ipertensione, Endocrinologia, Diabete, Reumatologia, Angiologia, Pneumologia, etc.)

Tabella 4. Esempi di competenze procedurali richieste a livello internazionale per la certificazione come Specialista in Medicina Interna.

Competenze procedurali	Paese	Fonte
Paracentesi addominale, incannulamento arterioso, supporto cardiaco avanzato, prelievi arteriosi e venosi, elettrocardiogramma, incisione e drenaggio, puntura lombare, inserzione di sondino naso-gastrico, pap-test e coltura endocervicale, inserzione di catetere venoso polmonare, incannulamento di vena periferica, toracentesi	Stati Uniti	ABIM ^{15,16}
Drenaggio toracico, Cardioversione elettrica, cateterizzazione uretrale, inserzione di pace-maker temporaneo trans-toracico, biopsia cutanea	Regno Unito Training Board ¹⁷	Joint Royal Colleges of Physicians
Ecografia	Stati Uniti	American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) ¹⁸⁻²¹

Il modello inglese

In relazione al progressivo cambiamento del ruolo dell'ospedale negli ultimi anni, è in corso un intenso dibattito su come l'attività dell'ospedale debba essere modificata in modo da rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione adesso e in futuro. Secondo la *Future Hospital Commission del Royal College of Physician* che ha redatto nel 2013 le raccomandazioni per l'ospedale del futuro, la Divisione di Medicina Interna dovrebbe essere responsabile di tutte le attività di area medica all'interno dell'ospedale, dal dipartimento di emergenza e aree di terapia intensiva fino ai reparti di Medicina Interna e specialistici. Viene ipotizzata la presenza di un team medico internistico coordinato da un consulente, spesso l'internista, che si faccia carico di tutti i pazienti con problematiche di tipo *medico* dell'ospedale in maniera trasversale con attività precipua di valutazione iniziale e stabilizzazione del paziente critico in fase acuta e di coordinamento e integrazione delle cure e delle consulenze specialistiche.²⁸

Nelle Unità Operative di Medicina dell'Ospedale del futuro sarà essenziale: i) allocare le risorse secondo livelli di intensità di cura; ii) avere un consulente ogni 10-12 pazienti, presente 7 giorni su 7 che funga da coordinatore di un team multiprofessionale che varia a seconda delle condizioni del paziente; iii) lavorare in maniera coordinata con l'intero ospedale.

Trend dei pazienti complessi e critici in Medicina Interna

In effetti il ruolo dell'internista oggi sta cambiando in relazione ai bisogni di salute e alla intensità di cure dei pazienti che si ricoverano nelle UO di Medicina interna. Come si può osservare dalla Figura 1. Il trend degli indicatori di complessità dei pazienti ricoverati in Medicina Interna negli ultimi 10 anni è significativamente indicativo dell'aumento esponenziale sia della criticità (espressa dalla percentuale di pazienti con

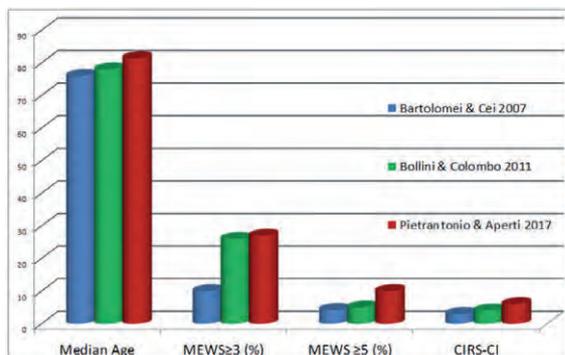


Figura 1. Trend degli indicatori di complessità dei pazienti ricoverati in Medicina Interna 2007-2017.

MEWS ≥ 3 e NEWS ≥ 5) con un 27% dei pazienti definiti critici, sia della complessità (espressa dal valore del CIRS-CI score) con incremento delle comorbidità attive nei pazienti ricoverati che negli ultimi studi (Pietrantonio, Aperti 2017) raggiunge mediamente valori compresi tra 5 e 6.²⁹

Acute complex care model

Il modello rappresenta la controparte ospedaliera del Chronic Care Model e in maniera simile è volto a assicurare una cura efficace ed efficiente ai pazienti complessi e polipatologici al momento del ricovero in ospedale per patologie in fase acuta (*Acutely Ill Complex and Poly-Pathological Patients - AICPPs*).

La popolazione target è rappresentata dai pazienti acuti complessi polipatologici ricoverati in ospedale e che richiedono elevate risorse tecnologiche per essere adeguatamente trattati.

La *mission* è di migliorare la gestione dei ricoveri in area medica attraverso dei percorsi intraospedalieri predefiniti e di modellizzare un approccio globale, multidisciplinare e centrato sul paziente.

I punti di forza dell'ACCM³⁰ sono: i) percorsi intraospedalieri basati sui bisogni dei pazienti e realizzati su misura per i pazienti complessi e polipatologici in fase acuta; ii) capacità di bilanciare rischi e benefici dei trattamenti specialistici in ogni singolo paziente; iii) applicazione di competenze manageriali alla gestione dei pazienti acuti polipatologici complessi e integrazione multiprofessionale.

Come funziona il modello

Il paziente acuto polipatologico deve essere individuato immediatamente all'arrivo in ospedale e la necessità del ricovero deve essere attentamente valutata per valutare l'opportunità di orientarlo verso percorsi alternativi ambulatoriali o territoriali, se ne esiste la possibilità.

La selezione del paziente da ricoverare è essenziale per decongestionare l'Area Medica, ridurre il rischio clinico e permettere di fornire il giusto *setting* al paziente fornendo le cure appropriate, nei tempi giusti, ai pazienti che realmente ne hanno bisogno.

Davanti ad un paziente con una riacutizzazione di una cronicità sia essa respiratoria, cardiologica, gastrointestinale epatologica o nefrologia, occorre porsi la domanda se il ricovero ha la possibilità di modificare il decorso della malattia e se è possibile apportare un beneficio netto alla salute del paziente o viceversa se il ricovero possa, addirittura, essere causa di un peggioramento delle condizioni del soggetto. Il paziente in fase di acuzie, anche di un solo organo ma affetto da croniche comorbidità che sono in labile compenso, deve essere preso in carico, da subito, dall'internista che, per

formazione e conoscenze, è in grado di assicurare la gestione di sintesi della cura globale, di avvalersi delle consulenze dello specialista d'organo in modo critico e funzionale e sa somministrare una polifarmacoterapia sinergica allo stato di salute. Il paziente deve essere al centro del percorso di cura, senza subire spostamenti spersonalizzanti da una divisione ad un'altra, se non strettamente necessari per la sua salute; dovrebbe essere affidato alla stessa équipe medico ed infermieristica che si fa carico della gestione globale della persona, quindi sia dei problemi clinici che quelli sociali, dall'ingresso in reparto fino alla dimissione.

Occorrerebbe che il medico/i al quale è affidato il paziente sia presente sempre e tutti i giorni per continuità assistenziale, riduzione dell'errore nel passaggio di consegne, più efficace interazione con il consulente specialista, migliore comunicazione con paziente e familiari.

Esempi in questo senso sono la figura del tutor o del case manager infermieristico, oppure la gestione continuativa della sezione affidata allo stesso medico

per 7 giorni consecutivi compresa la domenica, tempo medio previsto per la diagnosi, cura e dimissione del paziente.

Uso di score per la valutazione dei pazienti acuti critici

Il setting assistenziale può essere definito mediante l'utilizzo di sistemi di punteggi predittivi,³¹ che sono stati sviluppati per misurare la severità della malattia e la prognosi del paziente sia in Degenza Ordinaria che in Terapia Intensiva. Tali misurazioni sono molto utili per prendere una decisione clinica, standardizzare i protocolli di ricerca e confrontare la qualità della cura dei pazienti. Vari metodi possono essere utilizzati per valutare la instabilità clinica e sono stati riassunti nella Tabella 5. Il passaggio da un monitoraggio intensivo ad una osservazione tradizionale deve essere deciso a seguito di rivalutazione degli score di acuzie quali, ad esempio, MEWS e NEWS che si sono dimostrati molto maneggevoli nelle valutazioni dei pazienti in

Tabella 5. Metodi di valutazione della instabilità clinica.

Metodi	Parametri	Giornale e anno	Autori	Area in cui lo score è utilizzato
<i>Halm's criteria</i>	Temperatura, frequenza cardiaca, saturazione O ₂ , incapacità ad alimentarsi autonomamente, <i>delirium</i> , dolore	Arch Int Med, 2002	Halm <i>et al.</i> ³⁵	Area Medica
<i>Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)</i>	PO ₂ , FiO ₂ , creatinina sierica, bilirubina sierica, conta piastrinica, ipotensione, Glasgow Coma scale	Intensive Care Med, 2002	Bora <i>et al.</i> ³⁶	Terapia Intensiva
<i>MODS (Multiple Organs Dysfunction Score)</i>	PO ₂ , FiO ₂ , creatinina sierica, bilirubina sierica, frequenza cardiaca corretta con la pressione (PAR), conta piastrinica, Glasgow Coma Scale	Intensive Care Med, 2002	Bora <i>et al.</i> ³⁶	Terapia Intensiva
<i>Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE II)</i>	Temperatura, pressione arteriosa media, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, FiO ₂ , PH arterioso, HCO ₃ , sodio sierico, potassio sierico, creatinina sierica, ematocrito, conta leucociti, Glasgow Coma Scale	Critical Care Med, 1994	Rogers <i>et al.</i> ³⁷	Terapia Intensiva
<i>Simplified Acute Physiologic Score (SAPS II)</i>	12 variabili fisiologiche, età, tipo di ricovero, (programmato chirurgico, urgente chirurgico o medico) e 3 malattie sottostanti variabili (immunodeficienza acquisita, neoplasia metastatica, neoplasia ematologica)	JAMA, 1993	Le Gall <i>et al.</i> ³⁸	Terapia Intensiva
<i>Simplified Acute Physiologic Score (SAPS 3)</i>	1. malattia cronica e terapia preesistente 2. circostanze correlate al ricovero in Terapia Intensiva 3. presenza e grado di disfunzione fisiologica	Intensive Care Med, 2005	Moreno <i>et al.</i> ³⁹	Terapia Intensiva
<i>MEWS (modified EWS score)</i>	Pressione sistolica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura, valutazione dello stato di vigilanza	Ital J Med, 2007 Qual Saf Health Care, 2010	Bartolomei <i>et al.</i> ⁴⁰ Robb <i>et al.</i> ⁴¹	Pronto Soccorso, Area Medica e Area Chirurgica
<i>VEWS (Vitalpac™ Early Warning Score)</i>	Frequenza cardiaca, temperatura (C°), Pressione (mmHg), frequenza respiratoria (bpm), AVPU (valutazione stato di vigilanza), SaO ₂ (Saturazione O ₂), O ₂ inspirato	Resuscitation, 2012	Kellet <i>et al.</i> ⁴²	Area Medica e Area Chirurgica

Area Medica. In Letteratura gli studi hanno evidenziato che i cut-off per il passaggio da osservazione tradizionale a monitoraggio multiparametrico continuo in Medicina Interna sono MEWS \geq 3 e NEWS \geq 5.³¹⁻³³

Per ovviare a questa problematica occorrono sistemi di monitoraggio mobili, in grado di essere assegnati ai pazienti più instabili, distogliendoli da quelli meno instabili, sempre a carico dello stesso tutor e possibilmente della stessa équipe. Il medico tutor non può aumentare oltre il 20% i pazienti a suo carico per continuare a essere efficace ed efficiente; seguendo in media 10-12 pazienti.

Elementi caratterizzanti l'ACCM

La Figura 2 rappresenta il modello ACCM che parte dalla evidenza che strategie di *disease management* permettono di ottenere *risultati migliori* ridisegnando sistemi di cura atti a rispondere ai bisogni dei pazienti facendosi carico della fase acuta della patologia.

Il *ricovero ospedaliero* viene gestito in parallelo con l'attivazione degli Specialisti necessari in base alle comorbidità del paziente sotto la supervisione dello *Specialista in Medicina Interna* che agisce da regista del modello. Il requisito del ricovero ospedaliero è la presenza di una fase acuta della patologia che può essere trattata appropriatamente solo con presidi di *elevato livello tecnologico e assistenza continua 24 ore su 24*, per la *complessità* del paziente che è portatore di multiple patologie, spesso in instabile compenso. La metodologia del *problem solving* e l'uso estensivo dell'*informatizzazione* che permette la rapida integrazione in rete dei dati, sono gli strumenti che permettono l'*Integrazione degli Specialisti*.

Il *Problem-solving* è un processo attraverso il quale: i) il caso è analizzato attraverso l'esperienza clinica; ii) la conoscenza e l'informazione che provengono dai dati acquisiti e l'interazione tra specialisti vengono integrate; iii) la soluzione dei problemi è raggiunta il più rapidamente possibile e nella maniera più efficiente.

La presa in carico del paziente da parte di un *team multidisciplinare* garantisce la *centralità del paziente*.

La *Clinical Governance* permette che il processo sia implementato garantendo alti standard di cura e il miglioramento continuo della qualità.

Le caratteristiche distintive dell'ACCM sono presentate nella Tabella 6.

Per riassumere ACCM rappresenta: i) un modello per generare un miglioramento nella gestione dei pazienti; ii) una soluzione multi-specialistica per erogare cure a pazienti complessi; iii) una linea guida *evidence-based*, in quanto sintesi di modifiche del sistema per guidare il miglioramento della qualità; iv) un modello flessibile e modificabile in base alle nuove evidenze cliniche e organizzative.

Aree ad alta intensità in Medicina Interna

Secondo la letteratura una percentuale variabile tra il 20 e il 27% dei pazienti ricoverati in Medicina Interna richiedono un monitoraggio clinico e infermieristico più frequente rispetto a quello previsto nelle aree di degenza ordinaria, anche se inferiore rispetto alla Terapia Intensiva, per consentire il supporto di organi vitali e il recupero funzionale.^{29,33} La presenza di queste aree, che abbiamo identificato come Aree ad Alta Intensità, ma spesso denominate Aree ad Alta Di-



Figura 2. *Acute Complex Care Model*.

pendenza (HDA) o Aree di Cure Intermedie (IMCU), migliorano l'*outcome* dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva. Secondo un recente studio di coorte multicentrico che ha interessato 17 Paesi Europei i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva in ospedali in cui erano attive le Aree ad Alta Intensità mostravano significativa riduzione della mortalità, in relazione a pazienti ricoverati in Terapia Intensiva in ospedali senza Aree ad Alta Intensità.⁴³

Il vantaggio di questo modello organizzativo è la sicurezza del paziente, grazie ad un rapporto più favorevole infermiere/paziente, risposte più rapide ai cambiamenti delle condizioni cliniche e una allocazione delle risorse più funzionale e proporzionata.

Le Aree ad Alta Intensità in Medicina Interna sono dedicate ai pazienti affetti da patologie acute severe che compromettono uno o più organi vitali o funzioni, che richiedono un monitoraggio continuo dei parametri vitali e/o terapie complesse con frequenti rivalutazioni giornaliere sia cliniche che terapeutiche e approccio multidisciplinare. I pazienti provengono prevalentemente dal Pronto Soccorso o da altre Unità Operative, ma non hanno i requisiti per il ricovero in Terapia Intensiva per la tipologia di malattia, età, multiple comorbidità o problemi sociali.

Il paragrafo seguente mostra le principali patologie trattate in Aree ad Alta Intensità in Medicina Interna.

Le Aree ad Alta Intensità dovrebbero essere organizzate con attrezzature flessibili (monitoraggio non invasivo, preferibilmente wireless, ventilazione non invasiva, *etc.*) per allocare le risorse in maniera più appropriata.⁴⁴

Principali patologie in Aree ad Alta Intensità in Medicina Interna

- Insufficienza Respiratoria Acuta tipo I e II che non necessita ventilazione invasiva;
- Pancreatite acuta severa;
- Edema polmonare;
- Scompenso cardiaco e comorbidità correlate;
- Chetoacidosi diabetica;
- Coma iperglicemico iperosmolare non-chetotico;
- Alterazioni idro-elettrolitiche pericolose per la vita;
- Aritmie ipo-e iper-cinetiche;
- Sindromi coronariche acute;
- Ictus cerebri;
- Sepsi severa e shock settico in pazienti con multiple comorbidità;

Tabella 6. Caratteristiche dell'Acute Complex Care Model.

Caratteristiche	Azioni correlate
1. Cure integrate	L'Internista Ospedaliero è il coordinatore del team multidisciplinare che prende in carico i pazienti acuti complessi (AICPPs) che richiedono l'ospedalizzazione per patologie in fase acuta
2. Creazione di un team multiprofessionale	L'Internista Ospedaliero promuove e gestisce il team multidisciplinare che include Specialisti d'organo, infermieri e altre professionalità in grado di rispondere ai bisogni del paziente all'interno dell'ospedale e sul territorio
3. Area medica organizzata per intensità di cure	Organizzazione dell'Area Medica secondo il principio delle cure progressive Alta Intensità: area per pazienti instabili Degenza ordinaria: per pazienti non più critici, ma a rischio di instabilità Degenza post-acuta: per i pazienti stabili che non possono ancora essere dimessi
4. Creazione di un'alleanza costruttiva con i <i>care-giver</i>	Il team medico-infermieristico definisce il percorso intraospedaliero, le necessità per cure specialistiche e altri bisogni di salute, creando una alleanza costruttiva con i <i>care-giver</i> per assicurare un follow-up adeguato dopo la fase acuta
5. Uso delle migliori evidenze scientifiche e competenze cliniche	Le terapie dovrebbero riflettere costantemente le migliori evidenze scientifiche e tutti i professionisti sanitari dovrebbero assicurare elevati livelli di competenza, aggiornamento continuo e miglioramento costante
6. Uso estensivo del Sistema Informatico per la condivisione dei dati	Il modello richiede una completa integrazione delle informazioni durante la fase del ricovero ospedaliero. L'uso estensivo dell'informatizzazione permette di tracciare ogni azione e di condividere le informazioni sanitarie del paziente. L'informatizzazione rappresenta inoltre il primo passo per la realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio. Il Sistema informatico fornisce: a. Allarmi per gli eventi sentinella per aiutare il personale sanitario a seguire i protocolli. b. Costante monitoraggio dei dati clinici. c. Creazione di un database delle patologie d. Gestione del database e. Tracciabilità dei percorsi di cura

- Sanguinamento gastrointestinale con instabilità emodinamica;
- Embolia polmonare massiva;
- Complicazioni mediche prima e dopo interventi chirurgici;
- Condizioni con scompenso severo di organi o sistemi.

I criteri per ricovero e dimissione da Aree ad Alta Intensità in Medicina Interna sono elencati in Tabella 7.

Competenze cliniche dello staff infermieristico

Nelle Aree ad Alta Intensità gli infermieri hanno un ruolo particolarmente rilevante e devono essere specificatamente formati all'uso di sistemi di monitoraggio, sorveglianza attiva, uso del defibrillatore, ventilazione non-invasiva, posizionamento di cateteri venosi anche eco-guidati, drenaggi, gestione di linee venose centrali e linee arteriose, *etc.*, e particolarmente preparati nella gestione delle emergenze e nella rianimazione cardio-polmonare avanzata secondo protocolli condivisi e pre-definiti.

Aree di degenza ordinaria in Medicina Interna

Le aree di Degenza Ordinaria in Medicina Interna accoglieranno pazienti stabili (in assenza di alterazioni dello stato mentale, shock, o altre compromissioni importanti delle funzioni vitali) affetti da patologie potenzialmente evolutive, se non trattate prontamente.

Questi pazienti richiedono trattamento intra-ospedaliero e follow-up anche se non hanno necessità di monitoraggio continuo dei parametri vitali.

