
Quale è il ruolo dell'internista nella organizzazione degli ospedali moderni?

Moderatori: U. Recine, D. Terracina

Presentazione dott.ssa Laura Gasbarrone. Vi do il benvenuto a questa seduta della Accademia Lancisiana, che come avete visto dal programma ha una organizzazione un po' diversa dal solito: parliamo di una Tavola rotonda aperta alla discussione, un po' sulla falsariga di quella tenutasi lo scorso anno sulla "Organizzazione per intensità di cure". Questo argomento vuole ripartire dal tema già trattato l'anno scorso, parlando del "Ruolo della Medicina Interna nella organizzazione dell'ospedale moderno". L'argomento è molto caldo, sentirete poi perché, ci è stato proposto dal dott. Umberto Recine, Direttore della U.O.C. di Medicina Interna dell'ospedale Santo Spirito e nostro Accademico, a cui cedo volentieri la parola per la conduzione della Tavola rotonda insieme al suo comoderatore dott. David Terracina, Direttore della Medicina Interna dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma.

Dott. Umberto Recine. Ringrazio tutti gli intervenuti e i relatori di questa serata. Discuteremo insieme di Medicina Interna e di quello che è il suo ruolo, passato, presente e soprattutto futuro. Iniziamo con alcune riflessioni.

1. Perché il cambiamento della Medicina Interna? Dobbiamo cambiare in relazione al cambiamento dell'utenza, alle innovazioni tecnologiche, al cambiamento dei ruoli all'interno delle equipe sanitarie, medici e infermieri hanno un rapporto ben diverso dal passato, e questo deve essere favorito; il territorio guadagna sempre più terreno rispetto all'ospedale; la sostenibilità dell'assistenza sanitaria, dare tutto a tutti, è un problema contingente.

2. La Medicina Interna cosa è? È quella super specialità che include tutte le altre specialità di area medica, o è semplicemente una "non specialità", una medicina generalista che cerca di assolvere al suo compito includendo tutto ciò che non è specialità?

3. Altra riflessione è che i reparti di Medicina Interna sono quelli che costano di meno. Le spese maggiori sono legate al fatto che più professionisti si mettono ancora intorno al letto del paziente per un "brain storming" o per un giro visita. Però fa cose che oggi non pagano più troppo: ascoltare un cuore costa di più ed è meno utile di un ecocardiogramma.

4. La Medicina è sostanzialmente una Geriatria, ma l'anziano è fragile, tipicamente è un ultrasessantacinquenne con patologie multiple, con una patologia principale, frattura di femore, polmonite, che è causa del ricovero. Di solito viene affidato ad uno specialista, che subito dopo aver fatto quello che è di sua competenza, lo rimanda indietro, ma la gestione di tutto il paziente determina l'outcome di quella patologia specifica.

5. L'ospedale nuovo sarà ancora diviso per specialità o ci saranno aree in cui ci saranno pazienti di diverse specialità ma con la stessa richiesta assistenziale?

6. Ospedale e territorio non si parlano: nei piani regionali si dice sempre che l'ospedale deve parlare con il territorio, ma non è la realtà. Forse l'Internista può essere l'anello di congiunzione tra ospedale e territorio?

Questo quindi è il *parter* su cui rifletteremo stasera.

Lasciatemi presentare la dott.ssa Laura Gasbarrone, Presidente della Accademia Lancisiana, e il dott. Carlo Saitta, Direttore del Controllo di Gestione della ASL Roma 1; lascio la presentazione degli altri due relatori al mio co-moderatore, che ho scelto io perché era tra le poche persone che ha una visuale molto simile alla mia sul campo, il dott. David Terracina.

Dott. David Terracina. Grazie Umberto, grazie alla Accademia Lancisiana che ci ospita e al suo Presidente. L'argomento mi è molto caro, ma non è argomento di nicchia, da tempo ce ne occupiamo. Abbiamo un gruppo di relatori con cui discuteremo insieme per avere una idea migliore su come evolverà la Medicina Interna e qual è il suo ruolo, se esiste al momento attuale. Io presento il prof. Claudio Santini, attuale Presidente della FADOI Lazio e Direttore di U.O.C. di Medicina Interna dell'ospedale Vannini, e il dott. Lorenzo Sommella, Direttore Sanitario dell'ospedale universitario Sant'Andrea, grande esperto di questi problemi e che ha affrontato, da clinico quale è, queste problematiche.

Cominciamo dal primo quesito: Qual è la missione della Medicina Interna in ospedale?

