



## MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DI UN REPARTO DI MEDICINA INTERNA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA INTERNA-SIMI

### PREMESSA

La Società Italiana di Medicina Interna (SIMI) ha recentemente presentato alle Istituzioni sanitarie nazionali il **Documento Programmatico della Medicina Interna**. Il documento, partendo dall'analisi delle attuali criticità del SSN, ha indicato percorsi e strategie per costruire un rinnovato SSN incentrato sull'odierna emergenza epidemiologico-sanitaria, il **paziente cronico e fragile**, e sul professionista della Sanità formato e competente per gestirlo, lo **specialista internista**. Oggi, per rispondere a precise criticità del percorso gestionale del malato cronico, la SIMI presenta una declinazione pratica dei contenuti del documento proponendo l'adozione di comuni "pattern" organizzativi e funzionali nei reparti di Medicina Interna, incentrati su ruoli e funzioni dello specialista internista nell'ospedale e nel territorio. Ne deriva un **modello** di un reparto ospedaliero "tipo" di Medicina interna che va ovviamente declinato nel contesto locale e caratterizzato rispetto a specificità delle unità coinvolte, organizzazione delle strutture ospedaliere e bacino di utenza di riferimento. È altresì implicito che - a fronte dell'assunzione di **ulteriori funzioni e ruoli** volti a migliorare qualità ed efficacia delle cure, ridurre il rischio clinico, ottimizzare costi ed efficienza di percorsi e servizi ospedalieri e territoriali - dotazione tecnologica, posti letto, personale medico e infermieristico vadano adeguati alle attività intraprese.

### CONTESTO

I **pazienti "complessi"**, i pazienti cioè con diagnosi indefinita e i pazienti cronici, fragili e affetti da più patologie tra loro interagenti e sinergizzanti, sono quelli che oggi impegnano maggiormente il SSN. Sono pazienti spesso destinati a lunghe peregrinazioni tra visite specialistiche e relative lungaggini burocratiche, a ripetuti ricoveri, e alla frequentazione di affollati Pronto Soccorso e reparti ospedalieri. Lo "Specialista Internista" è lo **specialista di riferimento per questi pazienti**. È lo specialista ospedaliero competente per diagnosticare e curare malattie con intrinseche difficoltà diagnostiche e gestionali, in un contesto di multi-patologia e fragilità, e che riceve nei propri reparti dal territorio e riaffida al territorio la quasi totalità dei "pazienti cronici" ospedalizzati. **L'unicità** della sua connotazione "**specialistica**" risiede nella capacità di vedere il paziente "complesso", non come un insieme di singole patologie d'organo, ma come un *unicum*, e di curarlo occupandosi di tutti i suoi bisogni di salute, accompagnandolo nel suo intero percorso di cura, in fase acuta, nelle riacutizzazioni, e nelle fasi avanzate e terminali di malattia, non trascurando gli aspetti legati al suo contesto sociale e familiare. È l'unico specialista con competenze **multi-specialistiche**, cardiovascolari, respiratorie, diabetologiche e metaboliche, epato-gastroenterologiche, immuno-allergologiche, ematologiche, nel campo dell'emostasi-trombosi, delle malattie rare, della terapia del dolore e della palliazione. Competenze spendibili in contesti assistenziali diversi, dalla degenza ordinaria a quella ambulatoriale, clinica e strumentale, e con una naturale attitudine al lavoro in team multi-disciplinari e al coordinamento di team multi-specialistici. È infine lo **specialista** che, grazie alla sua naturale flessibilità e duttilità, è in grado di fronteggiare situazioni di grave e diffusa emergenza sanitaria, come dimostrato nella drammatica emergenza pandemica Covid-19. **Uno specialista** quindi che a pieno diritto assume un ruolo centrale nel SSN secondo quanto definito nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-PNRR\_M6** relativamente alla riorganizzazione sia della rete ospedaliera ("integrazione ospedale-territorio", "continuità assistenziale") che dell'assistenza territoriale ("assistenza di prossimità cure intermedie", "Case di Comunità", "Ospedale di Comunità").