Aree ad alta intensità e degenza ordinaria: standard organizzativi

Attualmente la definizione di standard organizzativi in Area Medica, sia per i setting ad Alta Intensità che per la Degenza Ordinaria appare carente e necessita di approfondimenti e proposte. A seguito di una revisione della Letteratura⁴⁵ e della elaborazione di dati ricavati dalle Regioni Emilia Romagna,⁴⁶ Liguria⁴⁷ e Veneto⁴⁸ sono stati proposti alcuni standard organizzativi che appaiono maggiormente rispondenti alle attività quotidianamente svolte nelle Unità Operative di Medicina Interna (Tabella 8).⁴⁹

Acute Complex Care Model versus Chronic Care Model

L'ACCM è un modello innovativo che colma finalmente il vuoto nella gestione ospedaliera dei pazienti curati sul territorio seguendo il Chronic Care Model e che rappresenta un perfetto *continuum* di cura tra territorio e ospedale. Di fatto ACCM è la controparte ospedaliera del CCM come dimostrato dalle caratteristiche dei due modelli a confronto.

Tabella 7. Criteri per ricovero e dimissione in Aree ad Alta Intensità in Medicina Interna.

Criteri di Ricovero	Criteri di Dimissione
Scompenso acuto o acuto su cronico di un organo senza necessità di ventilazione invasiva	Pazienti stabili che non necessitano di attivo supporto di funzioni di un organo
Necessità di monitoraggio continuo cardiaco, respiratorio, neurologico o renale	Pazienti stabili che non necessitano di monitoraggio continuo
Trasferimento da Terapia Intensiva	Pazienti in stato vegetativo persistente

Tabella 8. Standard Organizzativi Aree ad Alta Intensità e Degenza Ordinaria in Medicina Interna.

Area	Medici	Infermieri	Operatori Socio/Sanitari (OSS)
Aree ad Alta Intensità (ogni 10/12 Posti Letto)	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Medici Tutor h 12 11 medico di guardia nei turni notturni e festivi Totale: 4 medici al giorno 2 al mattino, 1 nel pomeriggio, 1 di notte 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 infermieri h24 • 1 infermiere <i>case manager</i> h 6 Totale: 2 infermieri per turno e 1 infermiere <i>case manager</i> al mattino 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 OSS h24 Totale: 1 OSS per turno
Minuti di impegno infermieristico/paziente/die		300-360/min/paziente al di	
Degenza Ordinaria (ogni 20 Posti Letto)	<ul style="list-style-type: none"> • 7 medici Totale: 7 medici 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 infermieri per turno Totale: 8 infermieri 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 OSS mattino e pomeriggio • 1 OSS la notte Totale: 4 OSS
Minuti di impegno infermieristico/paziente/die		195-255 min/paziente al di	

Caratteristiche del Chronic Care Model (CCM)

Il CCM è stato teorizzato e implementato prima dell'ACCM e le sue caratteristiche distintive sono le seguenti:⁵⁰ i) persona/paziente al centro del percorso; ii) *empowerment* del paziente; iii) continuità delle cure; iv) medicina di iniziativa; v) promozione di alleanze per la gestione dell'aspetto sociale; vi) organizzazione di team multidisciplinari; vii) sistema di supporto per i fornitori di assistenza per le malattie croniche integrati in reti di cura.

La novità del CCM⁵¹ è stata principalmente l'introduzione di un ruolo proattivo per i cittadini responsabili di gruppi multidisciplinari di comunità secondo un nuovo approccio che previene e risponde ai bisogni sanitari e sociali evitando ricoveri ospedalieri di pazienti cronici.

Caratteristiche dell'Acute Complex Care Model (ACCM)

Le caratteristiche distintive dell'ACCM sono: i) selezione dei pazienti che richiedono il ricovero (rapporto rischio/beneficio); ii) *focus* sul percorso di cura del paziente; iii) approccio globale alle condizioni del paziente; iv) uso della metodologia del *problem solving* e definizione delle priorità; v) team integrato multidisciplinare; vi) filtro e uso appropriato delle tecnologie e delle risorse disponibili; vii) organizzazione del flusso di pazienti attraverso aree a diversa intensità di cure a seconda dei bisogni dei pazienti; viii) utilizzo estensivo del sistema informatico per la condivisione dei dati.

Il punto cruciale di questo modello è l'identificazione appropriata del paziente target: il paziente acuto polipatologico complesso (AICPPs) che richiede il ricovero ospedaliero. Il percorso di cura di questi pazienti, altamente instabili e complessi, può includere la Terapia Intensiva, aree ad Alta Intensità e/o Degenza Ordinaria, così come aree a bassa intensità prima di essere dimessi in sicurezza sul territorio. Pazienti con diverse malattie croniche attive richie-

dono un team multidisciplinare coordinato dall'internista ospedaliero per assicurare una presa in carico adeguata.

I principali punti di contatto tra i due modelli sono l'uso estensivo del sistema informatico per lo scambio e la condivisione dei dati e la centralità del paziente. L'uso di team multidisciplinari e la continuità delle cure sono punti chiave per sviluppare l'integrazione tra i due modelli. In questo modo, il *viaggio* del paziente dall'ospedale al territorio e viceversa potrà essere un *continuum* orientato solo dai bisogni del paziente e dal livello di cure necessario. La Tabella 9 mostra il confronto tra i due modelli.

Discussione

In uno scenario epidemiologico che sta cambiando e che richiede urgente riorganizzazione del sistema sanitario, si percepisce una disconnessione tra il lavoro dell'internista in ospedale e il ruolo attribuito alla Medicina Interna ospedaliera da parte dei decisori politici e dei manager sanitari. E' evidente che c'è confusione nella definizione della Medicina Interna, cui è riservata nei documenti ufficiali la denominazione Medicina Generale, generando l'idea che i pazienti ricoverati in Medicina possano essere gestiti sul territorio (mancano dati di supporto sulla complessità clinica ed assistenziale che la quantifichino). Conseguentemente i decisori predispongono percorsi che prevedono la deospedalizzazione dei pazienti cronici e polipatologici con obiettivo di ridurre il numero dei ricoveri e riservare l'ospedale solo a pazienti acuti o riacutizzati che però sono considerati appannaggio delle specialistiche e non della Medicina Interna.

Nella vita reale, in cui si assiste ad un progressivo aumento di pazienti polipatologici cronici con frequenti riacutizzazioni e scompensi che necessitano di cure ospedaliere si osserva come tali pazienti non siano gestibili dallo specialista d'organo, ma richie-

Tabella 9. Confronto tra Chronic Care Model e Acute Complex Care Model.

Caratteristiche distintive	<i>Chronic Care Model</i>	<i>Acute Complex Care Model</i>
Popolazione target	Pazienti con malattie croniche stabili in ambito assistenziale territoriale	Pazienti in fase acuta con malattie complesse in ambito assistenziale ospedaliero
Strumenti	<i>Empowerment</i> del paziente	Necessità di elevata tecnologia
Obiettivo	Ridurre i ricoveri ospedalieri	Migliorare la gestione del paziente ricoverato in ospedale
Medici coinvolti	Medico di Medicina Generale, Specialisti del Distretto, Geriatra	Hospitalist, Specialista in Medicina Interna
Metodi	Presa in carico pro-attiva	<i>Problem solving</i>
Ambito	Fragilità	Complessità
Rimborsi	A paziente (rimborso nominale) Sommatoria di prestazioni ambulatoriali	DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>)

dano sempre più l'intervento dello specialista della complessità che è l'internista. L'attuale sistema di retribuzione, basato sui DRG, non è in grado di stimare il reale assorbimento di risorse assistenziali da parte di pazienti che manifestano contestualmente plurime patologie acute (tipicamente pazienti *rifiutati* dalla Medicina Specialistica). La Medicina Interna è invece in grado di erogare prestazioni a pazienti complessi con risorse nettamente inferiori rispetto alla *Medicina Specialistica*, raggiungendo *outcome* sovrapponibili. Appare evidente la necessità di governo clinico del sistema. Infatti sarebbe opportuno che nella elaborazione dei decreti ministeriali, dei vari progetti di revisione dei DRG, nella definizione degli standard assistenziali l'internista sia un interlocutore autorevole, in grado di valutare la reale applicabilità di documenti che, ineccepibili nella forma, non nascono dalla valutazione oggettiva della realtà, dalla consapevolezza delle criticità e da un adeguato utilizzo delle risorse presenti. Una delle funzioni delle società scientifiche è di supportare i decisori politici nell'emanazione delle direttive organizzative, affinché le correzioni più opportune per ridurre gli sprechi possano essere guidate dalla conoscenza profonda della realtà sanitaria, dovuta alla presenza della Medicina Interna in ogni ospedale italiano. L'obiettivo è di creare una alleanza con i decisori al fine di ottimizzare le risorse disponibili, ed indirizzare le scelte senza penalizzare i pazienti e demotivare gli operatori.

Sulla base della esperienza quotidiana che registra l'impatto sempre maggiore sulla attività ospedaliera di pazienti polipatologici complessi che richiedono il ricovero per instabilità clinica in caso di malattia in fase acuta, appare appropriato rinforzare e valorizzare le Unità Operative di Medicina Interna aumentando le Aree dove internisti formati adeguatamente, supportati da specialisti d'organo, possano prendere in carico in maniera appropriata questi pazienti.

Il modello ACCM è stato ideato in base alle esigenze dei pazienti acuti complessi polipatologici che sono ad alto rischio di ricoveri inappropriati o di consumo eccessivo di risorse in assenza di un coordinamento multiprofessionale e della valutazione rischio/beneficio che solo l'internista esperto può fornire.

L'acronimo ACCM ricorda appunto il CCM, progettato per la de-ospedalizzazione dei pazienti cronici prevenendo le riacutizzazioni acute, in quanto anche il nuovo modello è centrato sul paziente, include un approccio multidisciplinare e un ampio uso del sistema informatico e mira alla continuità delle cure. I due modelli sono complementari: ACCM rappresenta, infatti, la controparte ospedaliera del CCM e lo mette in stretta relazione con la Medicina per Acuti, meglio definita come quella parte della medicina ospedaliera che gestisce patologie che richiedono cure in urgenza.⁵² L'evoluzione rappresentata dall'ACCM è il

focus sul paziente complesso polipatologico e il ruolo chiave dell'internista nel processo di cura ospedaliero.

Learning points

- La Medicina Interna è una Specialità prevalentemente ospedaliera nella maggior parte dei Paesi Europei.
- La transizione epidemiologica ha determinato un incremento progressivo di pazienti cronicamente malati. Il ricovero ospedaliero di tali pazienti stressa il sistema sanitario in quanto non possono essere gestiti in autonomia dagli Specialisti d'organo, ma richiedono lo Specialista della complessità, l'Internista.
- L'ACCM definisce quali pazienti necessitano di ricovero ospedaliero, le competenze dei medici e degli infermieri che si prenderanno cura del paziente, i percorsi di cura e la tempistica.
- In maniera complementare al CCM, che appropriatamente tende ad evitare i ricoveri ospedalieri dei pazienti cronici prevenendo le riacutizzazioni, l'ACCM si propone di gestire con efficacia ed efficienza i ricoveri non evitabili dei pazienti acuti polipatologici complessi.
- L'ACCM è la controparte ospedaliera del CCM.
- Una alleanza con i decisori politici è fondamentale per allocare in maniera adeguata le risorse necessarie alla appropriata gestione dei pazienti acuti polipatologici complessi che richiedono il ricovero.

Conclusioni

La transizione epidemiologica che ha determinato un progressivo aumento di pazienti *cronicamente instabili* che necessitano di frequenti ricoveri ospedalieri, inevitabilmente porta ad aumentare l'importanza del ruolo dell'Internista Ospedaliero rispetto agli Specialisti d'organo nel coordinamento del percorso e nella presa in carico del paziente. L'ACCM rappresenta la risposta pratica a questo cambiamento di ruoli di significato epocale.

Bibliografia

1. World Health Organization, "Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health," 2003, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/index.html> (accessed on April 4, 2018).
2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/health-systems-response-to-noncommunicable-diseases>, (accessed April 2, 2018)
3. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Assessment Guide. WHO Regional Office for Europe, 2014
4. Strengthening people-centred health services delivery in the WHO European Region: concept note. WHO Europe, 2014

5. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium Thus far, the evidence on the Chronic Care Model is encouraging, but we need better tools to help practices improve their systems. K. Coleman, B. T. Austin, C. Brach, E. H. Wagner. *Health Affairs*, 28, no.1 (2009):75-85
6. Nardi R, Scanelli G, Borioni D, Grandi M, Sacchetti C, Parenti M, Fiorino S, Iori I, Di Donato C, Agostinelli P, Cipollini F, Pelliccia G, Centurioni R, Pontoriero L. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. *Eur J Int Med* 18 (2007): 283-287.
7. E. Scotti, F. Pietrantonio. The Hospital Internal Medicine Specialist today: a literature review and the SWOT analysis to elaborate a working proposal. *Italian Journal of Medicine*, vol 7, n.4 (2013): 278-286.
8. http://www.acponline.org/patients_families/about_internal_medicine/ (accessed on April 4, 2018)
9. Cranston M., Semple C., Duckitt R., Vardi M., Lindgren S., Davidson C., Palsson R. for the European Board of Internal Medicine Competencies Working Group. The practice of internal medicine in Europe: organisation, clinical conditions and procedures. *European Journal of Internal Medicine* 24 (2013) 627–32.
10. Flanders SA, Wachter RM. Hospitalists: the new model of inpatient medical care in the United States. *Eur J Intern Med* 2003;14:65–70.
11. Kellett J. Acute hospital medicine—a new sub-speciality or internal medicine re-born? *Eur J Intern Med* 2011;22:334–8
12. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335:514–7.
13. Nardi R, Berti F, Fabbri LM, et al. Towards a sustainable and wise healthcare approach: potential contributions from hospital Internal Medicine Departments to reduce inappropriate medical spending. *Ital J Med* 2013;7:65-81.
14. <http://www.abim.org/about/default.aspx> (accessed on April 2, 2018)
15. Palsson R, Kellet J, Lindgren S, Merino Jamie, Semple C, Sereni D, for the EFIM/UEMS working group on competencies in Internal Medicine in Europe, Core competencies of the European internist: a discussion paper, *Eur J Intern Med* 2007; 18:104-108.
16. Pugh D, Hamstra SJ, Wood TJ, Humphrey-Murto S, Touchie C, Yudkowsky R, Bordage G. A procedural skills OSCE: assessing technical and non-technical skills of internal medicine residents. *Advances in Health Sciences Education* March 2015; 20 (1): 85-100
17. Specialty training curriculum for Acute Internal Medicine. August 2009. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board. http://www.gmc-uk.org/Curriculum_AIM_August_09.pdf_30752186.pdf (accessed on April 4, 2018)
18. Beltrán LM, García-Casasola G; members of the Group of Clinical Ultrasound of the Spanish Society of Internal Medicine. Ultrasonography managed by internists: the stethoscope of 21st century? *Rev Clin Esp (Barc)*. 2014 Apr;214(3):155-60
19. Arienti V, Camaggi V, Clinical applications of bedside ultrasonography in internal and emergency medicine. *Intern Emerg Med*. 2011 Jun;6(3):195-201
20. Moore CL, Copel JA. Point of care ultrasonography. *N Engl J Med*. 2011 Feb 24;364(8):749-57
21. Solomon SD, Saldana F. Point-of-care ultrasound in medical education—stop listening and look, *N Engl J Med*. 2014 Mar 20;370(12):1083-5
22. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med*. 1996;335:514-517.
23. Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, Goodwin JS. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *N Engl J Med*. 2009;360(11):1102-1112.
24. Meltzer DO, Chung JW. U.S. trends in hospitalization and generalist physician workforce and the emergence of hospitalists. *J Gen Intern Med*. 2010;25(5): 453-459.
25. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, Kenwood C, Benjamin EM, Auerbach AD. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med*. 2007;357(25):2589-2600.
26. Rachoin JS, Skaf J, Cerceo E, et al. The impact of hospitalists on length of stay and costs: systematic review and meta-analysis. *Am J Manag Care*. 2012;18(1):e23-e30
27. Seiler A, Visintainer P, Brzostek R, Ehresman M, Benjamin E, Whitcomb W, Rothberg MB, Patient satisfaction with hospital care provided by hospitalists and primary care physicians. *J Hosp Med*. 2012 Feb;7(2):131-6).
28. Future Hospital: caring for medical patients. A Report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physician. September 2013
29. F. Pietrantonio, A.R. Bussi, O. Meneghetti, L. Tonoli, P. Aperti. The importance of the appropriate care setting to ensure patient’s taking charge and health care quality: a retrospective observational study in Lombardy. *Italian Journal of Medicine* Vol 11, suppl 1. May 2017: 99
30. F. Pietrantonio, F. Orlandini, L. Moriconi, M. La Regina. Acute Complex Care Model: An organizational approach for the medical care of hospitalized acute complex patients. *Eur J Intern Med* 26 (2015): 759-765.
31. National Early Warning Score (NEWS) Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party . Royal College of Physicians 2012. Review date: 2015 <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/national-early-warning-score/default/files/documents/national-early-warning-score-standardising-assessment-acute-illness-severity-nhs.pdf> (accessed on August 16, 2015)
32. Bartolomei C, Cei M. The allocation of patients in an intensity- of-care based Internal Medicine ward: the ADOIT Tri-Co (Triage in the Corridor) study. *Ital J Med* 2007;2:31-9.
33. Bollini G., Colombo F. L’Intensità assistenziale e la Complessità Clinica – un progetto di ricerca della Regione Lombardia. Milano: Regione Lombardia, 2011.
34. Prytherch D, Smith GB, Schmidt PE, Featherstone P. ViEWS-towards a national Early Warning Score for detecting adult inpatient deterioration. *Resuscitation* 2010; 81: 932-7.
35. Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN et al. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Int Med* 2002; 162 (11):1278-84
36. Bora DP, Melot C, Ferreira FL, Ba VN, Vincent JL. The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in

- outcome prediction. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1619-24
37. Rogers J, Fuller HD. Use of daily Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II scores to predict individual patient survival rate. *Critical Care Medicine* 1994; 22(9):1402-5.
 38. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. *JAMA*. 1993 Dec 22-29;270(24):2957-63.
 39. Moreno RP, Metnitz PGH, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Abizanda Campos R, Iapichino G, Edbrooke D, Capuzzo M, Le Gall JR on behalf of the SAPS 3 Investigators. SAPS 3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med* (2005) 31:1345–1355
 40. Bartolomei C, Cei M. The allocation of patients in an intensity- of-care based Internal Medicine ward: the ADOIT Tri-Co (Triage in the Corridor) study. *Ital J Med* 2007;2:31-9.
 41. Robb G, Seddon M. A multi-faceted approach to the physiologically unstable patient. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e47.
 42. 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 (3): 297-302.
 43. Capuzzo M, Volta CA, Tassinati, Moreno RP, Valentin A, Guidet B, Iapichino G, Martin G, Perneger T, Combescure C, Poncet A, Rhodes A, and on behalf of the Working Group on Health Economics of the European Society of Intensive Care Medicine *Critical Care* 2014, 18:551 <http://ccforum.com/content/18/6/551>
 44. Passalia C, Mazzacurati G, Marinaro A, Piredda S, Corsini F, Pacetti E, Costabile D, La Regina M, Orlandini F. MEWS, RAY score and resources consumptions. *Ital J Med* 2014; 8(suppl.2):97-8.
 45. Agenzia Nazionale Sanitaria, Monitor, Anno X, numero 27 2011. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2497031.pdf>
 46. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna. Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna. Delibera n°419 del 20/04/2012
 47. Regione Liguria – Gruppo di lavoro Controllo di Gestione Sanitaria, Modello sperimentale di misurazione dell'attività del personale medico delle Aziende del SSR – 9 mesi 2014: unpublished work
 48. Deliberazione della Giunta Regionale (Regione 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.
 49. F. Orlandini, F. Pietrantonio, L. Moriconi, . M. La Regina, A. Mazzone, M. Campanini. A model to improve the appropriateness in the management of acute poly-pathological patients: the Acute Complex Care Model. *Italian Journal of Medicine* 2017; Vol 11:1-7
 50. Chronic disease and illness care. Adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. Carmel M. Martin. *Canadian Family Physician*. *Le Médecin de famille canadien* Vol 53: December 2007: 2086-91
 51. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium Thus far, the evidence on the Chronic Care Model is encouraging, but we need better tools to help practices improve their systems. K. Coleman, B. T. Austin, C. Brach, E. H. Wagner. *Health Affairs*, 28, no.1 (2009):75-85
 52. Byrne D., Silk B. Acute medical units: Review of evidence. *European Journal of Internal Medicine* 2011; 22: 344–47.