Dott.ssa Laura Gasbarrone. Innanzi tutto ringrazio i moderatori per aver proposto questo argomento così attuale. Intanto i presupposti per parlare del ruolo della Medicina Interna negli ospedali li ha un po' gettati Umberto Recine: è cambiata la tipologia dei pazienti ricoverati in ospedale, quindi anche la Medicina Interna è cambiata come tipologia di specialità, è cambiato lo scenario, è cambiato il concetto di salute, siamo passati da un concetto di salute come "assenza di malattia" a un concetto di salute come "stato di benessere fisico, psichico e sociale". Sono cambiati anche i pazienti, sono soprattutto più anziani, e se consideriamo che nel 2030, che non è poi così lontano perché è fra 13 anni, avremo il 33% della popolazione al di sopra dei 65 anni, quindi avremo pazienti che sicuramente saranno più anziani e che soprattutto sopravviveranno a malattie per le quali prima non si sopravviveva, questo grazie per fortuna al progresso della medicina. Ma abbiamo pazienti che non guariscono ma che sopravvivono con gli esiti delle patologie di cui hanno sofferto, quindi con esiti di disabilità, e sempre nel 2030 avremo più del 70% di questi pazienti che saranno quindi disabili in esito alle patologie sofferte. Oltre questo c'è anche il concetto della multimorbilità; cosa significa: coesistenza di più patologie, spesso senza la possibilità di individuare quella prognosticamente e terapeuticamente dominante. Questo introduce un concetto a mio avviso importante, perché significa che è impossibile assegnare questo paziente ad uno specialista d'organo: se il paziente ha più patologie e non ce n'è una principale per cui possa essere individuato un referente d'organo, questo paziente non può essere affidato ad uno specialista diverso dall'Internista. Quindi, quale può essere la missione dell'Internista nell'ospedale moderno, di oggi e speriamo del

futuro: la presa in carico del paziente complesso, multimorbido, in una visione olistica, in un'ottica di medicina di sistema. Questo anche perché l'Internista dovrebbe cominciare ad usare anche altri strumenti e implementarli al meglio, per cercare di ottimizzare strategie terapeutiche, strategie di gestione del paziente, cercare di scegliere, sempre nell'ambito di linee guida che comunque non possono essere applicate così come sono in modo matematico nel paziente complesso, perché non si adattano minimamente alla applicazione matematica in pazienti internistici le cui caratteristiche possono essere estremamente variabili rispetto a quelle che sono le caratteristiche dei pazienti che presentano una sola patologia. Quindi l'Internista dovrebbe cercare di applicare a quel particolare paziente quello che è il meglio in quella determinata situazione clinica, valutando bene quello che può essere l'outcome di una specifica decisione diagnostica o terapeutica. Caratteristica dell'Internista è sicuramente anche la flessibilità, che si caratterizza nella capacità di intraprendere percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che sono comunque individualizzati per quel paziente e che non rappresentano, come già detto, l'applicazione matematica di linee guida, non adatte alla diversità dei singoli pazienti internistici. La Medicina Interna oggi deve continuare la strada già intrapresa, della gestione dei pazienti complessi e della multimorbilità, cercando di essere comunque aperta e flessibile ai cambiamenti e aperta alla collaborazione con gli altri specialisti d'organo.

Dott. Lorenzo Sommella. Ringrazio comunque l'Accademia, anche perché mi ricorda le mie radici, come ha già detto David Terracina. Io mi sono formato in un reparto di Patologia medica del Gemelli frequentandolo per parecchi anni. Potrei sembrare di parte, ma cercherò di essere obiettivo ed asettico. Molte cose sono state già dette da Laura Gasbarrone. Il case mix è cambiato radicalmente; ricordo i reparti di Medicina Interna degli anni '70-'80, ma oggi è un mondo radicalmente diverso, non solo perché la "caratterizzazione d'organo" allora fosse molto più chiara di adesso, forse soprattutto perché erano pazienti più giovani, adesso il tratto dominante e unificante delle problematiche dei reparti di Medicina Interna della nostra regione, ma non credo che altrove vi siano situazioni molto diverse, sono quelli già descritti, con pazienti mediamente anziani, mediamente affetti da polipatologie, adesso da alcuni anni anche con sepsi o con germi opportunisti che creano seri problemi di gestione all'interno dell'ospedale molto importanti. Quale è la mission della Medicina Interna in questo contesto: innanzi tutto va ribadito che questa mission esiste, e che in un ospedale che ha tutte le specialità se non ci fosse la Medicina Interna ci sarebbe un baratro, un buco non differentemente colmabile. Se poi pensiamo al supporto che la Medicina Interna dà alla attività di emergenza, questa necessità appare ancora più evidente. Tra l'altro devo dire che il congestionamento dei Pronto Soccorsi è collegato al dimensionamento e allo sviluppo dei reparti di area medica: ovviamente non è solo un problema di numero di posti letto ma anche di come i posti letto vengono gestiti, ma sicuramente le due cose sono fortemente interdipendenti. Quindi in sostanza gli Internisti devono rifiutare il ruolo di "tappabuchi" quando si mandano nei loro reparti i pazienti che non si sa dove mettere: ci sono pazienti che hanno sfaccettature diverse, che devono andare in un posto dove ci sono professionisti formati a mantenere una visione olistica che speriamo si possa mantenere in qualche modo anche nel futuro. L'altra cosa da rifiutare è l'etichetta di Medicina Generale: può sembrare una banalità,

però tutte le volte che mi sono trovato a partecipare alla redazione di atti aziendali ho sempre tenuto al fatto che si parlasse di reparti di Medicina Interna e non di Medicina Generale, perché la differenza non è di poco conto: il termine generale non fa bene alla Medicina Interna, perché la Medicina Interna non è generica, ma è specialistica; è un concetto difficile da capire, perché è fuori dal contesto della Medicina Interna. Quindi riaffermarsi, non come ruolo residuale che raccoglie i pazienti che non si sa dove mandare, ma come perno del buon funzionamento dei grandi ospedali che hanno aree di emergenza e che vivono e soffrono dell'emergenza. Quindi va rafforzato il ruolo, sicuramente esistente.