## Il reparto di Medicina Interna e l'internista in un rinnovato SSN: un modello di sviluppo organizzativo e funzionale

### A. L'INTERNISTA NELL'OSPEDALE

#### 1. Regime degenza ordinaria (degenza-aree/letti-team-percorsi)

- Arete di degenza a diversa intensità clinico-assistenziale: bassa, media (monitoraggio continuo non invasivo), alta (semintensiva internistica) <sup>1</sup>
- Ecografia «point of care» internistica <sup>2</sup>
- Team accessi venosi <sup>3</sup>
- Percorsi/case manager/team/letti dedicati: «post-acuzie» «dimissioni difficili» «piede diabetico» «fisioterapisti/terapisti occupazionali»
- Percorsi/letti dedicati: transizione età pediatrica-adulto malattie rare
- Percorsi/team/letti dedicati: cure palliative oncologiche/non-oncologiche

#### 2. Regime Ambulatoriale/DH

Se presenti connotazioni sub-specialistiche: ambulatori «specialistici» (clinici/strumentali) cardiovascolare, respiratorio, diabetologico e metabolico, epato-gastroenterologico, immuno-allergologico, emostasi-trombosi, malattie rare, etc.

#### 3. Regime di consulenza-stewardship «chirurgica/ortopedica» <sup>4</sup>

#### 4. Ambulatorio/DH «Affido Internistico» <sup>5</sup>

##### Pronto Soccorso <sup>5a</sup>

Pazienti da Pronto Soccorso con cod. verde (sulla base di specifiche tipologie e criteri)

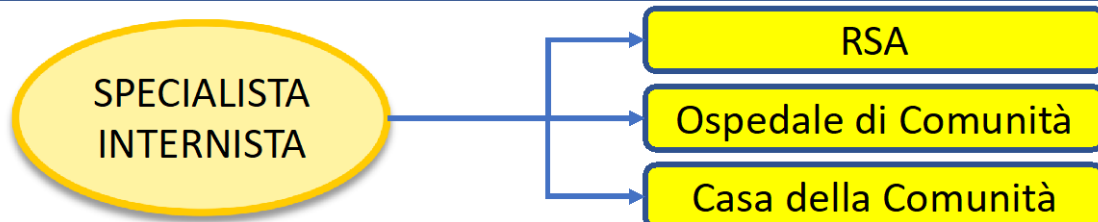
##### Post-ricovero <sup>5b</sup>

Pazienti complessi dimessi a rischio de-stabilizzazione (sulla base di specifiche tipologie e criteri)

#### 5. «L'INTERNISTA on call» per il MMG <sup>6</sup>

Consulenza internistica telefonica al MMG che opera nei diversi setting dell'assistenza territoriale per pazienti «non-critici» ma con problematiche clinico-diagnostiche irrisolte e a rischio ospedalizzazione

### B. L'INTERNISTA NELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE <sup>7</sup>



La SIMI, attraverso il modello riportato nella Tavola sinottica, propone l'adozione di un comune "standard" organizzativo-funzionale delle unità operative di Medicina Interna per a) rispondere a specifiche criticità del percorso gestionale dei pazienti cronici e complessi negli ospedali e nel territorio e b) valorizzare le competenze tecnico-professionali degli internisti che spaziano oggi dalla medicina d'urgenza e semi-intensiva a quella post-acuzie, fino al fine vita e alle cure palliative. Anche alla luce del superiore e più ampio livello di competenze e *skills* oggi richieste all'internista, la SIMI, Società Scientifica da sempre votata alla formazione e all'aggiornamento professionale dell'internista, continuerà e intensificherà l'articolato e strutturato programma di educazione e formazione continua in atto per il riconoscimento, la certificazione professionale ed il mantenimento delle competenze dell'internista. Questo, nella ferma convinzione che anche le Scuole di Specializzazione in Medicina Interna affidate alla componente accademica della Società, nonostante il difficile contesto creato dal mutato impianto normativo relativo all'assunzione di medici in formazione specialistica da parte delle Aziende Sanitarie, promuoveranno programmi efficaci e reti idonee a qualificare un moderno **specialista in Medicina Interna**.