Analisi dei modelli esistenti: hospitalist

Valerio Verdiani

Medicina Interna, Grosseto, Italia

Introduzione

Il modello *Hospitalist* è nato negli USA a partire dagli anni '90. In poco più di vent'anni il numero di hospitalists è salito da poche centinaia a 50.000, decretandone la più grande e rapida crescita di una specialità nella storia della Medicina. La sua nascita è legata a importanti modifiche del sistema sanitario americano che misero in luce frammentarietà, costi e inefficienza nella gestione ospedaliera dei pazienti. L'*hospitalist* è definito dalla *Society of Hospital Medicine* come il medico il cui focus primario professionale è la *care* medica generale del paziente ospedalizzato. Le sue attività includono la *care* per il paziente, l'insegnamento, la ricerca, e la leadership nell'ambito della medicina ospedaliera. Ad oggi la stragrande maggioranza degli ospedali americani adotta tale modello e per oltre l'80% gli hospitalists sono internisti.

Presupposti e nascita dell'*hospitalist* negli USA

Nel XIX secolo negli Stati Uniti d'America gli ospedali altro non erano che istituti caritatevoli, dove si provvedeva non solo alle cure mediche ma anche a dare cibo e riparo a gente povera o sola. Quando persone di classe economica e culturale media o superiore si ammalavano preferivano essere curate nella propria casa. Alla fine del secolo, grazie anche allo svilupparsi di tecniche e pratiche mediche e chirurgiche, si assistette al graduale passaggio verso la *professionalizzazione* delle cure, dove gli infermieri cominciarono a

giocare un ruolo determinante. Nello stesso tempo la società diventava sempre più industrializzata e mobile. Nei primi anni del XX secolo si sentì l'esigenza di trasformare le tradizionali *charitable institutions* in veri e propri ospedali pronti ad offrire la loro opera ad una classe media (o superiore) emergente e pagante.¹

I nascenti ospedali, che fino ad allora non avevano richiesto molti soldi, avevano adesso bisogno di fondi per pagare le prestazioni dei professionisti. Si passava lentamente dal *Mission treating all* ad un più prosaico *No money no mission*. Superati gli effetti devastanti della Grande Depressione e della Seconda Guerra Mondiale, si assistette negli USA ad un enorme sviluppo delle strutture ospedaliere ed all'ingresso nel mercato sanitario delle assicurazioni.² Un grande numero di persone venivano assunte negli ospedali: infermieri, farmacisti, fisioterapisti, amministratori. Ma non medici. I medici fornivano le loro prestazioni come una sorta di imprenditori privati, da soli o in piccoli gruppi, dedicandosi spesso a più ospedali sulla base della richiesta. Si costituirono associazioni mediche e/o chirurgiche che offrivano prestazioni specialistiche singole o multidisciplinari agli ospedali senza essere dipendenti dell'organizzazione ospedaliera.³

Un sistema così complesso era nella pratica realizzabile grazie anche ad una figura essenziale nel sistema sanitario americano: il *general practitioner*. Il medico di famiglia era il garante della *comprehensive care*. Quando un paziente si ricoverava in ospedale continuava ad essere seguito dal proprio medico, che operava da solo o il più delle volte in collaborazione con gli specialisti.

Ciò che sembrava naturale a medici e pazienti americani era inusuale rispetto a quanto stava accadendo in molti altri paesi, tra cui l'Italia, dove invece non ci si aspettava il medico di famiglia all'interno dell'ospedale e dove si andava sviluppando la cultura dello specialista ospedaliero. Nel nostro Paese, era infatti ad equippe specialistiche (gastroenterologi, pneumologi, cardiologi ecc.) che veniva data la responsabilità della cura ospedaliera ed il paziente veniva assegnato ai singoli reparti sulla base del problema clinico principale.

Così in America, nelle prime ore del mattino si potevano vedere diversi medici di *primary care* fare il

Corrispondente: Valerio Verdiani, Medicina Interna, Grosseto, Italia.

E-mail: verdiani@fastwebnet.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright V. Verdiani, 2018

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):30-33

loro giro visita nelle corsie ospedaliere, rimanerci fino a circa mezzogiorno e spesso tornarci alla fine della giornata dopo aver svolto il proprio ambulatorio sul territorio, per raccogliere le raccomandazioni dei consulenti e vedere i referti degli esami effettuati. Il tempo per lo spostamento ambulatorio-ospedale non era visto come un problema, nemmeno economico, in quanto ci si muoveva per un discreto numero di pazienti (ciascun medico aveva in media 10-12 pazienti in ospedale). Inoltre, il turnover era relativamente lento: i pazienti potevano stare per settimane dopo un infarto miocardico acuto e non c'era alcuna pressione a dimettere rapidamente, poiché le compagnie assicurative (incluso le assicurazioni governative quali Medicare) pagavano ospedali e dottori a tariffa giornaliera.⁴

Ma agli inizi degli anni '80 due importanti cambiamenti in ambito sanitario stravolsero la situazione: l'organizzazione dei *Managed Care Plans* (MCP)⁵ ed il *Sistema Diagnosis-Related Group* (DRG).⁶

Spinti da un forte incentivo economico molti *general practitioners* aderirono ai Piani di *Managed Care*, che includevano tra l'altro programmi di prevenzione e ambivano alla riduzione delle ospedalizzazioni non necessarie. I pazienti potevano scegliere un proprio medico di fiducia che avesse aderito al MCP e fra diversi *plans* più o meno flessibili, avrebbero pagato meno le prestazioni specialistiche se richieste dal medico di fiducia scelto, così come prestazioni di screening, check-up periodici. In sostanza, ai dottori conveniva avere adesso molti cittadini affiliati, non solo pazienti malati.

Per quanto riguarda il sistema DRG gli ospedali non venivano più pagati a tariffa giornaliera di ricovero, bensì sulla base della patologia che lo aveva determinato. La cifra rimborsata per un paziente ricoverato per una data malattia diventava la stessa sia per degenze di 3 giorni che di 15. Questo portò ad una forte pressione da parte delle direzioni degli ospedali ad avere il più rapido turnover possibile.

L'impatto di queste forze si tradusse in una netta riduzione dei pazienti ricoverati per singolo medico di *primary care*. Adesso lo spostamento verso l'ospedale per 1-3 pazienti ricoverati, oltre tutto spesso complessi e gravi, diventava un onere e gli incentivi legati al MCP legavano molto più a lungo il medico alla sua attività ambulatoriale.

Lentamente la natura della *care* ospedaliera andava mutando. Il paziente ricoverato veniva seguito da specialisti, che spesso avevano bisogno di altri consulenti, ed eseguiva esami e terapie. Ma sempre più spesso veniva ad essere carente il coordinamento, il medico di riferimento, generando frammentazione e inefficienza.^{7,8}

Ecco che, agli inizi degli anni '90, negli USA si pensò ad una nuova tipologia di medico: un medico che dedicasse gran parte o tutto il suo tempo lavora-

tivo all'ospedale, gestisse i pazienti ricoverati, coordinasse gli accertamenti e le cure nel caso di più consulenze specialistiche, mantenendo un collegamento con il medico di *primary care* all'ingresso e alla dimissione. Nasceva il modello *hospitalist*.

Definizione e crescita del movimento

Nel 1996 sul *New England Journal Medicine*⁹ comparve per la prima volta in letteratura il termine *hospitalist*. Furono gli autori Robert Wachter e Lee Goldman a definire l'*hospitalist* come *specialist in inpatient medicine*, responsabile della gestione della *care* del paziente ospedalizzato. In un primo momento si ritenne sufficiente che l'*hospitalist* dedicasse solo una parte del suo tempo lavorativo all'ospedale, ma ben presto si raggiunse la convinzione che, per esercitare al meglio la sua funzione, vi dovesse dedicare gran parte o l'intero suo tempo lavorativo.

L'inserimento di questa nuova figura professionale doveva confrontarsi con la realtà vissuta fino ad allora. Già Wachter e Goldman sottolineavano le obiezioni da parte degli specialisti che avrebbero visto verosimilmente ridotte le loro consulenze. Una definizione apparsa nell'undicesima edizione del Dizionario Merriam-Webster's Collegiate metteva proprio in luce che l'*hospitalist* era *un medico specializzato nel trattare pazienti ospedalizzati con il fine di ridurre il numero di visite ospedaliere di altri medici*. Ma anche tale definizione appariva troppo limitativa.

Rapidamente il modello *hospitalist* si andava diffondendo in gran parte degli ospedali americani¹⁰ e le attività di questa nuova figura professionale andavano crescendo sia pur con diversità tra ospedale e ospedale. La Society Hospital Medicine (SHM) include tali aspetti in quella che è la sua attuale definizione ufficiale: *l'hospitalist è il medico il cui focus primario professionale è la care medica generale del paziente ospedalizzato. Le sue attività includono la care per il paziente, l'insegnamento, la ricerca, e la leadership nell'ambito della medicina ospedaliera*.¹¹

Negli USA gli *hospitalists* sono passati da poche centinaia agli inizi del 1990 alla quota di 50.000 nel 2016, rappresentando la più rapida grande crescita di una specialità nella storia della medicina.¹²

I risultati di studi pubblicati hanno evidenziato come il modello *hospitalist* sia in grado di ridurre costi e lunghezza della degenza senza perdere in qualità né in soddisfazione del paziente.¹³⁻¹⁸

Le competenze dell'hospitalist

Non esiste al momento una specifica scuola di specializzazione in *Hospital Medicine*. Negli USA oltre l'80% degli *hospitalists* sono internisti.¹⁹ Non vi è dub-

bio che la formazione in Medicina Interna sia la più idonea per il ruolo dell'hospitalist, in ragione delle competenze sulla gestione complessiva del paziente, soprattutto se polipatologico e complesso.²⁰

La SHM ha espresso quali debbano essere le *core competencies* dell'hospitalist.^{21,22} All'hospitalist si richiedono non solo le conoscenze fisiopatologiche e cliniche di organi e apparati, ma anche l'abilità nell'eseguire procedure semplici (accessi vascolari, toracentesi, rachicentesi, ecc.), gestire malati nelle fasi peri-operatorie, nelle cure palliative, gestire pazienti fragili, complessi e con multiple comorbidità. L'hospitalist deve avere capacità comunicative, di leadership con predisposizione alla collaborazione inter-disciplinare e inter-professionale, di ricerca, deve conoscere le basi della farmacoeconomia e sviluppare una cultura per la sicurezza e la qualità.

L'intento del modello è chiaramente quello di una figura professionale che possa travalicare la sola esperienza clinica e sia fondamento costitutivo dei percorsi ospedalieri e propositivo negli aspetti gestionali.

Organizzazione e continuità di cura

Negli USA, gli hospitalists possono lavorare individualmente con un rapporto diretto con un singolo ospedale oppure far parte di gruppi che possono anch'essi avere un rapporto diretto (subordinato) con un ospedale oppure prestare la loro opera a più ospedali (Affinati, comunicazione personale).

Nella definizione dell'hospitalist è implicito il concetto di presa in carico globale del paziente da parte di un singolo medico. Questo ovviamente contrasta con la necessità di garantire la presenza h24. Sono stati pertanto realizzati diversi modelli organizzativi riguardanti in particolare la turnazione. Il modello *7on/7off*, sebbene ultimamente meno considerato,²³ ha avuto un discreto successo, vale a dire un sistema in cui un medico o gruppo di medici lavora continuamente per 7 giorni, per poi essere sostituito nei 7 giorni seguenti. Varianti di tale sistema prevedono periodi più lunghi, altre un medico che si pone a cavallo tra i due periodi.

Più recentemente si è andata affermando la figura del *nocturnalist* o *nocturnist*,²⁴ vale a dire un medico che effettua esclusivamente turni notturni. Anch'esso può essere assunto direttamente dall'ospedale oppure far parte di un gruppo di hospitalists. Con tale metodo si garantisce la presenza quotidiana dell'hospitalist e quindi la continuità di cura.

Esiste dibattito su quale sia il numero più appropriato di pazienti in carico ad un singolo hospitalist.²³ Molte sono le variabili che possono influire, a partire dal tipo di ospedale alle caratteristiche del gruppo hospitalist agli incentivi economici nel prendersi cura di più pazienti. Mediamente il numero varia tra 12 e 18.

La giornata tipo

Generalmente un hospitalist entra in ospedale tra le 7:30 e le 8:00 del mattino. Una delle prime cose effettuate è il briefing con i propri colleghi, a cui in genere partecipa anche *the Registered Nurse (RN) Case manager*, infermiere responsabile del coordinamento di vari elementi (anche sociali, riabilitativi, ecc.) che sono coinvolti nel piano di cura del singolo paziente.

I primi pazienti ad essere visitati sono i nuovi ammessi e quelli più gravi (es. quelli monitorizzati e quelli provenienti dalle Terapie Intensive). In alcuni ospedali, l'hospitalist può avere assegnati anche pazienti degenti in Unità di Terapia Intensiva. Ciascun paziente, se necessario, può essere visto ripetutamente durante la giornata.

Il passaggio e l'assegnazione di un paziente dal Dipartimento di Emergenza (ED) al reparto durante il giorno può avvenire in maniere differenti. L'assegnazione a questo o a quell'hospitalist può essere fatta dagli stessi hospitalists o dal RN case manager sulla base del numero dei pazienti già in carico a ciascun medico. L'hospitalist può valutare il paziente direttamente in ED in modo da iniziare il piano di trattamento il prima possibile.

L'hospitalist è il responsabile della gestione complessiva del paziente assegnatogli, incluso revisione di tutti i dati clinici riguardanti il paziente, prendere decisioni sulle procedure e trattamenti necessari, stabilire il momento della dimissione e facilitare i percorsi post-ospedalieri.

All'hospitalist vengono affidati quasi tutti i pazienti indipendentemente dalle patologie preesistenti e da quella determinante il ricovero. Egli diviene il *Primary Attending Physician* del paziente affidatogli. L'hospitalist può avvalersi delle competenze di un *Consultant* il quale prenderà in carico il paziente per le problematiche di sua competenza, in un'ottica di co-management. In alcuni casi, ad esempio paziente ammesso per un intervento di chirurgia programmata, sarà il chirurgo il *Primary attending physician* e l'hospitalist il consultant.

Particolare attenzione è dedicata al colloquio giornaliero con i pazienti ed i familiari, mentre il rapporto con il medico di *primary care* è generalmente riservato all'inizio e alla fine della degenza. Alla dimissione viene consegnato al paziente una breve relazione medica con indicata la terapia, mentre una relazione più completa viene inviata via fax all'ambulatorio del proprio medico nel più breve tempo possibile (generalmente entro 48 ore).

In molti ospedali l'attività dell'hospitalist non riguarda la sola *care* dei pazienti, bensì include formazione, insegnamento, ricerca. Molti hospitalists partecipano ad attività riguardanti il miglioramento della qualità e la riduzione degli errori, e spesso hanno

un ruolo determinante nel redigere linee guida cliniche per l'ospedale.

Bibliografia

1. Wall BM. History of Hospitals. <https://www.nursing.upenn.edu>
2. America's Essential Hospitals. History of public hospitals in the United States. <https://www.essentialhospital.org>
3. Berenson RA, Ginsburg PB, May JH. Hospital-Physician relations: cooperation, competition, or separation? *Health Affairs* 2007;26:31-43
4. Wachter RM. The hospitalist model of care. <https://knol.google.com/k/the-hospitalist-model-of-care>
5. Miller RH, Luft HS. Managed Care Plans: characteristics, growth, and premium performance. *Annu Rev Public Health* 1994;15:437-59
6. Hervis RM. Impact of DRGs on the medical profession. *Clin Lab Sci* 1993;6:183-5
7. Lee KH. The hospitalist movement – A complex adaptive response to fragmentation of care in hospitals. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:145-50
8. Epstein K, Juarez E, Epstein A, et al. The impact of fragmentation of hospitalist care on length of stay. *J Hosp Med* 2010;5:335-8
9. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of hospitalist in the American Health Care System. *N Engl J Med* 1996;335:514-6
10. Baudendistel TE, Wachter RM. The evolution of the hospitalist movement in the USA. *Clin Med JRCPL* 2002;2:327-30
11. Pantilat S. What is a hospitalist? *The Hospitalist* 2006;2
12. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000 – The anniversary of the hospitalist. *N Engl J Med* 2016;375:1009-11
13. Meltzer D, Manning WG, Morrison J, et al. Effect of physician experience on costs and outcomes on an Academic General Medicine Service: results of a trial of hospitalists. *Ann Intern Med* 2002;866-74
14. Auerbach AD, Wachter RM, Katz P, et al. Implementation of a voluntary hospitalist service at a Community Teaching Hospital: improved clinical efficiency and patient outcomes. *Ann Intern Med* 2002;137:859-65
15. Harrison JP, Ogniewski. The hospitalist model: a strategy for success in US hospitals? *Health Care Manag* 2004;23:310-7
16. Peterson MC. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists. *Mayo Clin Proc* 2009;84:248-54
17. Rachoin JS, Skaf J, Cerceo E, et al. The impact of hospitalists on length of stay and costs: systematic review and meta-analysis. *Am J Manag Care* 2012;18:e23-e30
18. White HL, Glazier RH. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcomes measures. *BMC Medicine* 2011;9:1-22
19. FOJP. The expanding role of Hospital Medicine and the co-management of patients. *The Quarterly Journal for Health Care Practice and Risk Management* 2013;vol21
20. Verdiani V. L'internista per l'ospedale del futuro (e del presente). *Toscana Medica* 2017;XXXV:14-6
21. Society of Hospital Medicine. The core competencies in hospital medicine: a framework for curriculum development by the Society of Hospital Medicine. *J Hosp Med* 2006;Suppl1:2-95
22. Nichani S, Crocker J, Fitterman N, Lukela M. Updating the core competencies in hospital medicine – 2017 revision. *J Hosp Med* 2017;12:283-7
23. Frellick M. Wachter: we got it wrong with 7on, 7off work schedules. *Society of Hospital Medicine: 2016 Annual Meeting*. https://www.medscape.com/viewarticle/860409#vp_2
24. Butterfield. Physicians of the night. *ACP Hospitalist* 2008. <https://acphospitalist.org/archives/2008/12/cover.htm>

On being a hospitalist

Mario Affinati

Advocate Lutheran General Hospital, Park Ridge, IL and Rosalind Franklin University, Chicago Medical School, Chicago, IL, USA

In 2004, after nine years of practicing traditional Internal Medicine, I became a hospitalist. At that time, the hospitalist movement had been gaining momentum and was on its way to becoming the fastest growing specialty in the history of American medicine. Today I am one of over 50,000 generalist physicians who care for hospitalized patients in the United States on a full time basis (Table 1).

I am an Academic Hospitalist at Advocate Lutheran General Hospital in Park Ridge, Illinois, the same hospital where I completed my internship and residency in Internal Medicine. I witnessed the birth and rapid growth of hospital medicine as a branch of Internal Medicine (but also of Pediatrics and Family Practice), a novelty to the United States but not to Italy where the Italian Hospitalist, *Medico Ospedaliero*, has always existed.

I was fascinated by the potential for this new role for the Internist caring for acutely ill, medically complicated patients, working with specialists and nurses at a patient's bedside in the complex environment that characterizes most hospitals. This structure allowed for greater involvement in clinical teaching, the type I prefer. This role was no different from what a hospital based Internist does in any other country. The difference, however, stems directly from the circumstances that led to the birth of the movement in the United States, which helped shape the role of the hospitalist and its extraordinary potential. These circumstances are both economic and societal, rooted in the realization during the 1990s that an overhaul of the US health care system was both necessary and overdue, as the previous system had proven to be ineffi-

cient in delivering outcomes similar to those of other countries of the Organization of Economic Cooperation and Development (OECD).