Dott. David Terracina. Esiste la Geriatria, esiste la Medicina d'Urgenza, cosa fa la Medicina Interna?

Dott. Carlo Saitto. Più che pormi la domanda di quale sia la mission della Medicina Interna, mi porrei la domanda opposta: cosa serve ai pazienti, in che modo si definisce il ruolo dell'ospedale, in che modo il rapporto di continuità di cura riguarda il Sistema Sanitario? Io credo che la vera definizione di quale è il ruolo della Medicina Interna, la risposta a queste domande non può prescindere dalla Medicina Interna; è quello che serve che determina l'esigenza della Medicina Interna, non quello che la Medicina Interna definisce come suo obiettivo o sua ragione di esistere. Non è l'ospedale che ha bisogno della Medicina Interna in modo astratto; se l'ospedale ha ragione di esistere è come punto di accumulazione di competenze e di saperi, come punto di integrazione di percorsi di assistenza, come elemento di una continuità di cura e di presa in carico. Provate ad immaginare cosa può dare risposta a queste questioni, cosa dà senso all'ospedale? Se pensiamo a questo, è pensabile che l'elemento di risposta sia nelle specialità? Le specialità sono in grado di operare un tentativo di ricomposizione delle logiche di cura? Certo adesso lo vediamo in modo più clamoroso perché i pazienti non sono più quelli di una volta, ma la logica è sempre la stessa, la logica della integrazione dentro ad una composizione complessiva del paziente, o trova risposta nella Medicina Interna o inventiamocene un'altra. Rispetto a questa esigenza la risposta oggi è la Medicina Interna. Se pensiamo all'ospedale come punto di accumulazione di competenze, o riteniamo che le competenze siano un set frastagliato di abilità tecniche, o riteniamo che il punto di accumulazione delle competenze sia la capacità di rendere trasversale la comprensione dei problemi del paziente. Anche in questo caso ci troviamo a definire quello che è la Medicina Interna. Quando pensiamo che l'ospedale non si muove in modo isolato, come diceva prima Umberto, come se il rapporto tra ospedale e territorio possa trovare risposta nella Medicina Interna: esattamente anche qui è il contrario, è il fatto che l'ospedale non si può pensare senza il territorio, senza tutto quello che avviene prima dell'acuzie, proprio perché la logica dell'assistenza impone questa continuità, e di nuovo la risposta a questa necessità di integrazione dell'assistenza, non è un problema di mediazione, è un problema di lettura trasversale. Non ci sono interessi in conflitto, c'è la necessità di rendere nella disciplina quella logica di integrazione e di continuità che trova risposta a mio giudizio soltanto nella Medicina Interna, che è l'elemento qualificante di un ospedale moderno: tutte le logiche dell'ospedale moderno, la multispecialità, i livelli di assistenza, la multiprofessionalità, rischiano di portare ad una enorme frammentazione. La

preoccupazione di molti rispetto all'ospedale per livelli di intensità di cura, cioè di rompere la tradizionale articolazione dell'ospedale per linee di specialità è giustificata se non si trova la chiave per risolvere il potenziale conflitto, la potenziale frammentazione del percorso di cura in qualche capacità di sintesi e di recupero delle logiche complessive dell'assistenza. Finché ci sarà ospedale e finché questo sarà il punto di accumulazione delle competenze e delle capacità di assistenza, questo implica che ci deve essere la Medicina Interna a presidiarlo, non semplicemente a coprire le esigenze della vita reale, ma a presidiare, come se ci fosse un filo che porta la continuità di cura attraverso le varie specialità, attraverso la continuità delle cure sul territorio. Credo che questo sia un valore fondamentale e che debba essere sempre più centrale nella organizzazione ospedaliera.

Dott. David Terracina. Come vedete abbiamo un bias: il problema vero è che abbiamo tutte persone che sanno cosa è la Medicina Interna, è importantissimo parlarne, ma non è sempre così, perché quando noi andiamo a discutere con le Istituzioni si chiedono cosa fa l'Internista. Forse altri ambienti non lo sanno. Claudio Santini, anche tu hai questa problematica, esiste la mission?

Dott. Claudio Santini. Domandarsi se esiste la mission della Medicina Interna è come domandarsi se esiste la luce, il sole. Certo che esiste, non è un quesito da porsi. E' evidente perché gli ospedali sono nati con la Medicina Interna e le specialistiche intorno agli anni 50'-60'. L'hanno soppiantata? No, hanno aggiunto competenze specialistiche ad una impostazione che ci portiamo avanti da sempre e che credo sia valida ancora adesso. Mettiamo in discussione il rapporto medico/paziente? Non credo si possa mettere in discussione. Oggi si parla della capacità del paziente di autodeterminarsi, di consenso informato ai piani terapeutici e alle cure; chi è in grado di offrire al paziente una offerta dei trattamenti con i pro e i contro se non chi conosce il paziente nella sua interezza? Sempre più attuale oggi è la medicina con questi pazienti complessi, con comorbidità, andiamo verso una medicina che è relazione e contrattazione con il paziente; alla fine la decisione è presa dal paziente, condizionato dal medico che lo conosce in quanto ha un carisma. Io vedo questo solo nell'Internista che fa bene il proprio mestiere, perché se anche l'Internista gioca dietro al ruolo del consulente e non si assume il proprio ruolo, questo non ci piace, ci squalifica. L'Internista vero che si prende carico del paziente è riconosciuto dal paziente; oggi abbiamo potuto sperimentare come l'ipertrofia delle specialità abbia generato consumo di risorse sul paziente; la Medicina Interna implica la continuità assistenziale e la conoscenza reciproca per il rapporto medico paziente. Bisogna discutere come realizzare la nostra mission nella organizzazione quotidiana: se io dell'Internista faccio un turnista che c'è tre volte a settimana, non lo metto in condizione di poter fare il suo lavoro; il modello dell'*hospitalist*, del medico che ti prende per mano e ti consiglia, filtrando anche i consigli che vengono dagli altri specialisti, in una situazione di complessità come quella che abbiamo dipinto, ritengo sia fondamentale. Estenderei il discorso ai reparti non di Medicina Interna; molte esperienze di chirurghi illuminati, come il prof. Stefanini, hanno fatto sì che il reparto chirurgico fosse gestito dall'Internista, e questo è un altro dei ruoli dell'Internista.

Dott. David Terracina. La visita e la discussione davanti al paziente sono fondamentali. Passiamo alla seconda domanda: nella organizzazione per intensità di cura, quale ruolo per l'Internista ospedaliero?

Dott.ssa Laura Gasbarrone. Partirei dalla definizione di *hospitalist*, che nasce nel 1996 in un lavoro pubblicato dalla Società di Hospitalist Medicine sul NEJM e che lo definiva come “il medico il cui compito fondamentale è l'inquadramento generale del paziente ospedalizzato e l'attività comprende la presa in carico del paziente, l'insegnamento, la ricerca e la leadership nella medicina ospedaliera”. Questo concetto è stato ripreso dalla stessa società nel 2016 che ha definito compito dell'*hospitalist* “l'attenzione complessiva a tutte le necessità assistenziali del paziente: diagnosi, terapia, predisposizione delle procedure mediche e considerazione anche del rapporto costo/outcome delle procedure, capacità di impiegare tecniche di miglioramento della qualità e di processo, capacità di comunicazione, collaborazione, coordinamento con tutti i medici e con il personale sanitario, coordinamento del percorso di cura nell'ospedale e dall'ospedale alla cronicità, compresa la supervisione delle cure nelle strutture assistenziali di post-acuzie, gestione efficiente delle risorse sanitarie”. Quindi l'*hospitalist* è il gestore del percorso di cura del paziente ma, cosa fondamentale, non solo nell'ospedale, ma anche sul territorio, l'*hospitalist* accompagna il paziente in tutto il percorso di cura, dentro e fuori dell'ospedale, non perché lo debba curare anche fuori, ma perché rappresenta il collegamento con quello che può essere il medico di Medicina Generale o la struttura assistenziale ove il paziente può essere trasferito. Quindi è quel medico che si occupa del paziente per tutti i livelli di complessità. La complessità è trasversale a tutti i livelli di intensità di cura, non è solo per i livelli alti; però certamente tutto questo implica un concetto di assistenza sanitaria completamente diverso da quello oggi in atto: oggi non è nelle nostre intenzioni uscire dall'ospedale per vedere un paziente che è stato ricoverato fino a una settimana prima per avere un confronto con il medico di Medicina Generale o con il medico della struttura dove è ricoverato ora il paziente. Inoltre l'*hospitalist* deve essere assegnato ad un livello di intensità di cura specifico o può stare un po' dappertutto? Dipende dalle competenze dell'*hospitalist*, che è il medico conduttore, con competenze più o meno ampie, e può essere assegnato al livello di intensità alto, intermedio o basso.

Dott. David Terracina. Il problema è come si declina l'intensità di cura, se da un punto di vista economico o dal punto di vista del paziente. L'Internista ha un ruolo?

Dott. Lorenzo Sommella. L'ospedale per intensità di cura è un modello, realizzato in alcune Regioni; è un modello funzionale, che può essere facilitato dalla tipologia della struttura: fare un ospedale per intensità di cura in un vecchio ospedale è difficile, forse proibitivo in alcuni casi, rispetto alla realizzazione in un ospedale moderno costruito con questa ottica. Aggiungo che non è solo un problema strutturale, ma anche di condivisione e di convinzione al mettersi in gioco. Non più tardi di ieri pomeriggio, a margine di una riunione in Regione sulle reti cardiologiche, un autorevole cardiologo universitario ha detto “non voglio sentir parlare di ospedale per intensità di cura”! Dobbiamo comunque immaginare quale può essere il ruolo dell'Internista. Come ha ricordato la dott.ssa Gasbarrone, è necessario considerare sia la complessità sia l'intensità di cura, per le quali esistono delle scale di valutazione. E' un modello che abbatte le barriere, le divisioni,