Although the hospitalist movement developed in the mid 90s in response to financial misalignment between hospitals and physicians (DRG vs fee for service, respectively), the need for a new hospital physician capable of caring for high acuity patients with multiple comorbidities in the convoluted and volatile environment of the US hospital was evident in the research regarding the state of safety, quality, and cost of hospital care in the United States.

Several research papers published in the 1990s documented widespread problems in the quality of the nation's health care system, noting an overuse of ineffective procedures, underuse of procedures known to be beneficial, and errors in execution of care. In response, the Institute of Medicine (IOM) published a landmark report in 2001 titled *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*,¹ with a comprehensive definition of quality of care that included the perspective of all stakeholders in health care: patients, physicians, hospital administrators, and payors. More importantly, the report outlined the six targets that determine high quality care: patient centered, effective, safe, equitable, efficient and timely.

Since the report's publication, the United States health care system has struggled to implement the necessary changes to meet these targets and continues to overspend and underperform on multiple metrics when compared to other high income nations as 2017 OECD data prove.² One measure in particular stands out: the US has the highest rate of death that would be amenable to health care intervention (deaths among people less than 75 years old caused by myocardial infarction, stroke, diabetes mellitus and sepsis). Despite the available resources Americans have just over a 50% chance of receiving recommended care for a series of acute and chronic conditions including preventive services.

The US spends far more than any other high income country on health care, about 17.9% of its gross domestic product and yet the performance in many key areas is suboptimal. From 1996 to 2013 the rate of growth of health care spending increased significantly outpacing economic growth. A recent study analyzed 5 factors associated with the increase in health care spending in the US: population growth, popula-

Corrispondente: Mario Affinati, Advocate Lutheran General Hospital, 1775 Dempster St, Park Ridge, IL 60068, USA; Associate Professor of Medicine, Clinical Sciences, Rosalind Franklin University, Chicago Medical School, Chicago, IL 60068, USA.
E-mail: maffinati@aol.com

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Affinati, 2018
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):34-37

tion aging, disease prevalence/incidence, service utilization, and service price and intensity. Interestingly and not surprisingly to many, the results of the study indicate that over 50% of the increase in spending was due to service price and intensity: during hospital stays and office visits more is done for patients and the charges for the services are higher.³ Population growth and aging contributed to some extent but, importantly, disease burden and overall utilization of resources did not. For the hospital setting, between 1996 and 2013 there were fewer inpatient bed-days per prevalent or incident case observed for many conditions including cardiovascular disease, low back and neck pain. However despite a reduction in the length of stay (LOS), the intensity of care and the price for the services provided not only nullified the impact of the improvement in LOS on health care spending but proved to be the main factor for its unsustainable rate of growth. One possible explanation for the the elevated US service prices was thought to be the cost of living but it turns out that this is not the case: it is not that different between US and Australia to explain why the average price for an MRI in my hospital is \$1,100 and \$215 in Australia. This is only one example of price disparity but it extends to many services including surgical procedures and prescription drugs. The reasons of the disparity are being studied but are likely to include consolidation of hospitals and other health services and anti-competitive pricing behaviour.⁴

In 1999 the Institute of Medicine released the report *To Err is Human: Building a Safer Health System* on the basis of extensive patient safety research published during the preceding decade.⁵ This landmark report shed a light on the magnitude of the problem of deaths and injuries due to medical interventions in US hospitals with an estimate of 98,000 deaths per year. The report was long overdue and brought the issue of medical errors front and center, it outlined the nature of the interventions causing death and disability and, importantly, it underlined the concept that, with a few exceptions, most medical errors are caused by a failure

of the system in which well trained and careful physicians and nurses care for patients.

To Err is Human paved the way to the establishment of a National Center for Patient Safety, a mandatory and voluntary reporting system and it delineated the role of patients, professionals and accreditation groups. It made it a priority for executives and clinicians to build a culture of safety in health care based on the principle of *just culture* that ensures balanced accountability for both individuals and the organization responsible for improving systems in the workplace.

In the years following the publication of the report, in depth research into patient safety has led to better understanding of the nature and impact of medical errors, implementation of policies and procedures to minimize the risk and detect and intervene timely in hospital pharmacies, preoperative clinics, operating and recovering rooms, emergency departments, intensive care units, labs and general medical units. So how are we doing? A 2016 study from Johns Hopkins University estimated that the yearly death toll associated with medical care in the US is around 250000, which would make medical errors the third leading cause of death in the US.⁶ There are areas where gains have been made, namely hospital acquired infections and medication errors. But much work needs to be done for patient safety in other areas and in particular diagnostic errors in the form of misdiagnoses and overdiagnoses. Interestingly, In *To Err is Human* the word diagnostic error was not explored in detail. These forms of medical error have not received the same attention as others because they are difficult to measure although research suggests they occur 15% of the time.⁷ There may be the perception that they are more difficult to correct by system changes since they are caused by cognitive failures on the part of the individual or team of clinicians but in reality system related factors are important contributing factors.⁷ Research has enhanced our understanding of the mental processes of medical decision making and of the cognitive biases and heuristics (mental shortcuts) that can

Table 1. Similarities and differences between traditional internal medicine and hospitalist medicine.

	Traditional Internal Medicine	Hospitalist
Training	3 year residency in Internal Medicine	3 year residency in Internal Medicine
Certification	American Board of Internal Medicine (ABIM)	American Board of Internal Medicine (ABIM)
Setting	Predominantly Office Based	Hospital Based
Employment	Self employed or group practice	Hospital Owned or group practice
Patients	Private patients	Referred patients
Work Schedule	4.5 days a week	7 on / 7 off or alternatives
Average starting salary in the United States	\$195.000	\$230.000
Scope of Practice	Preventive care, management of chronic health conditions, low intensity acute medical issues	Care of acutely ill, medically complex patients with attention to quality, safety and costs for hospital

lead to diagnostic errors allowing the development of tools to reduce the risk of preventable harm due to faulty decisions.⁸

The hospitalist movement took on the challenge of rebuilding hospital medicine on the principles of quality outlined by the IOM and on the right of the American public to safe and cost effective care. This required a new type of clinician for the US, one trained in acute care conditions of medically complex patients with multiple comorbidities; capable of effective co-management with surgical and non surgical specialists; open to understanding cost and safety problems of the hospital setting; attentive to keeping patients safe from preventable injuries; able to adapt to the rapidly changing goals, policies and procedures of the hospital. In synthesis, the hospitalist is a specialist of acute care medicine and of the hospital as a system on whom converge the goals and expectations of all the stakeholders of US health care including patients, physicians, hospital administrators and payers (government based and private insurers).

In its contribution to transforming how care is delivered in US hospitals the main challenge for the hospitalist movement was and is to create alignment with primary care physicians, patients, specialists, nurses, pharmacists and all members of the patient care team and hospital administrators. The primary role of the hospitalist is not to replace but to assume the role of the primary care physician to maintain continuity of care and minimize the risk of loss of critical information that accompanies each transition of care, the source of important medical errors; communicating and forming a working relationship with the community of primary care physicians is of vital importance and the first step for quality care. It also helps lay the foundation for a better hospitalist-patient relationship when patients know that the primary care physician is aware of their condition and is participating in decision making. The ability to lead a team with multiple members including specialists, residents, nurses, pharmacists, physical therapists requires complete knowledge and ownership of the patient while minimizing the *authority gradient*: the hospitalist *sets the tone* so that each member of the care team is fully invested and feels safe to speak up if a safety or quality issue occurs.

An important part of practice is co-management of surgical and non surgical cases due to the complexity of today's hospitalized patients who often have multiple comorbidities that require the expertise of an internist. In my hospital, with a few exceptions, most adult surgical patients are co-managed and it is not uncommon for the hospitalist to be the primary attending per request of the surgeon. This extends to non surgical patients as well whose primary problem may relate to infectious disease, gastroenterology, rheumatology, pulmonary, rheumatology, neurology or cardiology. In order for co-management to be effective, alignment is fundamental and is achieved through open communication and a strong

working relationship founded on clear lines of intervention for the hospitalist and specialist.

US hospitals and physicians are under constant scrutiny from the public, the government and private insurers with constant pressure to *perform* and provide *high value care*: many of the hospital goals are directly related to the work of hospitalists yet the communication between administration and clinicians is often very limited; an open and professional working relationship clarifies the importance of the case mix index, length of stay, readmission rate and direct costs and the need for timely, precise and clear clinical documentation for the hospital and it shows the work that goes into achieving these metrics with the associated difficulties of every day practice for the hospitalist. My belief and experience is that metrics improve when they are viewed as common goals reached through discussion, trust and a working relationship between equal parties. Again, alignment is the best option when it comes to quality and cost metrics. Because of this, I have made it a practice to meet regularly with the Vice President of Medical Management, the Vice President of Finance and a representative of the Department of Clinical Excellence to discuss goals and objectives and to review my individual metrics and those of my hospitalist partners.

In the past 2 decades the definition and role of the hospitalist in the US health care system have consolidated. As with any new movement with rapid growth in a fast changing environment there are difficulties and obstacles that stand in the way of the full development of the hospitalist's potential. The hospitalist's compensation is largely based on volume (number of patients evaluated) although workload and performance metrics may be factored in. In order to provide high quality care, balance is necessary between a hospitalist's workload and the need to achieve quality, cost and safety targets. The incentive and pressure to see more patients and the increasing workload associated with each patient (clinical complexity and time spent away from a patient's bedside at a computer to comply with the need for precise and comprehensive clinical documentation, computerized physician order entry, answering questions and notifications from the pharmacy, utilization management and clinical documentation specialists) are both in competition for the clinician's time. Adequate communication with patients and their families to ensure patient centered care and with primary care physicians and specialists to minimize the risk of transition of care errors and avoid unnecessary testing and procedures requires time. But just as important is the quality of time: an accurate diagnosis and implementation of an evidence based care plan require an environment and a system that minimize interruptions and background noise that often, in conjunction with the lack of time, contribute to medication, transition of care and diagnostic errors. My personal experience has been that my working day is getting longer and the number of inter-

ruptions are on the rise despite the fact of having a Medical Scribe to help with my notes. The adoption of the electronic medical record (the hospitalist was instrumental in its implementation) has been an important step but remains far from being a perfect tool with its own inefficiencies, and specific safety issues.

An important area of misalignment relates to quality and cost metrics that are already used to evaluate the performance of hospitalist groups and individual clinicians. Hospitalists have been at the forefront of the study of quality in medicine with significant contributions to the field. However, it is important to evaluate quality data with caution as the science of quality metrics is in its infancy and we are far from well established and validated ones that can effectively capture the care provided by an individual physician or group practice. Ongoing problems with data collection, processing and correct attribution are well known. Until there is strong and validated evidence that a specific group of metrics effectively reflects the care provided, I believe that the best use of the data is as a study tool for a group practice or individual to identify areas of improvement and implement effective corrective strategies. The risk of using preliminary and non validated metrics may negatively affect physicians and patients; in the US we have witnessed the cost and safety implications of a metric that pressured clinicians to prescribe antibiotics for pneumonia within 4 hours of evaluation in the Emergency Department with resulting overdiagnosis of pneumonia, unnecessary exposure to antibiotics, medication side effects and cost.

Publicly reporting data that may not be correct or that only partially reflects the care provided by a hospitalist or a practice group is not fair and may have long lasting implications. The same caution is necessary when the data is used as a metric to determine compensation, the basis for pay for performance which is gaining traction. The idea is valid but the problem is defining performance and ensuring that the metrics are balanced in terms of their representation of high quality including safety and cost. To this day data on the efficacy of this program is mixed at best.

Like safety, quality is a systems issue and should be treated with interventions that are comprehensive and take into account the practice of the individual and the system in which that individual operates.

With the challenge to help transform hospital medicine in the US, the hospitalist movement accepted the important responsibilities associated with it. If it is true that with great power comes great responsibility the opposite must also apply. In the case of the hospitalist, power means control. The hospitalist is in the unique position to effect the change that all stakeholders in the care of acutely ill patients are requesting: patient centered, effective, safe, equitable, timely and efficient. By control I mean a true partnership with patients, primary care and specialist physicians, administrators and payers with effective input on curriculum and training of medical stu-

dents and residents interested in hospital medicine; on the definition of workload and working schedules that allow the best clinical performance; on the adoption of validated practice guidelines that take into account not only evidence but also experience; on the adoption of metrics that truly reflect high quality and high value care; on the creation of a hospital environment that prioritizes the work of those at the bedside allowing quality time for patient care because the fundamentals of our training in Internal Medicine remain the most effective tool for the delivery of the personalized care that patients expect; it is only through careful and not rushed clinical decision making that we will impact the intensity of care that accounts in large part for the growth in health care spending and minimize the risk of diagnostic errors that continue to be a significant and very likely underestimated, contributor to patient safety. Clinical support tools (electronic medical records, alerts, alarms, practice guidelines and pathways) are all important but are meaningful only in the hands of well trained, caring, experienced and knowledgeable physicians. The result of a mismatch between responsibility and control is burnout, a phenomenon well described in hospital medicine. Independent of the trauma of burnout on the individual, it is a problem that the system cannot afford in the long run: we have the numbers, 50,000 hospitalists as of today, to get the job done but we need to avoid the cost of burnout and the loss that comes with it of priceless and irreplaceable experience.

In 2018 hospital medicine faces challenges and difficulties rooted in its original mission to improve health outcomes, safety and cost of hospitalized patients but also those associated inevitably with its rapid growth and need to refine the philosophy and tools to accomplish the mission. This is again another exceptional opportunity for hospital medicine.

References

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001
2. OECD 2017 Health Statistics www.oecd.org
3. McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 2635-2645
4. Dieleman JL, Squires E, Bui A. et al. Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013. *JAMA* 2017; 318 (17):1668-1678
5. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, 2000.
6. Makary MA, Daniel M. Medical error- the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353:i2139
7. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med.* 2005; 165 (13): 1493-1499
8. Elstein AS. Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. *Acad. Med.* 1999; 74: 791-794

La nuova figura professionale italiana: profilo, attività e modelli organizzativi

Francesco Orlandini,¹ Micaela La Regina,² Valerio Verdiani,³ Dario Manfellotto⁴

¹Direttore Sanitario, ASL4 Liguria, Chiavari (GE); ²SS Risk Management, ASL5 Liguria, La Spezia; ³SC Medicina Interna, Grosseto; ⁴SC Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina, Roma, Italia

Introduzione

Il presente lavoro, partendo dall'attuale crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici, dovuta principalmente alle mutate caratteristiche biosociali dei pazienti e alla iperspecializzazione in medicina, delinea le competenze e le attività di una nuova figura medica - l'hospitalist - necessaria per superare l'attuale frammentazione delle cure erogate ai pazienti acuti polipatologici. L'hospitalist è uno specialista di area medica che, attraverso un percorso formativo post-universitario, acquisisce competenze cliniche focalizzate sulla polipatologia, ma anche gestionali e relazionali, tali da farne il coordinatore delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali impegnate nella cura del paziente polipatologico, una guida per i pazienti nei difficili percorsi intraospedalieri e una scelta di appropriatezza e sostenibilità per i decisori.

Vengono inoltre proposti tre modelli organizzativi basati sulla figura dell'hospitalist. Si tratta di modelli ipotetici, in fase di elaborazione teorica.

Premesse

Il profilo biosociale del malato contemporaneo sta mettendo a dura prova efficienza e sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici dei paesi occidentali. Nel nostro paese la diffusione di pazienti con multimorbilità e fragilità sociale ha messo in crisi l'organizzazione dell'ospedale fondata sul sapere (leggi *reparti specialistici*).

Gli studi su dati amministrativi (SDO) evidenziano che i più assidui frequentatori dei nostri ospedali sono i pazienti poli-patologici e che popolano tutti i reparti, sia medici che chirurgici.

L'unica specialità ad approccio olistico, in grado per formazione di gestire i pazienti poli-patologici è la Medicina interna, tanto è vero che vi è spesso un copioso numero di ricoveri fuori reparto a suo carico.

Molte delle altre specialità hanno un approccio focalizzato al singolo organo (es. cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, ecc.) per cui il percorso di cura di un paziente polipatologico ivi ricoverato risulta costituito da molteplici interventi di consulenti, non coordinati nel tempo e nel contenuto, con incremento delle indagini diagnostiche, delle prescrizioni e dei costi.

The Wealth of Nations di Adam Smith, pubblicato nel 1776, descriveva quello che sarebbe stato uno dei principali motori del progresso economico per i secoli a venire: la divisione del lavoro.

Gran parte della prosperità di cui ora gode il nostro mondo deriva dai guadagni in termini di produttività ottenuti dividendo il lavoro in compiti sempre più piccoli, eseguiti da lavoratori sempre più specializzati affermano Thomas W. Malone, Robert Laubacher e Tammy Johns, esperti di teorie sull'organizzazione, in un articolo sull'iperspecializzazione per la rivista *Harvard Business Review* nel 2011.¹ Rivolgersi ad un esperto consente di guadagnare tempo da investire in altre attività e di migliorare la qualità del lavoro. Si può arrivare a pagare un esperto 5 volte di più di un principiante per lo stesso lavoro.

Qual è il punto debole della super-specializzazione? La mancanza di integrazione fra i singoli interventi in un prodotto finale coerente. E' quanto avviene in ambito sanitario nei nostri ospedali costituiti da reparti specialistici.

Qual è la soluzione? Secondo Thomas W. Malone e gli altri: *La modalità più ovvia è avere qualcuno con l'autorità di dirigere il processo. Di fatto, qualcuno che sia super-specializzato nel coordinare il lavoro di altri specialisti.*

E' proprio questo l'obiettivo con cui è stato progettato il percorso formativo della figura professionale

Corrispondente: Micaela La Regina, SS Risk Management, ASL5 Liguria, La Spezia, Italia.
E-mail: micaela.laregina@asl5.liguria.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright F. Orlandini et al., 2018

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):38-42

che deriverà dal Master di II livello *Hospitalist. Il governo della complessità in medicina interna ospedaliera*: formare uno specialista della gestione del paziente poli-patologico acuto con capacità di coordinamento di equipe multidisciplinari e multi-professionali in ospedale e nelle transizioni di cura (domicilio/struttura-ospedale-domicilio/struttura). La formazione dello specialista in Medicina Interna, infatti, per quanto approfondita dal punto di vista clinico e ad approccio olistico, non prevede l'acquisizione di capacità di coordinamento di altri specialisti.

Il nome *Hospitalist* è mutuato dalla esperienza americana, perché nel nostro caso come in USA, tale super-specialista svolge la sua attività professionale principalmente in ospedale la sua attività professionale. Tuttavia, dal momento che il profilo e le attività variano a seconda del contesto, la figura dell'*Hospitalist* in Italia dovrà svilupparsi con caratteristiche del tutto peculiari del nostro sistema socio-sanitario.

Va peraltro premesso e chiarito che l'*Hospitalist* non è esclusivamente lo *specialista in medicina interna* ma qualsiasi specialista di area medica può diventare *Hospitalist*, dopo adeguata formazione.

I paragrafi successivi illustrano le attività dell'*Hospitalist* e i possibili modelli organizzativi basati su tale figura professionale.