proprio perché si abbattono le barriere e si deve creare un elevato livello di collaborazione e di integrazione tra professionisti, credo che il ruolo dell'Internista sia fondamentale. Chi decide il livello di intensità e quindi dove assegnare il paziente? Il ruolo è dell'*hospitalist*, poi tutto quello che ne consegue è affidato ad altre figure che lavorano in team e, continuando a limitarci a parlare dell'area medica, che sono coordinati dall'Internista; gli specialisti si muovono intorno al team guidato e coordinato dagli Internisti. Aggiungo una esperienza che stiamo facendo da alcuni mesi, in una realtà universitaria dove alcune problematiche sono ancora più difficilmente affrontabili: abbiamo definito un'area di degenza medica internistica, in cui alcune funzioni trasversali sono passate, con soddisfazione degli specialisti di area medica, come quella del "bed manager di area medica", che non è solo quello che libera i letti, per tentare l'uniformità dei percorsi diagnostici e terapeutici e dei processi di dimissione dei pazienti, mettendo in relazione soggetti che lavorano da sempre fianco a fianco ma che finora hanno comunicato poco, per omogeneizzare i percorsi.

Dott. David Terracina. Nelle Medicina si ha circa il 20% di pazienti con alta intensità di cura.

Dott. Carlo Saitto. L'asse portante dell'ospedale per intensità di cura è la Medicina Interna. Non arrivo a dire che le altre specialità sono consulenti della Medicina Interna, è una affermazione un po' forte, ma sono dell'idea che i chirurghi sono strumentali alla gestione del paziente. Sono più dell'idea che l'area della intensità di cura sia trasversale all'area medica e all'area chirurgica più che pensare che gli specialisti medici possano avere un ruolo di corollario alla gestione. Se noi immaginiamo che ci sia un vantaggio nella intensità di cura, centralizzare la gestione e la presa in carico del paziente, l'asse portante è l'*hospitalist*. Non vedo alternative, la letteratura è abbastanza univoca. Noi siamo in ritardo, la situazione del S.S.N. è precaria e difficile, bisognerebbe investire nelle risorse di personale, senza investire nelle persone è difficile ottenere risultati. L'etichetta del paziente medico che "rende poco" è un gigantesco equivoco. Noi non siamo in una catena di montaggio. Dobbiamo radicalmente rovesciare il problema. Da un lato qual'è il valore aggiunto in termini di salute, dall'altro quali sono i costi necessari ad ottenerlo; da questo punto di vista la Medicina Interna ha un livello di efficienza straordinario, se funziona come deve funzionare, non solo rispetto a quelli che definiamo i casi medici, ma in una logica di ospedale per intensità di cura nella resa complessiva dell'ospedale, nella quantità di salute che l'ospedale produce in relazione alle risorse che impegna. La logica intorno alla quale ripensare l'organizzazione degli ospedali: più che chiedersi cosa fa la Medicina Interna nell'ospedale per intensità di cura, di nuovo il contrario, se riteniamo che questo ospedale è la risposta alla complessità dei pazienti che si ricoverano oggi e sia la risposta alla necessità di proiezione verso l'esterno dell'ospedale, vorrei che qualcuno mi dicesse qual'è la risposta se non è la Medicina Interna, se non l'*hospitalist*. Ci sono risposte diverse più efficaci, in base a quali esperienze, in base a quali studi?

Dott. David Terracina. Più complessa è l'organizzazione nei grandi ospedali. Il ruolo dell'Internista è uguale in grandi e piccoli ospedali?

Dott. Claudio Santini. Difficile pensare a un modello unico valido per tutti, ospedali di zona, grandi ospedali, policlinici universitari. Nell'ospedale Vannini, dove sto dal 2001, quando mi confrontavo con altri colleghi di altri ospedali, rimanevano allibiti quando descrivevo la mia U.O. di Medicina: avevo 62 letti in un ospedale che non aveva specialistiche di area medica. Oggi io ne ho 52 e altri colleghi ne hanno 70, 80, vedo che le specialistiche mediche si vanno ridimensionando, sto pensando che il modello che avevo in mente 15 anni fa è ancora più valido oggi. Allora proposi di fare una sub-intensiva medica: per un ospedale di 200 letti senza specialistiche poteva essere una sub intensiva multidisciplinare, in un ospedale più grande le sub-intensive possono essere specialistiche. Io credo che questo possa essere un ibrido tra intensità di cura open-space e necessità di accogliere pazienti con diverse necessità assistenziali, abbiamo pazienti che necessitano di respirazione assistita, di monitoraggio, ci sono cirrotici con complicanze emorragiche, ci sono cronici con decubiti; la mia idea è che in ospedali di piccole/medie dimensioni una sub intensiva specialistica o multidisciplinare che rappresenti una alta intensità di cure gestita probabilmente dall'Internista che ne abbia le competenze, che stabilisca rapidamente i passaggi da una intensità all'altra a seconda delle modifiche cliniche, possa essere un buon modello organizzativo.

Dott. Umberto Recine. Una affermazione provocatoria. L'intensità di cura non è applicabile ugualmente dappertutto, però se noi riuscissimo a fare l'intensità di cura, l'Internista è la figura fondamentale che prende in carico i pazienti. Se dovessimo riuscire a rendere applicata l'intensità di cura, l'Internista, l'*hospitalist* sarebbe la figura centrale e lo deve essere.

Dott. Claudio Santini. Il rischio è che l'*hospitalist* sia un singolo. E' importante che sia un Internista, perché deve mantenere l'appartenenza ad un gruppo, come si faceva nella organizzazione dipartimentale.

Dott.ssa Laura Gasbarrone. La capacità dell'*hospitalist* dovrebbe essere anche quella di collaborazione con gli altri specialisti.

Dott. Umberto Recine. Senza i reparti di Medicina Interna, senza l'equipe internistica, chi li forma gli Internisti?

Dott.ssa Laura Gasbarrone. La risposta direi è che non si formano senza i reparti di Medicina Interna, anche perché ancora oggi i medici che escono dall'università hanno avuto la formazione studiando i singoli organi, non hanno la formazione alla complessità, non hanno la formazione alla gestione della multimorbilità, non hanno la concezione del paziente reale, che non è quello con la patologia d'organo in Medicina Interna, quindi l'insegnamento della medicina è oggi ancora di tipo riduzionistico, centrato sull'organo e sulla specialità, ma non sulla Medicina Interna. La formazione dovrebbe avere aspetti tecnico-clinici, centrati sul paziente, sulla costruzione del percorso studiato per quel paziente specifico, dovrebbe riguardare gli aspetti umanistici e comunicativi; noi abbiamo studiato in un'altra epoca, abbiamo dovuto imparare a comunicare con i pazienti e con i parenti, non ci è stato insegnato a prenderci carico della persona nella sua interezza, cioè a prenderci carico di problematiche che non sono di tipo medico ma che sono di tipo diverso, tipo la personalità. Ancora, la formazione dovrebbe riguardare aspetti economico

gestionali, che noi abbiamo dovuto imparare perché non li abbiamo studiati; quindi ci deve essere una specifica attenzione a queste problematiche che oggi non sono ancora specifiche dei corsi universitari. Ciascuno di noi avrà avuto giovani medici frequentatori e si sarà accorto di come sanno tutto della teoria ma nella gestione quotidiana dei pazienti nell'ospedale non sanno nulla perché non sono stati formati su questo; se non ci sono reparti di Medicina Interna non avranno questa formazione. Andando nei singoli reparti specialistici impareranno meglio la singola specialità ma non sapranno qual è il paziente internistico, che è un'altra cosa. Dovranno imparare a gestire anche le competenze comunicative, dovranno imparare ad essere flessibili, abbiamo detto che è una caratteristica importante della Medicina Interna, sia nel ragionamento clinico, nella elasticità mentale per ragionare sul paziente internistico nella sua variabilità e nella sua complessità, nelle specialità d'organo tutto questo è molto più contenuto.

Dott. Umberto Recine. Senza reparti di Medicina Interna negli ospedali, l'Università può formare da sola gli Internisti?

Dott. Lorenzo Sommella. Probabilmente andiamo verso una concezione nuova del modello di reparto. I pazienti internistici continueranno ad esserci, si tratta di capire come e dove verranno trattati. Uno dei problemi reali della intensità di cure è che fa a botte con la organizzazione per Unità Operative complesse, di cui abbatte i muri. Fintanto che siamo obbligati ad identificare, anche contrattualmente, un responsabile di U.O.C., è evidente che questo abbattimento delle barriere e questa condivisione dei ruoli può comportare il problema di identificare la responsabilità. Se dobbiamo superare i confini, anche il concetto di reparto viene messo in discussione, quindi non ragioniamo in termini di reparto ma di aree; attenzione perché il termine area si presta ad equivoci. Concettualmente può funzionare nel momento in cui c'è il superamento del concetto di reparto tradizionalmente inteso. Abbiamo bisogno del team leader, Internista nel nostro caso, che aggrega le specialità di cui si ha bisogno per gestire le diverse competenze necessarie per quel paziente, per cui è l'Internista che assume il ruolo del case manager. Il problema della formazione non è tanto legato al reparto quanto alla esistenza di aree. L'Internista deve cavalcare il modello della intensità di cura, è un modello che deve passare.

Dott. Umberto Recine. Il modello per intensità di cura è sicuramente il modello per rilanciare la figura dell'Internista. L'internista può formare gli Internisti.