Profilo e attività dell'*Hospitalist*

La gestione integrata del paziente² poli-patologico e complesso risulta essere la *mission* di questa nuova figura professionale. Pertanto, l'*Hospitalist* deve possedere:

- *competenze cliniche* nell'ambito delle più frequenti acuzie che richiedono l'ospedalizzazione, quali: i) sindromi coronariche acute, coronaropatie stabili, aritmie, sincopi, scompenso cardiaco; ii) polmoniti comunitarie e nosocomiali, BPCO e asma, interstiziopatie, insufficienza respiratoria acuta e cronica, tromboembolismo venoso (TEV); iii) sepsi, infezioni addominali, cutanee e urinarie, osteomieliti, infezioni protesiche, endocarditi; iv) emorragie digestive, epatiti croniche, pancreatiti acute e croniche; v) anemie, leucemie e linfomi, sindromi mielodisplastiche, mieloma multiplo; vi) insufficienza renale acuta e cronica; vii) diabete mellito e patologie metaboliche, patologie tiroidee; viii) disturbi elettrolitici; ix) gestione perioperatoria del paziente fragile: sospensione e ripresa farmaci di uso cronico, controllo del dolore, fluidi, profilassi del TEV, prevenzione e trattamento delle infezioni del sito chirurgico; x) stroke, infezioni del SNC, delirio e demenza, sindromi da abuso e astinenza; xi) percorsi diagnostici nelle principali neoplasie solide, fine vita e desistenza terapeutica, cure palliative oncologiche e non; xii) nutrizione

del paziente ospedalizzato; xiii) malattie autoimmuni, rare, atipiche; xiv) medicina di genere e medicina personalizzata; xv) gestione patologie mediche in gravidanza;

- *abilità tecniche* nell'esecuzione delle *procedure diagnostico-terapeutiche di base* quali: i) rianimazione cardiopolmonare; ii) toracentesi e posizionamento drenaggio toracico; iii) ventilazione non invasiva; iv) ecografia del torace; v) ecografia addominale; vi) paracentesi; vii) biopsia epatica; viii) biopsia e aspirato midollare; ix) posizionamento accessi vascolari; x) rachicentesi; xi) gestione dispositivi per nutrizione enterale e parenterale.

Tuttavia, accanto alle competenze e alle abilità tecniche, occorre che l'*Hospitalist* abbia anche *competenze gestionali*.

Se, infatti, le conoscenze scientifiche sono da sempre la *core competence* del medico internista, formato per spaziare nei vari ambiti clinici, le competenze gestionali sono diventate in questi ultimi anni una necessità del medico ospedaliero. L'attività clinica viene sempre più monitorata, misurata, confrontata e valutata in termini di produttività, di esito, di qualità e di sicurezza. Pertanto, il medico ospedaliero contemporaneo e non l'internista contemporaneo non può esimersi dal conoscere ed applicare nella sua pratica clinica quotidiana concetti inerenti: i) appropriatezza di ricovero, organizzativa, prescrittiva; ii) scheda di dimissione ospedaliera, flussi informativi, sistemi di valutazione delle performance; iii) empowerment del paziente; iv) capacità di lavorare in team e di prevenire e gestire i conflitti; v) clinical governance: evidence based medicine e practice, lettura critica di un articolo scientifico, elaborazione protocollo di ricerca, compilazione clinical research form; vi) health technology assessment; vii) conoscenze di economia sanitaria (gestione budget); viii) raccomandazioni ministeriali e pratiche per la sicurezza del paziente; ix) accreditamento istituzionale e sistema qualità: procedure, protocolli e istruzioni operative.

Da ultimo, ma non di minore importanza, l'*Hospitalist* deve aver acquisito *capacità relazionali* per interagire proficuamente con collaboratori, parenti e pazienti che hanno caratteristiche e aspettative profondamente diverse dal passato.

Nel loro insieme tali competenze gli consentiranno di svolgere attività come: i) co-gestione della fase di ricovero con i medici del Pronto Soccorso per una valutazione integrata dell'appropriatezza di ricovero rispetto a percorsi alternativi extraospedalieri; ii) sintesi clinica e definizione delle priorità di trattamento nel paziente acuto poli-patologico; iii) stratificazione prognostica (a breve e lungo termine) e adeguamento dell'intensità di trattamento; iv) personalizzazione del processo di diagnosi e cura; v) analisi rischio-beneficio e coordinamento degli interventi specialistici richiesti dal processo di diagnosi e cura; vi)

razionalizzazione della poli-terapia con eventuale de-escalation, se indicata; vii) prescrizione appropriata e consapevole di indagini e farmaci; viii) programmazione precoce della dimissione; ix) identificazione e gestione delle problematiche sociali; x) umanizzazione del fine vita; xi) promozione *empowerment* del paziente; xii) prevenzione delle riammissioni; xiii) passaggio di consegne strutturato intraospedaliero e con il territorio; xiv) strutturazione del follow-up post-dimissione; xv) lavoro in team affiatati e efficienti; xvi) valutazione della propria pratica clinica: indicatori di processo ed esito; xvii) aggiornamento professionale costante; xviii) lettura critica delle evidenze; xix) attività di ricerca e insegnamento; xx) attività di prevenzione dei rischi e di miglioramento continuo.

Modelli organizzativi

La nuova figura professionale, pur con le sue innovative competenze, non è in grado da sola di migliorare la gestione dei pazienti acuti poli-patologici afferenti l'ospedale, senza un cambiamento del modello organizzativo dell'ospedale stesso.

Il presente paragrafo ha come obiettivo la descrizione dei possibili modelli organizzativi in cui potrebbe essere inserito l'Hospitalist, sulla base del suo specifico profilo di competenze e di attività.

Si tratta di scenari tuttora in fase di ipotesi e di elaborazione teorica. Ogni organizzazione dovrebbe scegliere quello più opportuno e idoneo, in rapporto alle proprie esigenze, considerando anche la possibilità di modificarli o integrarli fra loro.

In base al raggio di azione dell'Hospitalist si possono distinguere modelli organizzativi cosiddetti *longitudinali* e *trasversali* (Figura 1).

Il modello longitudinale

Secondo questo modello, l'ambito di attività dell'Hospitalist è la filiera *Unità Operativa di Medicina Interna- sub-acuti/cure intermedie-ambulatorio di continuità assistenziale-domicilio del paziente*.

Nelle UO di Medicina Interna l'Hospitalist sarebbe impegnato nella cura tanto di pazienti acuti stabili (degenza ordinaria) che instabili. Infatti i dati della letteratura³ indicano che la popolazione ricoverata in Medicina Interna comprende una quota del 20% circa di soggetti da gestire meglio in un'area a caratteristiche differenziate di assistenza, in quanto non necessita di un monitoraggio clinico intensivo come in rianimazione, ma ha 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. Si tratta di pazienti provenienti dal PS, dalla medicina d'urgenza entro tre giorni dall'in-

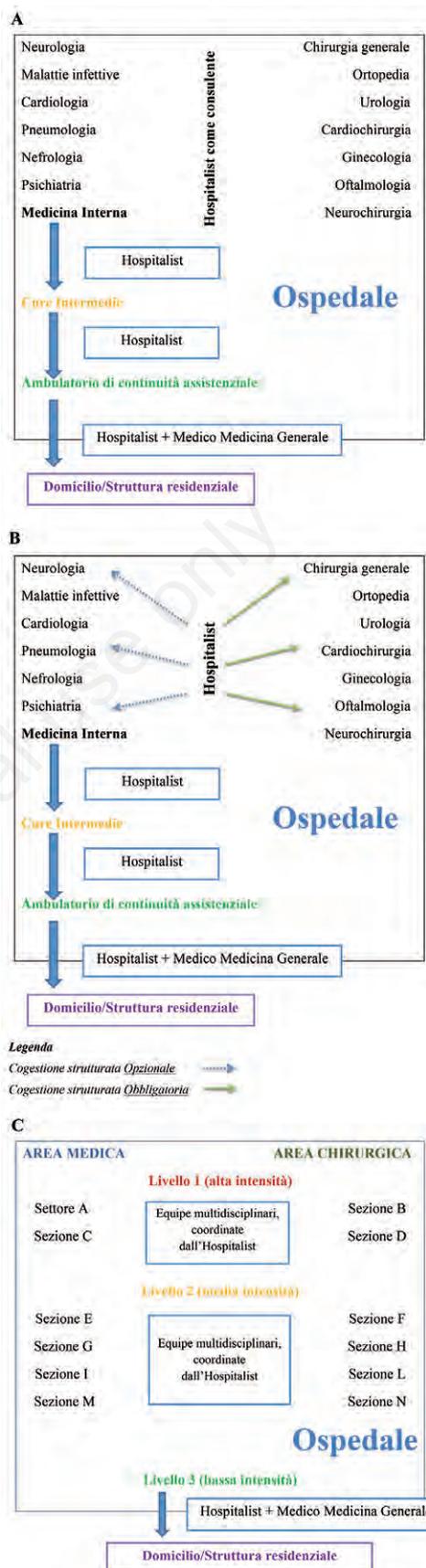


Figura 1. Modelli organizzativi basati sull'hospitalist: A) longitudinale; B) trasversale parziale; C) trasversale completo.

gresso in ospedale, ma anche da altri reparti medici o chirurgici in caso di complicanze e pazienti non eleggibili per ricovero presso unità di terapia intensiva. Tali aree sono spesso identificate come *aree ad alta intensità* o *aree critiche di medicina interna* e rappresentano una recente evoluzione delle Unità Operative di Medicina Interna. L'Hospitalist ha tutte le caratteristiche per lavorare efficacemente ed efficientemente nelle aree ad alta intensità.

Nelle unità operative di sub-acuti o cure intermedie, l'Hospitalist sarebbe impegnato a consolidare la stabilizzazione, e auspicabilmente la guarigione dei pazienti più fragili, in stretta collaborazione con i nuclei di valutazione domiciliare al fine di favorire la dimissione del paziente fragile o la definitiva istituzionalizzazione in residenzialità territoriale. E' necessario in tali contesti che l'Hospitalist sappia cogliere possibili riacutizzazioni e sia in grado di gestirle anche in queste aree a minor intensità di cura, evitando spostamenti inopportuni. E' importante che sia supportato da personale infermieristico, fisioterapista ed ausiliario in modo da prevenire le complicanze dell'allettamento, della ipoalimentazione, della costipazione attraverso la applicazione di protocolli condivisi anche con i famigliari con i quali è essenziale saper stringere un patto di cura che chiarisca il ruolo delle cure intermedie, non più un reparto di lungodegenza come un tempo, ma un passaggio dall'acuzie alla dimissione dall'ospedale.

A seguire, l'ambulatorio di continuità assistenziale e gli eventuali interventi a domicilio avrebbero lo scopo di coadiuvare il medico curante nella gestione dei pazienti più complessi per evitare riammissioni inappropriate quando non dannose. Se infatti il *chronic care model* intercetta i problemi dei pazienti cronici prima dell'accesso in ospedale, con una valutazione dei bisogni e la loro cura con il medico di medicina generale e l'equipe socio-sanitaria, alcuni pazienti sono in un equilibrio di salute così precario che possono essere valutati al meglio dagli stessi medici che li hanno avuti in cura durante la degenza in ospedale e che sono in grado di cogliere un reale peggioramento delle loro già precarie condizioni di salute. Gli ambulatori riservati a questi particolari pazienti possono essere alla porta dell'ospedale, come succede in alcuni ospedali inglesi, o a domicilio in casi particolari. Essi dovrebbero essere gestiti da Hospitalist che non sono dedicati esclusivamente a queste funzioni, perché perderebbero il know how delle acuzie, ma che, a rotazione e con riferimento ai singoli pazienti che hanno seguito in degenza ordinaria, si fanno carico della reale continuità ospedale-territorio, integrandosi con il medico di medicina generale che rimane il vero gestore territoriale della salute del paziente.

Infine, l'Hospitalist potrebbe avvalersi, per sorvegliare i suoi pazienti fragili, di un servizio di teleme-

dicina che permetta di monitorare alcuni parametri anche a domicilio. Si tratta di servizi già attivi in alcune realtà con risultati positivi, in termini di efficace controllo della pressione arteriosa, della glicemia, della frequenza cardiaca, della saturazione di ossigeno, parametri che concorrono a mantenere clinicamente stabile il paziente al proprio domicilio. Lo sviluppo tecnologico sta ampliando sempre più le possibilità di monitoraggio a distanza ed è quindi auspicabile che l'Hospitalist si avvalga sempre più di questi strumenti.

Nel presente modello, l'Hospitalist rappresenterebbe il medico di riferimento delle UO di Medicina interna e sub-acuti/cure intermedie per un numero di pazienti variabile da 1:6 a 1:18, a seconda dell'intensità di cura e sarebbe coadiuvato da équipe multiprofessionali e multidisciplinari non solo sanitarie, ma anche sociali. L'optimum sarebbe la creazione di équipe fisse per fare in modo che il singolo Hospitalist possa lavorare ogni volta in collaborazione con il medesimo Cardiologo, Infettivologo, Chirurgo, ecc e non con lo specialista di turno, al fine di creare un vero e proprio team.

Collateralmente, potrebbe intervenire come consulente nella cura di pazienti complessi, polipatologici ammessi in altri reparti, soprattutto chirurgici.

Questo scenario organizzativo è indubbiamente il meno *destruente*, tuttavia non valorizza appieno le potenzialità dell'Hospitalist, in quanto le attività peculiari sopra riportate sono limitate ai soli pazienti accolti in Medicina interna o visitati in consulenza. Una modalità questa che, fra l'altro, non assicura la continuità.

Il modello trasversale

Il modello trasversale può essere ulteriormente distinto in trasversale parziale e completo, a seconda del grado di implementazione.

Nel modello *trasversale parziale*, è prevista la presenza fissa di un Hospitalist, oltre che nella filiera descritta nel modello longitudinale, in ogni unità operativa specialistica di area chirurgica e, ipoteticamente, anche di area medica, per una co-gestione strutturata dei pazienti poli-patologici, al fine di: i) evitare frequenti richieste di consulenza che incrementano i costi e possono non essere efficaci, se effettuate in ritardo; ii) rendere più omogeneo il trattamento dei pazienti polipatologici ammessi fuori dalla medicina interna.

Tale scenario esalta fra le attività dell'Hospitalist la personalizzazione del processo di diagnosi e cura, l'analisi rischio-beneficio e il coordinamento degli interventi, la prescrizione appropriata di indagini e farmaci, la razionalizzazione della poli-terapia con eventuale de-escalation, la prevenzione delle riammissioni.

Per quanto riguarda l'ambito chirurgico, vi sono, nel nostro paese, esperienze anche non strutturate, che hanno mostrato come tale presenza in Chirurgia gene-

rale e soprattutto in Ortopedia migliori gli *outcomes* dei pazienti riducendo la degenza, il trasferimento in rianimazione nel post intervento e le infezioni correlate all'assistenza. Attualmente in Ortopedia circa il 10% dei pazienti con frattura di anca muore entro un mese e circa un terzo entro 12 mesi.

Il ruolo della nuova figura professionale sarebbe quindi orientato a: i) stabilizzare il paziente per quanto riguarda le comorbidità prima dell'intervento; ii) controllare il dolore con adeguata terapia; iii) prevenire e trattare il delirio; iv) attuare la tromboprofilassi; v) instaurare precocemente una idonea profilassi anti-infezione; vi) valutazione adeguata e puntuale delle necessità nutrizionali; vii) attuare la terapia della osteoporosi; viii) attuare correttamente la terapia del diabete; ix) effettuare una corretta ricognizione e riconciliazione farmacologica.

Questo scenario rappresenta un passo avanti rispetto al modello longitudinale, in quanto amplia il raggio di azione dell'Hospitalist, pur mantenendo l'attuale organizzazione ospedaliera basata su reparti specialistici.

Il modello organizzativo considerato più innovativo è quello *trasversale completo*, in cui scompare la suddivisione in reparti specialistici e compaiono i livelli di intensità di cura e/o le macroaree di degenza medica e chirurgica. In tale scenario ogni singolo Hospitalist rappresenterebbe il medico di riferimento di 12-15 pazienti poli-patologici ospedalizzati per patologie mediche o chirurgiche, nonché responsabile dell'equipe multi-professionale e multi-disciplinare che lo ha in cura dall'ingresso alla dimissione.

Questo modello di ospedale Hospitalist-based è quello che sfrutta al massimo le competenze dell'Hospitalist, le mette a vantaggio dell'intera popolazione di pazienti poli-patologici ricoverati e della sostenibilità dell'intero sistema. In questo scenario il paziente si trova ad essere accompagnato in ogni fase del suo percorso di cura, medico o chirurgico che sia, da un medico che ne prende in carico globalmente lo stato di salute e le problematiche sociali, che ne garantisce un trattamento aggiornato, appropriato (rischi/benefici) e personalizzato e con cui stabilisce una relazione di cura efficace. Un medico che garantisce una sicura transizione al territorio e che può continuare a seguire il paziente, se necessario, negli ambulatori di continuità assistenziale, in supporto al medico curante. In questo scenario l'Hospitalist rappresenterebbe la tanto attesa guida del paziente che spesso si sente smarrito nei difficili percorsi intraospedalieri e la scelta di appropriatezza e sostenibilità che richiedono i decisori.

Naturalmente questo è anche il modello più difficile da implementare dal momento che richiede il sovvertimento dell'attuale organizzazione basata sul sapere specialistico.

Conclusioni

L'esigenza di evoluzione del ruolo dell'internista e dell'organizzazione ospedaliera è insita nella trasformazione del paziente dei nostri giorni, diverso anch'esso da quello del passato in termini sanitari, sociali e culturali.

FADOI con il suo dipartimento di formazione ha recepito in pieno questa esigenza e da anni dedica risorse per la formazione permanente finalizzata all'acquisizione di *skills* di ecografia internistica, comunicazione, *clinical governance*.

In questa ottica ha recentemente promosso il Master per la formazione dell'Hospitalist che non è solo il tutor della corsia medica, non è solo il consultant o il *guardiano* dell'ospedale, non è solo l'internista in ortopedia/chirurgia, non è solo il riferimento nell'ospedale per intensità di cure, ma è l'evoluzione dell'Internista ospedaliero, giovane o esperto, che condivide il ruolo centrale della Medicina interna negli ospedali moderni e utilizza strumenti di governo clinico e tecnologie per gestire, in équipe multidisciplinari, i pazienti complessi per polipatologia.

La politica sanitaria nazionale dovrebbe prendere concretamente atto della trasformazione della popolazione che accede agli ospedali italiani, cogliere la necessità di cambiamento e investire sempre più risorse nell'innovazione organizzativa con l'introduzione di nuove figure professionali - come l'Hospitalist - che possano garantire una gestione efficace e efficiente, ma soprattutto unitaria rispetto all'attuale gestione frammentaria delle sub-specialità, e sostenibile per un sistema sanitario pubblico universalistico come quello Italiano.

Bibliografia

1. Malone TW, Laubacher R, Johns T, The age of hyperspecialization, Harvard Business Review, July-August 2011.
2. The core competencies in hospital medicine: a framework for curriculum development by the society of hospital medicine. J Hosp Med. 2006;1 Suppl 1:2-95.
3. Cei M, Bartolomei C, Mumoli N., In-hospital mortality and morbidity of elderly medical patients can be predicted at admission by the Modified Early Warning Score: a prospective study. Int J Clin Pract. 2009 Apr;63(4):591-5.

Il percorso formativo

Giovanni Murialdo,¹ Angela Testi,² Giancarlo Torre,³ Paola Gnerre,⁴ Francesco Orlandini⁵

¹Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche - DIMI, Università degli Studi di Genova; ²Accademia per il Management Sanitario - AMAS, Università degli Studi di Genova; ³Centro di servizio di Ateneo di Simulazione e formazione Avanzata - SimAV, Università degli Studi di Genova; ⁴Medicina Interna, Ospedale San Paolo, Savona; ⁵Direttore Sanitario, ASL 04 Chiavarese, Regione Liguria, Italia

Premesse

In un contesto epidemiologico e di organizzazione dei servizi sanitari attualmente in evoluzione, si evidenzia un progressivo aumento dell'età media della popolazione, che rende l'Italia uno dei paesi più longevi al mondo.

L'aumentata durata della vita si correla strettamente all'incremento del numero di patologie croniche, che coesistono nello stesso individuo e questo porta ad un aumento della spesa sanitaria che sale fino a 20 volte, se sono presenti più di 4 patologie nello stesso individuo.