Dott. Carlo Saitto. Il problema della didattica della Medicina è molto attuale. Il problema è come l'Università affronta il problema della formazione dei medici, ed è un problema anche nel S.S.N.. Credo che il S.S. possa essere una agenzia per la formazione, e una organizzazione che funziona è una organizzazione che impara e aiuta ad imparare, è una "*learn organization*". Ma questa è una ambizione per la quale esistono le competenze, ma noi non siamo una *learn organization*, non siamo riusciti a costruire il nostro modo di operare quotidiano in una chiave finalizzata in modo sistematico e programmatico alla costruzione delle competenze. Al di là del modello e del ruolo che la Medicina Interna può giocare nel modello, dobbiamo cominciare a pensare come una agenzia di formazione, dobbiamo preoccuparci della quantità di cultura che riusciamo a costruire e a trasmettere all'interno del sistema, e non siamo al momento organicamente in grado di farlo. Ma c'è

anche un limite enorme: formare chi? L'età media dei nostri professionisti in questo momento si avvicina ai 60 anni, il turnover quando va bene è del 7-10% anno; ci sono aree di assistenza più sacrificate nel turnover rispetto ad altre e certamente la logica di un nuovo modello di organizzazione non consente di investire sul futuro delle persone. Io credo che in una situazione così il ricambio generazionale sia indispensabile per pensare ad una formazione di cultura nel S.S.. Adesso celebriamo il fatto che dall'inizio dell'anno abbiamo assunto forse quattro persone, e che dall'inizio dell'anno la spesa per il personale si riduce. Ma in una situazione di questo genere di quale ruolo di cultura parliamo? Solo un ruolo residuale. Il rapporto con l'Università, che in questo momento è di guardinga estraneità, anche perché una volta i professionisti formati dall'Università transitavano nel sistema, adesso questo non avviene più, è una delle questioni radicali su cui il S.S. rischia moltissimo anche per la sua esistenza.

Dott. Lorenzo Sommella. Se posso aggiungere, ci sono dei vincoli molto forti per quel che riguarda la funzionalità delle Scuole di specializzazione, come voi sapete l'esistenza di una Scuola di specializzazione è legata alla esistenza di posti letti della specialità, per cui spesso cercano convenzioni con gli ospedali per assicurare un numero sufficiente di posti di specializzazione. Fintanto che il sistema funziona così accadrà che per la formazione di base ci siano tutte le problematiche che ha detto Saitto prima, formiamo giovani bravi che guardano al futuro con preoccupazione, ho l'impressione che da un punto di vista di "appeal", la Medicina Interna debba recuperare parecchio. C'è un disallineamento tra la realtà dell'assistenza e la realtà delle specialistiche universitarie. Ci sono nodi abbastanza spinosi da sciogliere.

Dott.ssa Laura Gasbarrone. Se la richiesta fosse di posti letto di area invece che di singola specialità?

Dott. Lorenzo Sommella. Quesito da porre al mondo accademico! Ma siamo sicuri che non si possano formare specialisti in Diabetologia, ad esempio, se non ci sono letti di questa specialità?

Dott. Umberto Recine. Claudio, ma tu riesci ad insegnare ancora qualcosa in corsia?

Dott. Claudio Santini. Penso di sì. Ognuno di noi viene da una scuola di Medicina, del resto la Medicina è una professione che non è una scienza ma è anche un'arte, l'arte di comunicare. Cerco di replicare la mia esperienza con gli studenti. Oggi si sta un mese da una parte e un mese da un'altra, forse si impara una tecnica, ma non altro. E' possibile almeno in questo momento vicariare l'Università con le società scientifiche? Forse sì: i giovani FADOI del Lazio vengono ai corsi, trovano nei reparti i loro riferimenti. L'Università può essere in questo momento aiutata e vicariata.

Dott.ssa Laura Gasbarrone. Le Società Scientifiche sono in questo momento più al passo con i tempi rispetto all'Università.

Dott. Umberto Recine. Questo ospedale sta arretrando sulla formazione. Una volta ci si riuniva intorno a un caso clinico, anche davanti al tavolo anatomico. Si imparava insieme una metodologia. Passiamo all'ultima domanda. L'Internista può essere una propaggine

dell'ospedale sul territorio, non perché debba essere il primo tra i medici, ma perché debba essere disponibile per il territorio?

Dott.ssa Laura Gasbarrone. Anche questo può essere un ruolo nuovo e un po' rivoluzionario. Anche in una ottica di organizzazione sanitaria, non solo ospedaliera, ma di riorganizzazione globale della assistenza al paziente e di un passaggio da un setting di cura ad un altro, l'Internista può avere un ruolo di riferimento. E' una figura di continuità assistenziale, nel senso che mantiene il cordone ombelicale con la struttura di più alto livello assistenziale, non perché l'Internista debba andare sul territorio, ma può essere un trait d'union. Non la vedo una cosa proibitiva, ma anche questo è un cambiamento sostanziale. L'equipe internistica che prende in carico il paziente è più attuabile negli ospedali che hanno solo DEA di I livello, in cui non ci sono tutte le specialità, il ruolo degli Internisti di presa in carico del paziente è più fattibile, mentre negli ospedali con DEA di II livello e che hanno tutte le specialità il ruolo dell'Internista viene considerato marginale rispetto alle cosiddette "alte specializzazioni" di cui queste Aziende si vantano.

Dott. Umberto Recine. Il trait d'union. Potrebbe essere un sistema di scambio con il territorio, un sistema di scambio di informazioni con il Medico di Medicina Generale?