A causa dell'invecchiamento della popolazione, si calcola che in Italia ci sia stato un aumento di spesa sanitaria del 35% in 8 anni, dal 2005 al 2013.

In ragione di ciò, i decisori vanno predisponendo percorsi di deospedalizzazione dei pazienti cronici e polipatologici con l'obiettivo di ridurre il numero dei ricoveri, riservare l'ospedale solo a pazienti acuti e, conseguentemente, contenere la spesa.

Tuttavia, quando i pazienti cronici si riacutizzano non sono più gestibili a domicilio, né da medici di Medicina generale, né da specialisti d'organo. Anche l'ipotesi di una équipe multispecialistica è percorribile solo se ben coordinata, altrimenti esita in una accresciuta complessità gestionale ed in un aumentato consumo di risorse.

Occorre quindi uno specialista della complessità, che non è un medico tuttologo né autoreferenziale ma

questa figura deve possedere una visione olistica e metodo clinico tali da consentirgli di accogliere, inquadrare, gestire, insieme agli specialisti se necessario, i pazienti polipatologici complessi, che richiedono l'ospedalizzazione per l'instabilità clinica nella fase acuta di malattia, siano essi anziani o più giovani.¹⁻¹¹

La Medicina Interna prepara i propri specialisti ad una conoscenza trasversale ed olistica del malato e riconosce 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.

In questo senso, caratterizzano l'attività delle strutture assistenziali di Medicina Interna: i) la gestione, la diagnosi e la terapia dei pazienti complessi, polipatologici, fragili; ii) 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; iii) l'elevata flessibilità funzionale; iv) la pratica di una quantità rilevante di attività, ritenute specialistiche ed inerenti le discipline chiave derivate dalla Medicina Interna; v) la capacità di gestire, in piena autonomia, strumenti tecnologici *più semplici* divenuti ormai patrimonio comune del bagaglio tecnico del medico internista (es. ecografia *al letto del malato* e *fast-ecography*; ventilazione non invasiva); vi) 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; vii) la possibilità di supportare funzioni specialistiche di tipo chirurgico, sia nelle fasi di inquadramento pre-inter-

Corrispondente: Giovanni Murialdo, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche - DIMI, Università degli Studi di Genova, Italia.
E-mail: gmurialdo@unige.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright G. Murialdo et al., 2018

Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):43-45

vento, sia nelle fasi di post-intervento, in regime di ricovero e in regime ambulatoriale semplice o complesso (Day Service).

Questo supporto, con modalità diversificate a seconda delle diverse realtà ospedaliere e territoriali, è fornito sia per la gestione della terapia medica delle polipatologie di base, sia per quella delle complicanze di tipo internistico (scompenso cardiaco, scompenso metabolico e/o idroelettrolitico, infezioni, *etc.*), che non di rado complicano il decorso dei malati chirurgici.

Gli internisti sono, in primo luogo, i medici della complessità, intesa peraltro nelle sue due accezioni: i) espressione di difficoltà alla diagnosi di una singola patologia; ii) problemi connessi con la multimorbidità e le comorbidità del singolo paziente.

Criticità della formazione in Medicina Interna

La scuola di specializzazione in Medicina Interna, per quanto possa essere esaustiva per ciò che concerne il metodo clinico, spesso non prepara il medico internista alle competenze tecnologiche, alla gestione della complessità, alle capacità comunicative e di interrelazione col contesto parentale, che sono divenuti elementi indispensabili nella quotidianità professionale.

L'internista del terzo millennio, secondo il modello inglese proposto dal *Royal College of Physician* nel 2013, deve possedere una adeguata conoscenza in più ambiti, quali per esempio: la fragilità e la demenza, la sua specialità propria, ma anche la gestione del paziente critico e del paziente complesso, la coordinazione delle cure, la leadership, la comunicazione e la conoscenza dei sistemi gestionali. Il suo operare quotidiano e una visione ampia della sua funzione anche sociale devono essere basati non solo nozioni di legislatura sanitaria, ma soprattutto in una profonda e fortemente radicata concezione bioetica del propria figura in rapporto alla cura della persona malata in ogni fase della sua vita.

Proposta formativa

In questa ottica, grazie alla stretta collaborazione e condivisione progettuale intercorse tra la FADOI e l'Università degli Studi di Genova, rappresentata dal Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DIMI), dall'Accademia per il Management Sanitario (AMAS) e il Centro di servizio di Ateneo di Simulazione e formazione Avanzata (SimAV) è stato attivato presso la Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova il Master di II livello in *Hospitalist. Il governo della complessità in Medicina Interna Ospedaliera*.

Questo master ha come obiettivo la formazione post-universitaria dell'*hospitalist*, inteso come figura

clinica in grado di gestire equipe multidisciplinari impegnate nella cura ospedaliera del malato acuto polipatologico, partendo dal core curriculum dell'*hospitalist* operativo nell'ambito del sistema sanitario statunitense ed adattandolo alla nostra realtà.

Tale professionista dovrà acquisire competenze ed abilità, che gli consentano di disegnare percorsi per l'accesso appropriato in ospedale, la gestione intraospedaliera del malato complesso e la continuità assistenziale territoriale.

Il corso di master ha ricevuto l'adesione di 34 specialisti in Medicina Interna o discipline equipollenti, già in servizio in unità di Medicina Interna ospedaliera o universitaria di molte regioni italiane, oppure a medici intenzionati a lavorare in tale ambito.

Il master, iniziato a gennaio 2018, avrà durata biennale e si articolerà in 7 moduli annuali di 19 ore di lezione, ciascuno, distribuiti su 9 mesi. E' prevista una prova di esame pratico al termine di ciascun anno e una discussione finale di un *Project Work* condiviso su un argomento concordato con il comitato scientifico del Master.

Peraltro, ci si augura come la presenza in aula su un lungo periodo di docenti sia con competenze indirizzate al *management* sanitario, sia attivi in ambito clinico, accanto a professionisti con provate esperienze nella gestione di malati complessi ricoverati in diverse situazioni assistenziali italiane internistiche possa portare a proposte concrete per un miglioramento su ampia scala delle pratiche assistenziali.

Bibliografia

1. Baudendistel TE, Watcher RM. The evolution of the hospitalist movement in USA. *Clin Med JRCPL* 2002;2: 327-30.
2. Pantilat S. What is a Hospitalist? *The Hospitalist* 2006 February; 2006.
3. Pietrantonio F, Orlandini F, Moriconi L, La Regina M. Acute Complex Care Model: An organizational approach for the medical care of hospitalized acute complex patients. *Eur J Intern Med.* 2015 Dec;26(10): 759-65.
4. Wachter RM, Goldman Lee. The emerging role of "Hospitalists" in the American Health Care System. *N Engl J Med* 1996; 335:514-7.
5. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000 – The 20th Anniversary of the Hospitalist. *N Engl J Med* 2016;375: 1009-11.
6. White HL, Glazier RH. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. *BMC Medicine* 2011;9:58: 1-22. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/58>
7. OECD (2015), Ageing: Debate the Issues, OECD Insights, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264242654-en>

8. “Indirizzi per la presa in carico della cronicità e fragilità in regione Lombardia 2016-2018”: http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2014/aggiornamento_spesa_sanitaria_%20anni%202008_2014_PDF.pdf
9. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
10. Future Hospital: caring for medical patients. A Report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physician. September 2013.
11. The core competencies in hospital medicine: A framework for curriculum development by the society of hospital medicine, Journal of Hospital Medicine, Volume 1, Issue S, 2006

Non-commercial use only

La certificazione

Lucia Marchionni,¹ Mauro Campanini,² Carlo Nozzoli,³ Antonino Mazzone¹

¹Dipartimento Medico, Cronicità e Continuità Assistenziale, ASST Ovest-Milanese, Legnano (MI); ²Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara; ³Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze, Italia

La FADOI, società scientifica di medicina interna, ha come *mission* fondamentale quella di migliorare attraverso la formazione e la ricerca clinica le capacità tecnico-scientifiche dei medici internisti ospedalieri. Partendo da questo presupposto non potevamo non porci un tema di grande attualità, che è stato quello di formare, attraverso un MASTER dedicato alla figura dell'Hospitalist, assente in ITALIA, per rendere la preparazione clinico pratica dell'internista adeguata ad affrontare le polipatologie, le polifarmacoterapie e la multimorbidità.

Consapevoli anche che questo tipo di formazione avanzata di II° livello non sia sufficiente se non sottoposta continuamente ad una rivalidazione e certificazione.

In questo ambito ormai da anni la FADOI ha intrapreso un percorso che è quello della valutazione delle competenze professionali del dirigente medico. La definizione di cos'è un buon medico è molto dibattuta a livello Nazionale ed Internazionale.

Una Società Scientifica come FADOI ha almeno tre motivi per affrontare la verifica e lo sviluppo professionale del Medico Internista: i) la necessità di garantire una prestazione sanitaria di qualità; ii) i cambiamenti epidemiologici, polipatologie, comorbidità, con le poche evidenze scientifiche sul paziente reale, in maniera da rispondere con preparazione a queste sfide; iii) la credibilità, essendo quella medica una professione che ha il privilegio di auto-regolarsi grazie alla propria storia ed etica professionale.

Pertanto, insieme a FISM, FADOI sta portando avanti questo percorso di accreditamento e valutazione delle competenze, definendo anche alcune raccomandazioni.

In relazione al decreto Gelli abbiamo inoltre altresì

sviluppato, insieme ad altre società scientifiche, le raccomandazioni in alcuni settori ove non esistono linee guida e/o medicina basta su evidenze scientifiche forti. Così abbiamo intrapreso questo percorso con la SDA Bocconi costruendo prima un gruppo di lavoro per determinare gli items con metodologie validate scientificamente. E con il supporto dell'ISS abbiamo cominciato a lavorare su come valutare obiettivamente le competenze del Medico Internista.

La *clinical competence* è il risultato delle conoscenze, abilità e capacità tecniche, delle qualità professionali, manageriali, relazionali e operative di ogni singolo specialista nel contesto sanitario di riferimento. Tutto questo presuppone un bilanciamento ottimale di alcune componenti - sapere, saper fare e saper essere - in una prospettiva di interazione tra medico paziente e decisioni pratiche per la risoluzione di problemi clinici. Purtroppo la competenza medica non può essere di per se garantita da titoli accademici o autoreferenzialità specialistiche, né tantomeno, costituisce un mero ideale professionale. Per questo la qualità delle cure deve essere definita in base ad indicatori specifici. Scienza clinica ed esperienza del medico devono essere complementari nella gestione del paziente reale. Infatti esperienza, conoscenza scientifica, medicina basata sull'evidenza e buon senso clinico costituiscono elemento fondante della competenza medica per curare oggi pazienti adulti anziani, critici, fragili e con dimissioni difficili.

In realtà lo sforzo che sta portando avanti FADOI ha un duplice significato per la crescita del valore professionale del Medico Internista, perché creando uno strumento con cui valutare che cosa sa fare un internista, significherà, una volta applicato, comprendere meglio le necessità formative dei nostri medici e, non meno importante, poter disporre di un potente strumento di pianificazione dell'aggiornamento professionale.¹⁻⁵

Emerge, da questi presupposti, la complessità della valutazione della competenza professionale del medico internista, per cui sono stati proposti modelli valutativi (Progetto FADOI-BOCCONI) tesi a perseguire obiettivi di certificazione professionali concreti, basati su elementi oggettivi di giudizio, applicabili nel contesto universitario, ospedaliero pubblico e privato accreditato, finalizzati alla creazione di un portfolio individuale, e un loro uso concreto ai fini dei percorsi

Corrispondente: Lucia Marchionni, Dipartimento Medico, Cronicità e Continuità Assistenziale, ASST Ovest-Milanese, Legnano (MI), Italia.
E-mail: lucia.marchionni@asst-ovestmi.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright L. Marchionni et al., 2018
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):46-50

di carriera nell'azienda sanitaria di un sistema regionale o del sistema nazionale. Per fare l'internista oggi sono necessari lo studio e la conoscenza, le abilità e le capacità tecniche, le qualità professionali, gestionali, relazionali frutto di una cultura sistemica profonda, supportata dall'esperienza maturata nel real-world della pratica clinica quotidiana.

La valutazione di questi elementi richiede un approccio integrante differenti aspetti della professionalità dell'internista, non riconducibile a un singolo indicatore, peraltro surrogato di un'indispensabile analisi dei contenuti scientifici oggetto di giudizio.⁶⁻¹⁷

Contesti organizzativi e comportamenti decisionali in Medicina Interna

Il concetto di *risk management* si riconduce all'identificazione dei rischi attuali e potenziali presenti nel *setting* assistenziale, finalizzato a controllare o eliminare i rischi stessi garantendo la sicurezza ed il benessere dei pazienti, dei loro familiari e dello staff operativo, migliorando gli assetti organizzativi. In presenza di attività caratterizzate da un'elevata rapidità di cambiamento (sistemi adattativi), con elevati livelli di esposizione al rischio, sono richieste azioni di continuo miglioramento per una buona qualità degli interventi e/o delle procedure ed una valida efficacia clinica. Qualità e sicurezza non sono sempre semplicisticamente abbinata. A fronte della necessità di assistere i pazienti complessi è necessario *accettare la complessità come potenzialità e non come limite, per una conoscenza più pertinente, con l'uso costante della razionalità come imprescindibile barriera contro l'errore.*

L'importanza dell'expertise professionale in condizioni d'incertezza

I reparti di Medicina Interna rappresentano di fatto organizzazioni ad elevata complessità, cui afferiscono pazienti tra loro assai differenti per tipologia e con flussi non programmabili. La complessità dei casi trattati risulta rilevante, sia per gravità clinica, fragilità, comorbilità e disabilità che per quadri atipici di presentazione. Si riscontrano di conseguenza oggettive incertezze e difficoltà a semplificare i percorsi diagnostico-terapeutici. Il riferimento all'*expertise* dei clinici è rilevante altrettanto quanto il ricorso alla medicina basata sulle evidenze. Scienza clinica ed esperienza del medico devono essere complementari e temperate con il *paziente reale*: non è possibile sostituire l'una con l'altra, privilegiando le tecniche di calcolo esplicito, quantitativo e statistico sulla capacità di intuizione e ragionamento clinico. Esperienza, conoscenza, medicina basata sulle prove e buon senso costituiscono quindi elemento fondante della competenza medica. La capacità di saper decidere sul paziente complesso è come *navigare in un oceano di incertezze attraverso arcipelaghi di certezze.*

Information Communication Technology

L'*Information Communication Technology* può rappresentare uno strumento utile per migliorare i processi di cura nei sistemi assistenziali a più elevata complessità. E' di particolare utilità quando ci si trova ad affrontare le patologie più frequenti nei soggetti adulti e/o anziani, in cui la frammentazione della assistenza in vari *setting* di cura aumenta la complessità dei quadri clinici, con il rischio di un peggioramento delle *performance* ed un incremento degli errori e dei costi.

Ragionamento clinico e decision making

Le modalità di ragionamento clinico si riconducono sostanzialmente a due tipi: i) euristico, veloce, intuitivo, induttivo, basato sul riconoscimento (*Pattern recognition; Rule-out worst case; Event driven*), acquisito in gran parte attraverso l'esperienza, e utilizzabile da medici esperti; ii) algoritmico, più lento, razionale, deduttivo, basato su regole esplicite, analitico (utilizzabile da medici meno esperti, funzionale alla didattica). Il ricorso ad un modello di tipo intuitivo o euristico, a razionalità limitata (processo definibile come in parallelo) assicura una rapidità di diagnosi attraverso automatismi e semplici operazioni di associazione. In altri termini nel modello euristico viene enfatizzato il ruolo dell'esperienza e del giudizio soggettivo con il crescere della complessità e dell'incertezza, ma il potere predittivo, così come il rigore scientifico, risultano bassi. Al contrario un sistema analitico, basato su algoritmi e regole (sistema seriale), ancorché meno rapido e con ridotti automatismi, presenta un maggior rigore scientifico ed una ridotta probabilità di errore diagnostico.

Nonostante le diverse variabili addotte per la definizione della competenza clinica è necessario ribadire che la conoscenza, ovvero la cultura medica, è determinante ai fini dei processi decisionali. Tra i fattori che contribuiscono ad una mancata o ritardata diagnosi i fattori cognitivi sono coinvolti nel 99% dei casi. Gli errori diagnostici in Medicina Interna sono per lo più correlati a fattori cognitivi o di sistema; solo una minoranza di errori è definibile come non legata ad una colpa specifica dell'operatore medico (errori commessi dal paziente, presentazione anomala di malattia, ecc.). Gli errori connessi a deficit cognitivi sono da attribuire a scarsa conoscenza del problema, insufficiente raccolta di dati, mancanza di opportuna sintesi, mentre gli errori da attribuire a difetti di sistema sono più spesso collegati a deficit organizzativi o problemi di disponibilità di idoneo materiale sanitario.

I domini generali della competenza professionale in Medicina Interna

Nel 2015 la EFIM (*European Federation of Internal Medicine*) ha definito sei domini principali delle *core*

competencies relative alla gestione del paziente in Medicina Interna: la conoscenza medica, le capacità di comunicazione, gli aspetti tecnico-professionali, i problemi etici e medico-legali, la pianificazione organizzativa ed il management e le attività accademiche. Una proposta di articolazione dettagliata dei contenuti specifici congruenti con tali aree di competenza è riportata nel lavoro citato (www.efim.org). Per quanto riguarda le abilità strumentali specifiche, si richiamano le indicazioni dell'ABIM (*American Board of Internal Medicine*) sulle competenze richieste all'internista (Tabella 1).

Nelle singole realtà operative sarebbe auspicabile poter disporre del *Manuale delle procedure e delle istruzioni operative* e di un *Registro delle procedure effettuate* (utile peraltro ai fini dell'accREDITamento), da cui estrapolare la tipologia e le modalità delle prestazioni effettuate nel reparto, oltre che di dati oggettivi utili a verificare se queste sono state condivise e discusse con i pazienti.

La valutazione della *clinical competence* del medico in Medicina Interna

La complessità della valutazione

La valutazione della *clinical competence* non è una procedura semplice. Sono in gioco i diversi elementi della *docimologia autentica*, per cui la complessità della valutazione deriva dal definire ciò che si deve valutare *esattamente* nel professionista, in rapporto alle caratteristiche intellettuali e ai compiti specifici richiesti. Un'ulteriore complicazione, oltre alla disomogeneità nella definizione di competenza, è rappresentata dalla non semplice elaborazione di strumenti - validati e riproducibili - utili all'*assessment* delle competenze. L'*ambito* della valutazione attiene a tre elementi fondamentali: i) *come* si valuta (test di conoscenza, test di abilità, ecc.); ii) *cosa* si valuta (conoscenze, abilità, ecc.); iii) *chi* valuta (eterovalutazione, autovalutazione, valutazione tra pari). Nella verifica

della competenza è necessario valutare le caratteristiche personali del professionista, in confronto al reale svolgimento dei compiti lavorativi, secondo parametri ottimali predefiniti.

Sarebbe necessario poter utilizzare una pluralità di metodi per identificare le competenze attese, scegliere l'approccio in funzione della mansione e del contesto di riferimento, individuando non solamente le competenze attese, ma graduandone anche la rilevanza. Nella valutazione va considerato sempre il punto di vista dell'organizzazione in cui opera il professionista, la quale richiede soprattutto obiettivi di efficacia operativa e cambiamenti comportamentali e di risultato in termini d'impatto organizzativo aziendale, corrispondenti ai livelli 3 e 4 del consolidato modello di Kirkpatrick (valutazione del cambiamento e dei risultati finali). Il tema della competenza professionale è pertanto di grande interesse per l'organizzazione aziendale, in quanto non solamente utile nella selezione del personale, nella pianificazione della formazione e nella valutazione delle posizioni, ma anche per i sistemi retributivi e premianti e per la definizione dei compiti da svolgere (*privilegi*).