Dott. Lorenzo Sommella. Non c'è dubbio. Credo molto in questa cosa. Sapete che c'è una norma che dice che ci deve essere un contatto tra medico dimettente e Medico di Medicina Generale. Il rapporto tra queste due entità è da sempre purtroppo difficile, c'è sempre poca disponibilità tra le due categorie. Ricordo sulle dita di una mano i medici ospedalieri che hanno preso l'iniziativa di cercare un colloquio con i Medici di Medicina Generale per cercare di stabilire dei rapporti, che sono bilaterali e molto proficui: ad esempio si potrebbe fornire ai Medici di Medicina Generale l'opportunità della formazione negli ambienti internistici: gli Internisti dovrebbero essere i loro interlocutori naturali. Ci deve essere interfaccia con il territorio, non il medico dell'ospedale che va sul territorio. L'ospedalizzazione a domicilio non ha oggi risorse utili: se l'ospedale piange, il territorio certamente non ride! Non ci sono risorse ospedaliere da portare sul territorio; ci sono oggi tentativi di potenziamento del territorio con la medicina distrettuale, le case della salute, ma certamente portare l'ospedale sul territorio mi sembra riduttivo.

Dott. Umberto Recine. Il Medico di Medicina Generale non sa quando il paziente si ricovera né quando esce. Sarebbe facilissimo dal punto di vista informatico. Si può immaginare, come è stato fatto per altre cose, che l'organizzazione del budget possa costringere a questa organizzazione?

Dott. Carlo Saitto. Costringere mi pare un po' difficile, creare delle condizioni facilitanti forse sì. Stiamo ragionando su un cambiamento del modello di ospedale, ma la logica vera è che tutto il quadro della assistenza andrebbe riorientato, la presa in carico complessiva del paziente dovrebbe essere trasversale al momento in cui si trova il paziente in quel momento. Fare il contrario di quello che si tende a fare, cioè immaginare il rafforzamento del territorio come una autonomizzazione dall'ospedale, il che genera aumento dei costi, scarsa efficienza nell'uso delle risorse, frammentazione dei percorsi di cura, sensazione di autosufficienza quando questa non c'è, per cui si gestiscono pezzi del percorso di cura che si ritiene di poter gestire e poi si delega, si rinuncia. Io credo che si dovrebbe

cambiare il paradigma, questo avrebbe un impatto anche sul sistema complessivo della assistenza; se noi invece di avere gli specialisti del territorio, gli specialisti dell'ospedale, le cure primarie, le cure secondarie, ci ponessimo il problema della gestione unitaria ed integrata del percorso di cura, questo comporterebbe non una dispersione delle risorse o una burocratizzazione dei Medici di Medicina Generale, ma una prospettiva di maggiori competenze professionali di tutti gli operatori. Credo che la logica dell'uscita dall'ospedale non sia la logica giusta. Il problema vero è riuscire a trasformare il sistema e a rendere integrati i profili di cura: farebbe risparmiare tempo nella gestione dei ricoveri ripetuti, delle patologie croniche, ma per fare questo serve una condivisione del tutto possibile del patrimonio informativo e la trasformazione non marginale del modello di organizzazione, poi se si basa su una forte spinta culturale e se crea un cambiamento dell'approccio e del ruolo di tutti gli operatori del sistema.

Dott. Umberto Recine: la tua esperienza in proposito, Claudio qual'è?

Dott. Claudio Santini: purtroppo non buona, non ho contatti diretti con i Medici di Medicina Generale, ed è un paradosso non avere il contatto con il medico che cura il paziente per la maggior parte del tempo. Ci sono difficoltà organizzative.

Dott. Umberto Recine: però i percorsi di cura senza i Medici di Medicina Generale finiscono per essere tronchi?

Dott. Claudio Santini: certo, però c'è uno strumento più realisticamente raggiungibile, il dossier elettronico, previsto oltretutto da una legge che lo definisce per la continuità assistenziale. Perché solo due regioni in Italia lo hanno realizzato? Cerchiamo di essere coerenti: il ricovero è per il paziente un momento traumatico, così come la dimissione un momento delicato in cui si rischia di vanificare tutto il lavoro fatto in ospedale; sappiamo che il periodo post-dimissione è il più fragile per il paziente: mortalità, eventi avversi, in questo periodo sono superiori. Ci sono poi disposizioni regionali che stabiliscono le dimissioni nei giorni festivi, come se non si sapesse che nei giorni festivi nelle U.O. di Medicina Interna c'è un solo medico di guardia, come si può pensare che abbia il tempo da dedicare alla dimissione, che un momento fondamentale del percorso di ricovero, possa essere quel momento ritagliato con difficoltà.

Dott. Umberto Recine, dott. David Terracina: dobbiamo concludere, ringraziamo tutti. Il quadro di come si sta muovendo la Medicina Interna e quale ruolo debba avere è chiaro. Certo i problemi sono tanti, compreso il fatto che tra pochi anni non avremo più specialisti in Medicina Interna perché stanno diminuendo sempre più, a fronte di una richiesta che dovrebbe invece essere in incremento.

Dott. Umberto Recine, Direttore UOC Medicina Interna, Ospedale S. Spirito, ASL Roma 1

Dott. David Terracina, Direttore UOC Medicina Interna, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma 2

Per la corrispondenza: umberto.recine@aslroma1.it