Gli strumenti di valutazione della competenza clinica

In ambito clinico diversi sono i metodi e gli strumenti proposti per la valutazione della competenza professionale (Tabella 2). Nella maggior parte dei casi, si misurano le prestazioni in base alle modalità di lavoro, ovvero in riferimento al *processo*. Misurare in base agli esiti di cura o al volume delle attività è più difficile e problematico.

Il progetto FADOI BOCCONI, utilizzando una metodica scientifica, ha individuato tre items fondamentali per valutare il sapere, il saper fare e il saper essere (Tabella 3).

Il book

Nel predisporre il book con i questionari a risposte multiple, che sono randomizzate ed con una

Tabella 1. Alcune delle procedure in cui il medico internista deve essere competente (secondo l'*American Board of Internal Medicine*).

	Sapere Indicazioni e controindicazioni	Manipolazione dei campioni	Interpretazione dei risultati	Consenso informato	Esecuzione procedura
Paracentesi	X	X	X	X	
ACLS					X
CVC	X	X		X	
Artrocentesi	X	X	X	X	
Catetere arterioso					
Prelievo venoso	X	X	X		X
Prelievo arterioso	X	X	X	X	X
Puntura lombare	X	X	X	X	
Toracentesi	X	X	X	X	

graduazione di difficoltà differenti, abbiamo tenuto conto del passaggio dai Trials Clinici Randomizzati (RCT) al real world. In termini semplici ci siamo sforzati ad evidenziare un passaggio dal sapere dello studioso alle competenze di un professionista. La filosofia alla base del confezionamento delle domande si basa su tre assi: i) regole ben definite; ii) quesiti semplici, espressi in modo chiaro, con distrattori plausibili; iii) scenario complesso.¹⁸

In quest'ottica abbiamo voluto sottolineare un ragionamento multilogico, una valutazione delle patologie in rapporto alle comorbidità e al disease clustering. Tutto in un'ottica non più solo di linee guida come paradigma, ma come punto di partenza per un ragionamento più organico e multidimensionale.

Ci siamo sforzati ad evitare alcuni difetti delle risposte a questionari multipli e complessi. Soprattutto per evitare il rischio di non distinguere il preparato dal non preparato, o essere un elenco di domande da studiare in maniera mnemonica.

Infatti abbiamo puntato su scenari di pazienti veri complessi e polipatologici del real world aumentando così la reale possibilità di distinguere il professionista competente.

Caso clinico reale

Tra gli strumenti impiegati nella valutazione della *clinical competence*, e del regolare sviluppo dei processi e sotto-processi assistenziali ad essa correlati,

può essere preso in considerazione per la sua validità il cosiddetto *blueprint assessment* (da *blueprint*: schema, progetto, piano, programma, struttura, piano d'azione, cianografia). Questo costituisce un metodo di approccio valutativo molto dettagliato, per il quale si chiede un'esecuzione assolutamente fedele. Il *blu* del termine si riferisce al colore delle vecchie cianografie usate per fare copie dei progetti ingegneristici mandate nei cantieri. Un esempio applicativo del *blueprint assessment* è quello proposto per la Medicina Interna, fra le altre discipline specialistiche, dal JRCPTB (Joint Royal College of Physicians Training Board), cui si rimanda.

Utilizzando questo tipo di approccio il secondo item della valutazione delle competenze, nella stessa ottica del real world, su un caso clinico vero complesso, dove si è cercato di valutare il ragionamento clinico del saper fare, sia dal punto di vista della diagnosi, delle procedure delle richieste di esami, di terapia e di prognosi. La valutazione di queste competenze, con l'utilizzo originale di un software, che permette di inserire un caso clinico reale, senza alcuna modifica con tutta la sua complessità. In sostanza il *blueprint* definisce il risultato che si desidera ottenere con le azioni che è necessario porre in essere (come dire: *va fatto esattamente così*), per realizzare il prodotto voluto in un processo di assistenza ottimizzato.

A partire dalla corretta analisi dell'anamnesi e di conseguenza di tutto il ragionamento clinico che porta alla prescrizione di esami fino all'ipotesi diagnostica,

Tabella 2. Alcune modalità di valutazione delle competenze professionali.

Valutazione delle conoscenze: test scritti	Valutazione sul campo da parte di un supervisore
Quiz a risposta multipla	Risoluzione e discussione di casi clinici
Temi scritti	Revisione di ricerche
Autovalutazione mediante check-list o questionari	Revisione di eventi critici
	Osservazione diretta o con videoregistrazione nell'esecuzione di procedure
	Gioco di ruolo
	Osservazione bed-side
Valutazione delle abilità: prove pratiche	
OSCE (Esame clinico strutturato e obiettivo)	
PACES (Esame clinico obiettivo e abilità relazionale)	
DOPS (Osservazione diretta delle competenze procedurali)	
Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise)	

Tabella 3. Items di valutazione individuati dal Progetto FADOI-BOCCONI.

Competenza cognitiva (sapere)	Competenza funzionale e gestuale (saper fare)	Competenza personale e relazionale (saper essere)
Elencare	Eseguire	Informare
Descrivere	Praticare	Spiegare
Definire	Somministrare	Far riflettere
Interpretare	Applicare	Incoraggiare
Scegliere	Regolare	Rassicurare
	Misurare	Motivare

alla richiesta di esami strumentali, all'impostazione della terapia, alla gestione delle complicanze.

Come loro sanno spesso il paziente reale è così complesso che non potrà beneficiare da una linea guida. Negli snodi decisionali più complessi ed in assenza di linee guida è stato effettuato, secondo la metodica scientifica (RAND) che prevede il parere degli esperti, una votazione sulla correttezza di quanto effettuato, in maniera tale da essere sicuri sul percorso decisionale, che porta poi all'impostazione diagnostica e terapeutica ed alla valutazione della correttezza del ragionamento clinico.

Video registrazione di una procedura

Il saper essere e saper fare, trova una risposta nella valutazione diretta delle competenze, (presenza del valutatore mentre il valutato esegue il compito) o come la letteratura recente ha dimostrato in termini di evidenze scientifiche che la video registrazione di una visita della sottomissione di un consenso informato o l'esecuzione di una tecnica diagnostica o terapeutica sono equiparabili dal punto di vista scientifico e valutativo.

In ambito della Medicina Interna abbiamo scelto delle procedure che tutti gli Internisti devono saper eseguire secondo i principi della qualità e competenza professionale. La scelta è ricaduta su: i) toracentesi; ii) paracentesi.

Le due procedure devono necessariamente essere presenti nella cultura medico scientifica e tecnica del Medico Internista e lo schema per la registrazione necessita di vari step per una verifica della qualità del rapporto medico paziente e in una qualità delle capacità tecniche di esecuzione della procedura, la preparazione del paziente, la somministrazione del consenso informato, la creazione del campo di intervento, la gestione in sterilità per evitare infezioni, le metodiche ecografiche per definire il punto preciso di intervento, la modalità di tecnica procedurale, la pianificazione degli esami bioumorali, citofluorimetrici, anatomo-patologici e dibiologia molecolare.

Il riferimento standard delle modalità tecniche di procedere si riferiscono ai video del New England Journal of Medicine, ed all'esperienza tecnica del board che ha lavorato per molti anni sui criteri per valutare le competenze mediche del medico internista.

Abbiamo scelto questo tipo di valutazione dei processi assistenziali con i tre metodi descritti perché costituisce in modo obbiettivamente una tecnica che inoltre *presenta i maggiori vantaggi ai fini della valutazione della competenza professionale. Esso infatti include la valutazione sia dei processi generali (approccio al malato, capacità decisionale, razionalità, conoscenza, saper fare, relazionalità e comunicazione con i malati, i parenti e il personale che opera nei reparti, capacità diagnostiche, prognostiche e terapeutiche, consulenze specialistiche, prevenzione, riabilitazione, rapporti con il territorio, ecc), sia di*

processi specifici, orientati sulla singola situazione clinica e sul singolo paziente, valutato nella sua complessità, criticità e priorità di decisioni.

Questo progetto rappresenta pertanto un primo importante passo nella definizione di un nuovo ruolo delle Società Scientifiche, quali promotrici dello sviluppo e del monitoraggio continuo della professionalità individuale del medico.

Bibliografia

1. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med: S63-67.1990.
2. McKinley RK et al. Model for directly assessing and improving competence and performance in revalidation of clinicians. BMJ 322:712-715. 2001.
3. Norcini JJ. ABC of learning and teaching in medicine: work based assessment. BMJ 326:753-755. 2003.
4. Nozzoli C and Mazzone A. Introduction to clinical competence. Italian Journal of Medicine 5:3-4. 2011.
5. Mazzone A et al. La clinical competence. Italian Journal of Medicine (2011) 5S, S2
6. European board of Internal Medicine. Training requirements for the Specialty of Internal Medicine. Brussels Feb 22, 2016.
7. Gallagher TH et al. Internists' attitudes about assessing and maintaining Clinical Competence. J Gen Intern Med. 2014 Apr; 29(4):608-614.
8. McKinley DW. Capsule commentary on Gallagher et al., Internists' attitudes about assessing and maintaining clinical competence. J Gen Intern Med 2014; 29 (4):649.
9. Lang VJ et al. The evolving role of online virtual patients in internal medicine clerkship education nationally. Academic Medicine 88(11); 1713-8. 2013
10. Edelbring S et al. Integrating virtual patients into courses: follow-up seminars and perceived benefit. Medical Education 46(4):417-425. 2012
11. Bateman J et al. Virtual patient design: exploring what works and why. A grounded theory study. Medical Education 47(6):595-606. 2013.
12. Klemenc-Ketis Z and Kersnik J. New virtual case-based assessment method for decision making in undergraduate students: a scale development and validation. BMC medical education 13:160. 2013.
13. Stefani I and Mazzone A. The Hospitalist. It J Med 6;371-378. 2015
14. Mazzone A et al. Clinical Governance and clinical competence to support new scenarios and role of internal medicine. It J Med 10;92-95. 2015.
15. Bertuzzi F et al. Teleconsultation in type 1 diabetes mellitus (TELEDIABE). Acta Diabetologica 55(2):185-192. 2018.
16. Mazzone A. iPhone® or smartphone support diagnosis in internal medicine. It J Med 9 (2);93-94. 2015.
17. Stefani I and Mazzone A. Certificated clinical competences are required for Internist career, not only impact factor score. It J Med 9(4);303-4. 2015.
18. Tangianu F, Mazzone A, Berti F et al. Multiple choice questions as one of the assessment tools of clinical competence. Intern Med 2018 (in press).

Hospitalist: *SWOT analysis*

Micaela La Regina,¹ Francesco Orlandini,² Valerio Verdiani³

¹SS Risk Management, ASL5 Liguria, La Spezia; ²Direzione Sanitaria Aziendale, ASL4 Liguria, Chiavari (GE); ³SC Medicina Interna, ASL Toscana Sudest, Grosseto, Italia

Riassunto

Valutare a priori i punti di forza o debolezza, le opportunità e i rischi di un progetto è di fondamentale importanza per il successo dello stesso. Lo strumento di pianificazione strategica che consente di perseguire tale scopo si chiama SWOT analisi. Il presente lavoro presenta l'analisi SWOT relativa all'introduzione del modello organizzativo basato su un medico ospedaliero di riferimento per ogni paziente, denominato hospitalist, nel sistema sanitario italiano.

I punti di forza di tale modello sono numerosi e validi, ma occorre prestare attenzione soprattutto ai punti di debolezza e ai rischi per modificare opportunamente la strategia di implementazione.

Introduzione

L'analisi SWOT è uno strumento di pianificazione strategica. Viene utilizzato per una valutazione preliminare della fattibilità di un progetto. Consiste nell'esaminare pro e contro, valutando i punti di forza (*Strengths*), le debolezze (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e i rischi (*Threats*). L'analisi include la valutazione sia dell'ambiente interno (punti di forza e di debolezza) che esterno (minacce ed opportunità). Partendo dalla combinazione di queste valutazioni, si definiscono le azioni da intraprendere per la realizzazione del progetto. Se l'analisi SWOT è negativa, si modifica il progetto e si ripete l'analisi. Se invece ha un esito positivo, allora le valutazioni in essa contenute diventano input per la generazione di strategie creative, utilizzando le seguenti domande:

- *Come possiamo utilizzare e sfruttare ogni punto di forza?*
- *Come possiamo migliorare ogni punto di debolezza?*
- *Come si può sfruttare e beneficiare di ogni opportunità?*
- *Come possiamo ridurre ciascuna delle minacce?*

L'obiettivo del nostro lavoro, è valutare la fattibilità del nostro progetto di introdurre negli ospedali la figura dell'Hospitalist fin qui delineata. La SWOT analisi rappresenta indubbiamente uno strumento utile per pianificare una strategia di introduzione di successo.¹⁻³

Metodi

Abbiamo costituito un team multidisciplinare costituito da un direttore di una UO di medicina interna, un direttore sanitario e un dirigente medico di risk management per allargare la gamma delle prospettive. Ciascuno ha compilato una matrice SWOT. Le 3 matrici sono state confrontate fra di loro ed è stata prodotta una matrice finale di consenso.

SWOT analysis sull'introduzione della figura dell'Hospitalist nell'attuale organizzazione ospedaliera

Punti di forza

Considerando punti di forza quelle caratteristiche del progetto che migliorano l'organizzazione ospedaliera attuale, abbiamo individuato i seguenti: i) erogazione di cure appropriate e personalizzate: l'hospitalist possiede competenze cliniche ampie, un approccio al paziente globale (non solo sanitario) e strumenti per una lettura critica delle evidenze. Il risultato è una scelta diagnostica o terapeutica i cui benefici superano i rischi in un determinato paziente con la sua età, le sue comorbidità, il suo stato funzionale, la sua qualità di vita e le sue problematiche sociali; ii) erogazione di cure coordinate: l'hospitalist nasce come coordinatore delle cure dei pazienti poli-patologici ricoverati in ospedale. Riceve infatti una formazione sulla leader-

Corrispondente: Micaela La Regina, SS Risk Management, ASL5 Liguria, La Spezia, Italia
E-mail: micaela.laregina@asl5.liguria.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. La Regina et al., 2018
Licensee PAGEPress, Italy
QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):51-54

ship e sul lavoro in team che tuttavia non termina alla porta dell'ospedale; iii) stretta relazione medico-paziente: l'hospitalist rappresenta il medico di riferimento di un gruppo di pazienti durante il ricovero. Di essi si preoccuperà di ricostruire approfonditamente la storia clinica e le problematiche sociali al fine di effettuare poi delle scelte appropriate e personalizzate. L'affidamento è formalizzato in cartella clinica e comunicato al paziente e ai suoi familiari così che sappiano con sicurezza a chi rivolgersi per qualsiasi necessità; iv) continuità di cura in ospedale e dopo la dimissione: l'hospitalist è pensato come il medico ospedaliero di fiducia del paziente. Come tale lo prende in carico all'ingresso in ospedale, lo accompagna in tutto il percorso di diagnosi e cura, condividendo con lui ogni scelta e lo consegna al medico curante al termine. La sua funzione non si limita alle mura dell'ospedale, l'hospitalist, nel caso dei pazienti più complessi, può continuare a prendersi cura di essi anche dopo la dimissione, negli ambulatori di continuità assistenziale, su richiesta del medico curante; v) possesso di competenze gestionali (es. utilizzo corrente di strumenti di clinical governance): grazie ad esse l'hospitalist è in grado di organizzare il proprio lavoro in maniera efficace ed efficiente, di prendere decisioni evidence-based e appropriate, di prevenire i ri-ricoveri e utilizzare razionalmente le risorse; vi) presenza di internisti in ogni ospedale: per formazione l'internista è fra le figure professionali tradizionali quella più vicina all'hospitalist e ogni ospedale ha un reparto di medicina interna da cui potrebbe iniziare l'introduzione dell'hospitalist; vii) ogni specialista può diventare hospitalist: se è vero che l'internista è la figura più vicina all'hospitalist, è anche vero che molti medici specialisti in branche affini alla medicina interna, dopo adeguata formazione post-universitaria, possono diventare hospitalist, acquisendo la competenza nella gestione del paziente complesso; viii) esperienze positive in altri Paesi: il modello hospitalist americano, pur con premesse e caratteristiche diverse dal nostro, rappresenta un modello di successo se si pensa che la specialità in Hospital Medicine è considerata la specialità a più rapida crescita nella storia della medicina. Anche il future hospital program inglese che prevede un medico ospedaliero (generalmente internista) di riferimento per un gruppo di pazienti ha dimostrato un buon impatto sulla qualità delle cure e sulla soddisfazione dei pazienti.

Punti di debolezza

Il grande contenuto di innovazione della figura dell'hospitalist potrebbe essere il maggior punto di debolezza, se non adeguatamente gestito. Di fatto, per poter sfruttare appieno le potenzialità dell'hospitalist (modello organizzativo trasversale completo) è necessario rivedere completamente l'organizzazione ospedaliera attuale, superando la divisione dei posti letto per specialità e creando equipe multidisciplinari e multiprofessionali, a seconda delle necessità clinico-assistenziali del paziente.

Il secondo punto di debolezza è l'attribuzione all'hospitalist del ruolo di coordinatore di altri specialisti. Finora maggiore era il grado di specializzazione, maggiore l'autorità. Riconoscere tale ruolo all'hospitalist potrebbe, a prima vista, sembrare un'inversione di tendenza, ma di fatto non lo è, se si considera che l'hospitalist ha una *super-specializzazione* in tal senso.

Per realizzare la continuità di cure in ospedale è necessario rivedere la turnistica utilizzata nella maggioranza degli ospedali, dove la continuità è assicurata al massimo dalla stessa mini equipe (2-3 medici che si alternano nella cura dello stesso gruppo di pazienti), ma non dallo stesso medico.

Infine la gestione di un gruppo di pazienti da parte di un solo medico, potrebbe essere un limite legato alla mancanza di confronto con altri professionisti per la condivisione dell'iter diagnostico e terapeutico. Diventa essenziale strutturare un momento di briefing con altri hospitalist per confronto e condivisione con la partecipazione di tutta la mini equipe multi-professionale.

L'hospitalist così come è stato descritto sopra offrirebbe due grandi opportunità alle organizzazioni ospedaliere: i) superare gli attuali limiti: la frammentazione dell'episodio di ricovero in molteplici interventi specialistici, la mancanza di un medico di riferimento durante l'ospedalizzazione, l'aumento della produzione di diagnosi, di richieste di tests, delle prescrizioni di farmaci e dei costi; ii) migliorare l'esperienza di cura dei pazienti polipatologici attraverso la presenza di un riferimento costante e continuo durante il ricovero e, se necessario, anche dopo; iii) favorire la sostenibilità di un sistema sanitario pubblico universalistico come il nostro. L'appropriatezza diagnostica e prescrittiva, la contestualizzazione degli interventi nello specifico paziente, la coordinazione degli interventi specialistici sono tutte competenze di cui l'hospitalist è dotato e sui cui i decisori dovrebbero investire.

Opportunità

Rischi

Le minacce maggiori potrebbero giungere dagli altri specialisti, soprattutto dagli specialisti d'organo di area medica. All'interno delle equipe multidisciplinari, coordinate dall'hospitalist, potrebbero sentirsi limitati nella loro autonomia. La scomparsa della suddivisione in reparti specialistici potrebbe essere vissuta come uno *svilimento*. E' necessario trovare delle leve per evitare questi rischi, quale ad esempio

la possibilità per lo specialista d'organo di dedicarsi alla pratica subspecialistica: procedure, diagnosi particolarmente difficili, pazienti refrattari.

Altro ostacolo all'organizzazione ospedaliera basata sull'hospitalist potrebbe essere la normativa dell'Unione Europea sull'obbligo del riposo di 11 ore fra due turni consecutivi. Questa impedisce all'hospitalist di lavorare come negli USA 12 ore al giorno, ma già assicurare la presenza dello stesso medico per 6-8 ore al mattino 7 giorni la settimana rappresenta un miglioramento della continuità rispetto all'attuale.

Da ultimo, i decisori, troppo spesso privi di competenze in ambito sanitario o con competenze settoriali, potrebbero non comprendere le opportunità offerte dall'hospitalist, in termini di appropriatezza delle scelte diagnostico-terapeutiche, soddisfazione dei pazienti e sostenibilità del sistema.

Considerazioni e conclusioni

L'analisi (riassunta in Figura 1) mostra chiaramente quali sono i punti di forza del modello hospitalist, calato nella realtà italiana. Si stima che nei prossimi decenni la popolazione ultrasessantacinquenne raddoppierà e gli ultrasessantacinquenni diventeranno un terzo dell'intera popolazione italiana. L'invecchiamento comporterà inevitabilmente l'aumento dei pazienti fragili e affetti da comorbidità. La suddivisione della casistica sulla base della patologia d'organo apparirà per lo più superata. L'hospitalist, grazie alla sua visione olistica, potrà garantire l'attenzione verso le priorità e i reali bisogni del paziente, evitando procedure inutili, ripetizioni di esami, sovraprescrizione di farmaci. Coordinando gli eventuali interventi multidisciplinari e/o multiprofessionali,

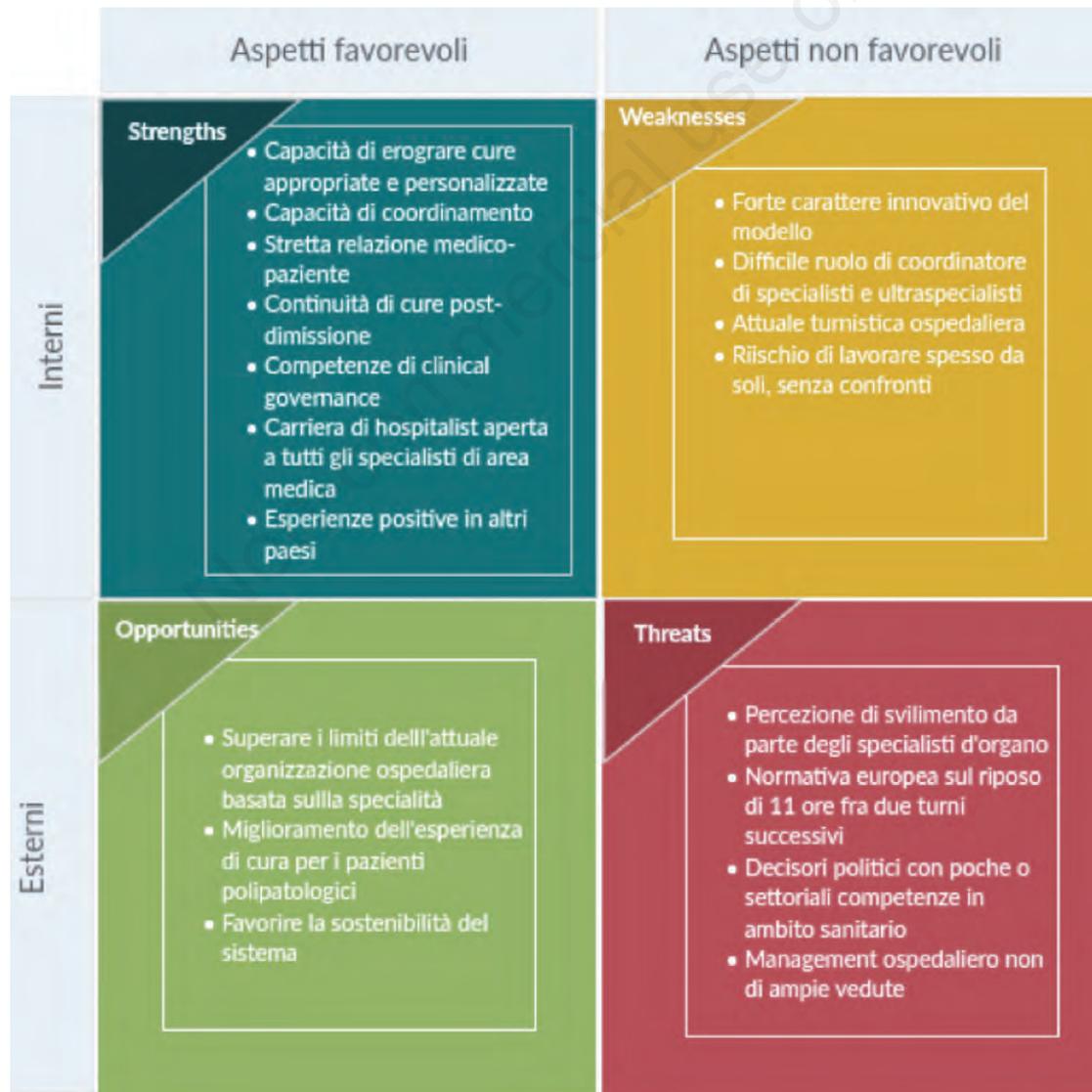


Figura 1. Hospitalist: analisi SWOT.

ridurrà la frammentazione delle cure e riuscirà a dare finalmente un punto di riferimento fisso e continuo al paziente ricoverato in ospedale. La stessa sostenibilità del sistema richiederà una migliore gestione delle risorse, che difficilmente potrà essere realizzata con la visione specialistica o ultra-specialistica d'organo, intenta più all'utilizzo delle tecnologie a disposizione che alla loro razionalizzazione.

Certamente, proprio la riformulazione di ruoli e attività degli specialisti d'organo potrà rappresentare una difficoltà nell'implementazione del modello hospitalist. Ci vuole una visione a lungo raggio e probabilmente degli step intermedi. L'hospitalist non sostituisce lo specialista d'organo, ma collabora con esso in un'ottica di co-management. Liberare lo specialista d'organo dalla presa in carico complessiva di un paziente con multi-morbilità consentirebbe maggior tempo da dedicare alla pura funzione specialistica, in particolare all'attività strumentale di competenza. La figura del *consultant* (quale può essere lo specialista d'organo) non è secondaria, ma parte integrante del modello hospitalist.

Ciò che emerge dalla *SWOT analysis* è la grande opportunità che il modello hospitalist offre per superare i limiti dell'attuale gestione del paziente ospedalizzato

e favorire la sostenibilità del sistema. Ridurre la frammentazione della *care* e dare al paziente una figura professionale in grado di essere il suo reale punto di riferimento per tutta la degenza, capace di accogliere le sue esigenze, non solo cliniche, e le sue aspettative, facilitante la continuità di cura raccordandosi con il medico di medicina generale, significa veramente mettere al centro il paziente e non solo la sua patologia prevalente. Le stime riguardanti il futuro della nostra popolazione indurranno i decisori a scelte impegnative in campo socio-sanitario ed il modello hospitalist si offre (come dimostrato in altri Paesi) come un modello in grado di ridurre i costi, senza peggioramento della qualità e della soddisfazione dell'utente.

Bibliografia

1. Armstrong. M. A handbook of Human Resource Management Practice (10th edition) 2006, Kogan Page, London ISBN 0-7494-4631-5.
2. Armstrong.M Management Processes and Functions, 1996, London CIPD ISBN 0-85292-438-0.
3. Palabindala V, Abdul Salim S, Era of hospitalists. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2018 Feb 6;8(1):16-20.

Considerazioni conclusive sulla figura dell'*Hospitalist*

Dario Manfellotto

UOC di Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma, Italia

Mai come in questa occasione, per questo numero dei Quaderni FADOI dedicato alla figura dell'*Hospitalist*, le conclusioni non concludono e le parole finali non segnano la fine del lavoro. Anzi, al contrario, i lavori pubblicati in questo quaderno, a partire dalla sagge e complete parole introduttive del Presidente Fontanella, aprono la strada, segnando una traiettoria destinata ad improntare la Medicina Interna e la Sanità italiana per i prossimi anni.

L'articolo di Francesco Orlandini, Micaela La Regina, Valerio Verdiani (e di chi scrive) sulla *La nuova figura professionale Italiana: profilo, attività e modelli organizzativi*, partendo dall'attuale crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici, dovuta principalmente alle mutate caratteristiche biosociali dei pazienti e alla iperspecializzazione in medicina, delinea le competenze e le attività di una nuova figura medica, per l'appunto l'*hospitalist*, necessaria per superare l'attuale frammentazione delle cure erogate ai pazienti acuti polipatologici.

La prima considerazione è di tipo semantico. Il nome *Hospitalist* è mutuato dalla esperienza americana, perché tale super-specialista svolge in ospedale la sua attività professionale. Ma la definizione non è soltanto formale ma sostanziale, e va a definire complessivamente le caratteristiche professionali. Infatti, profilo e attività variano a seconda del contesto. Per tale motivo, la figura dell'*Hospitalist* in Italia dovrà svilupparsi con caratteristiche del tutto peculiari del nostro contesto socio-sanitario.

Hospitalist è l'evoluzione dell'Internista ospedaliero, giovane o esperto, che condivide il ruolo centrale della Medicina interna negli ospedali e utilizza strumenti di governo clinico e tecnologie per gestire,

in équipe multidisciplinari, i pazienti complessi per polipatologia e fragilità.

Così vengono proposti tre possibili modelli organizzativi ospedalieri basati su tale figura professionale, ma si tratta di scenari tuttora in fase di ipotesi e di elaborazione teorica. Ogni istituzione e organizzazione dovrebbero scegliere quello più opportuno e idoneo, in rapporto alle proprie esigenze, considerando anche la possibilità di modificarli o integrarli fra loro.

Nell'analisi del processo di creazione della nuova figura professionale, Micaela La Regina, Francesco Orlandini e Valerio Verdiani hanno realizzato una *SWOT analysis* della figura dell'*Hospitalist*, esaminando i pro e contro, valutando i punti di forza (*Strengths*), le debolezze (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e i rischi (*Threats*).

Ne risulta la grande opportunità che il modello *hospitalist* offre per superare i limiti dell'attuale gestione del paziente ospedalizzato e favorire la sostenibilità del sistema, per dare al paziente una figura professionale in grado di essere il suo reale punto di riferimento per tutta la degenza, capace di accogliere le sue esigenze, non solo cliniche, e le sue aspettative, facilitando la continuità di cura in collaborazione con il medico di medicina generale.

Alla luce di quello che potrà accadere nel futuro della nostra Società, saranno probabilmente necessarie scelte impegnative in campo socio-sanitario ed il modello *hospitalist* appare in grado di ridurre i costi, senza peggioramento della qualità e della soddisfazione dell'utente. Lucia Marchionni, Mauro Campanini, Carlo Nozzoli e Antonino Mazzone si sono posti e pongono a tutti noi il problema della valutazione e quindi della *certificazione*, con una metodologia che presenti i maggiori vantaggi ai fini della valutazione della competenza professionale. Questa deve prevedere l'analisi sia di processi generali (approccio al malato, capacità decisionale, razionalità, conoscenza, saper fare, relazionalità e comunicazione con i malati, i parenti e il personale che opera nei reparti, capacità diagnostiche, prognostiche e terapeutiche, consulenze specialistiche, prevenzione, riabilitazione, rapporti con il territorio, ecc.), sia di processi specifici, orientati sulla singola situazione clinica e sul singolo paziente, valutato nella sua complessità, criticità e priorità di decisioni. Valutare la competenza del medico moderno

Corrispondente: Dario Manfellotto, UOC di Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma, Italia.
E-mail: dario.manfellotto@afar.it

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright D. Manfellotto, 2018
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2018; 6(3):55-57

è diventato difficile per la figura del medico attuale, alla luce della continua evoluzione professionale, ed a maggior ragione nella definizione e nell'analisi delle competenze di una figura professionali del tutto nuova ed originale.

Il Master voluto da FADOI sulla formazione dell'*Hospitalist*, come ricorda Giovanni Murialdo nell'articolo intitolato *Il percorso formativo*, ha come obiettivo la formazione post-universitaria dell'*hospitalist*, inteso come figura clinica in grado di gestire équipe multidisciplinari impegnate nella cura ospedaliera del malato acuto polipatologico, partendo dal core curriculum dell'*hospitalist* del sistema sanitario statunitense ed adattandolo alla nostra realtà.

Tale professionista dovrà acquisire competenze ed abilità, che gli consentano di disegnare percorsi per l'accesso appropriato in ospedale, la gestione intraospedaliera del malato complesso e la continuità assistenziale territoriale.

E infatti Roberto Nardi, Giovanni Mathieu e Micaela La Regina, ci hanno ricordato quale sia il *Profilo biosociale del paziente ospedalizzato del XXI secolo*, con una analisi precisa, aggiornata e puntuale dei dati demografici, che non mostrano soltanto l'invecchiamento della popolazione, ma il cosiddetto *longevity shock*, che ha comportato un considerevole aumento della speranza di vita ed un cospicuo incremento demografico delle persone che raggiungono un'età molto avanzata (i cosiddetti *long survivors*). Si è verificato anche e soprattutto un cambiamento della nosologia dei pazienti che afferiscono al Servizio Sanitario Nazionale, con prevalenza di malattie cronico-degenerative, alcune delle quali invalidanti. Queste mutate caratteristiche del paziente ospedalizzato hanno portato l'internista a dispiegare un variegato ventaglio di competenze che vanno dall'assistenza al paziente *critico*, al reinserimento sul territorio del paziente fragile e vulnerabile, dai percorsi assistenziali complessi in regime di *day service* alla continuità ospedale-territorio. La medicina oggi non può più dedicarsi alla sola gestione dei pazienti acuti, dovendo di fatto supportare un universo di malati cronici, ad elevato rischio di riacutizzazione e di aggravamento.

La situazione italiana non è diversa da quelle degli altri Paesi occidentali industrializzati, come gli USA, nei quali il movimento degli *Hospitalist* ha avuto origine.

Ce lo ha ricordato con la propria interessante storia personale Mario Affinati, nel suo articolo *On Being a Hospitalist*, descrivendo l'*Hospitalist*, che ha visto nascere e svilupparsi rapidamente, come uno specialista in medicina per acuti e l'ospedale come un sistema in cui convengono gli obiettivi e le aspettative di tutte le figure coinvolte nel sistema sanitario, pazienti, medici, amministratori, governo e sistema assicurativo.

Francesco Orlandini ha invece analizzato il modello inglese, quello del *Future hospital program*, nato

nel 2013, quando il *Royal College of Physicians* ha dato vita ad un interessante programma di riorganizzazione dell'assistenza ospedale-territorio.

Il programma, dal titolo *Future Hospital: Caring for medical patients*, è descritto in un corposo documento che affronta numerose tematiche che vanno dagli standard di personale, ai rapporti con i pazienti, dagli obiettivi di cura alla buona pratica clinica, all'opportunità di scelte in funzione delle risorse economiche. Su tali premesse comincia a delinearci la figura di un medico che debba avere una competenza comprensiva di competenze specialistiche, adeguate all'intensità di cura, competenze nel coordinamento delle cure a pazienti complessi e con comorbidità. Appare chiaro come la specializzazione più adeguata per raggiungere tale mix di competenze necessarie risulti quella in Medicina interna.

Alla situazione italiana ha dedicato il suo articolo Filomena Pietrantonio su *La figura dell'Hospitalist in Italia, Analisi dei modelli esistenti: Acute Complex Care Model (ACCM)*.

Questo modello *strategico* rappresenta la controparte ospedaliera del *Chronic Care Model* e in maniera simile è volto a assicurare una cura efficace ed efficiente ai pazienti complessi e polipatologici al momento del ricovero in ospedale per patologie in fase acuta. La popolazione target è rappresentata dai pazienti acuti complessi polipatologici ricoverati in ospedale e che richiedono elevate risorse tecnologiche per essere adeguatamente trattati. La *mission* è di migliorare la gestione dei ricoveri in area medica attraverso percorsi intraospedalieri predefiniti e di modellizzare un approccio globale, multidisciplinare e centrato sul paziente.

Questo modello ha l'ambizione di colmare finalmente il vuoto nella gestione ospedaliera dei pazienti curati sul territorio e rappresenta un perfetto *continuum* di cura tra territorio e ospedale.

Dall'analisi alla proposta di modelli prende lo spunto Mauro Silingardi domandandosi *C'è bisogno di una nuova figura professionale?*

Nell'attuale contesto epidemiologico la Medicina Interna è la sola specialità che, di fronte a un qualsiasi problema clinico, non possa dire *non è di mia competenza*. Ne deriva che l'Internista è quello che più di tutti sperimenta e deve essere pronto a questo cambio di paradigma. Nello stesso tempo l'*Hospitalist* ben si adatta all'attuale mutato profilo epidemiologico ospedaliero (soggetti anziani/fragili/complessi), rimarcando la necessità della figura dell'Internista come professionista in grado di realizzare una vera presa in carico di questi pazienti. Tutto questo presuppone necessariamente l'acquisizione di competenze nuove e finora assenti nel percorso formativo universitario del medico: capacità di comunicazione (forse la più importante), di educare, di comprendere i bisogni emo-

zionali/sociali del paziente, di capire e imparare dagli errori commessi.

Valerio Verdiani ha avuto il merito di presentare un'*Analisi dei modelli esistenti*, partendo dalla storia del movimento degli *hospitalist*, da quando nel 1996 sul *New England Journal Medicine* comparve per la prima volta in letteratura questo termine. Furono gli autori Robert Wachter e Lee Goldman a definire l'*hospitalist* come *specialist in inpatient medicine*, responsabile della gestione della *care* del paziente ospedalizzato. In un primo momento si ritenne sufficiente che l'*hospitalist* dedicatesse solo una parte del suo tempo lavorativo all'ospedale, ma ben presto si raggiunse la convinzione che, per esercitare al meglio la sua funzione, vi dovesse dedicare gran parte o l'intero suo tempo lavorativo.

Non esiste al momento una specifica scuola di specializzazione in *Hospital Medicine*. Negli USA oltre l'80% degli *hospitalist* sono internisti. Verdiani ha il merito di avere descritto anche una giornata tipo dell'*hospitalist*, di entrare nel merito di questioni pratiche organizzative come la turistica, la distinzione dei ruoli, l'organizzazione del lavoro quotidiano. In molti ospedali l'attività dell'*hospitalist* non riguarda la sola *care* dei pazienti, bensì include formazione, insegnamento, ricerca. Molti *hospitalist* partecipano ad attività riguardanti il miglioramento della qualità e la riduzione

degli errori, e spesso hanno un ruolo determinante nel redigere linee guida cliniche per l'ospedale.

Questo Quaderno FADOI rappresenta una pietra miliare nella Medicina Interna e nella organizzazione della Sanità moderna, perché pone le basi per una ridefinizione del sistema e della figura del medico internista.

Nel Quaderno il lettore ha seguito un iter, passando dall'analisi della situazione esistente, alle nuove competenze, alla necessità di una nuova formazione e quindi a originali, moderni programmi di verifica e valutazione, a nuovi modelli organizzativi e a nuove figure professionali, come quelle che vuole disegnare ed aiutare a creare il Master FADOI in *Hospitalist. Il governo della complessità in Medicina Interna Ospedaliera*.

La FADOI ha incominciato un nuovo percorso, un lungo viaggio che vedrà gli internisti più giovani in un processo di evoluzione professionale di grande rilievo. Vedrà d'altra parte i più anziani e maturi mettere la loro esperienza al servizio della formazione di professionisti moderni che sappiano apprendere dal passato e crescere nel futuro. Internisti veri che mantengano l'alta conoscenza del metodo clinico e del rigore scientifico, ma non dimentichino mai, anzi imparino sempre meglio, a saper coniugare *carità antica con mezzi modernissimi*, all'insegna di quell'umanesimo che la figura dell'internista ha sempre incarnato.

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*.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell'*Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica.

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, corredati 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, Pfaffler 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

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

PUBBLICATO DA

PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani 5
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.464340
F. +39.0382.34872



www.pagepress.org
info@pagepress.org

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 A. Cavagna Sangiuliani 5 - 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.

Editore: PAGEPress srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5,
27100 Pavia, Italy
www.pagepress.org

Publicato: aprile 2018.