## NOTE alla TAVOLA SINOTTICA

### A. L'INTERNISTA NELL'OSPEDALE

#### Regime di Degenza Ordinaria

**Nota 1) Attivazione di Aree Internistiche "a più elevata intensità clinico-assistenziale"** La vecchia concezione della nostra disciplina (così come dei nostri reparti) come **specialità a bassa intensità "ed astanteria"** è largamente superata e non risponde più né all'odierna realtà sanitaria, in cui la patologia acuta causa del ricovero si inserisce in un contesto di poli-patologia e fragilità, né alle reali competenze professionali oggi acquisite dagli internisti e tuttora sottostimate. È del resto ugualmente superata la dicotomia che vedeva i pazienti ricoverati negli ospedali distinti in pazienti che necessitano di assistenza intensiva, e quindi destinati alle Unità Operative di Rianimazione o Unità di Terapia Intensiva, e pazienti portatori di malattie acute o croniche riacutizzate, senza necessità di assistenza intensiva, e quindi allocati nei reparti di Medicina. Esiste oggi, oltre al **paziente internistico** ospedalizzato relativamente stabile (**intensità clinica bassa**), una crescente popolazione di **pazienti internistici** che, pur non richiedendo cure rianimatorie in senso stretto, **presentano o all'ingresso in reparto o durante il ricovero, bisogni assistenziali maggiori di quelli normalmente forniti da un reparto tradizionale**, con necessità di monitoraggio clinico e strumentale continuo non invasivo (**intensità clinica intermedia**) o di supporto respiratorio e assistenza semintensiva (**intensità clinica elevata**). Alla luce di questi mutamenti clinico-epidemiologici ed assistenziali, è necessario un rapido adeguamento dell'attuale organizzazione delle Medicine Interne ospedaliere prevedendo la creazione di aree/letti ad intensità clinica differenziata e crescente differenziata e crescente, **bassa, media** e, ove e come richiesto dal contesto organizzativo-assistenziale locale, **elevata intensità clinica** ("semintensiva internistica").

Va qui ricordato che la necessità di implementare aree semintensive internistiche risponde a quanto previsto nel DL n. 34 del 19/5/2020 - che indicava la riqualificazione di posti letto di area semi-intensiva "mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica" - ed è stata ribadita e "legittimata" da finanziamenti *ad hoc* stanziati nel PNRR 2021. Recentemente la SIMI congiuntamente alla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) ha presentato alle Istituzioni sanitarie nazionali e regionali un documento sulla necessità di una normativa ministeriale nazionale che definisca criteri organizzativi precisi, nonché standard strutturali, tecnologici e di personale per consentire una corretta ed omogenea implementazione delle aree critiche di terapia semintensiva di Medicina Interna su tutto il territorio nazionale. Tra gli evidenti vantaggi di quanto sopra proposto, la flessibilità nella selezione dei pazienti e nei tempi di gestione con possibilità di trasferimento dei pazienti verso (step-up) e da (step-down) setting assistenziali a maggiore

intensivizzazione di cura; l'aumento della sicurezza e dell'efficacia delle cure; il raggiungimento e riconoscimento di un adeguato e più elevato status di competenze professionali per medici ed infermieri del reparto di Medicina Interna. È altresì implicito, come precisato nella Premessa, che l'attivazione di aree internistiche a crescente intensità clinica debba prevedere una adeguata e proporzionata revisione delle risorse e del rapporto tra medici/infermieri e pazienti assistiti.

**Nota 2) Implementazione “ecografia Point-of-Care ed internistica”** I pazienti ricoverati nelle Medicine ospedaliere presentano quadri clinici complessi, anche critici, che possono mettere a rischio la vita stessa del paziente. Un inquadramento clinico tempestivo al letto del paziente diventa quindi un cardine della terapia e dell'eventuale percorso diagnostico di secondo livello eseguibile solo quando le condizioni cliniche del paziente lo consentono. L'avanzamento tecnologico ha portato ad un crescente utilizzo dell'ecografia ed un ampliamento dei setting di applicazione. I medici dei reparti di Medicina Interna hanno acquisito competenze diagnostiche ecografiche 'multiorgano' (coerentemente con l'approccio sistemico che caratterizza lo specialista internista) per utilizzare l'ecografia nella valutazione del paziente al momento della visita in reparto e nel contesto ambulatoriale. L'internista “esperto in ecografia Point-of-Care ed internistica” è oggi in grado non solo di rispondere a quesiti che richiedono una rapida decisione al letto del paziente, ma anche di formulare diagnosi definitive nell'ambito di percorsi ambulatoriali “specialistici” del proprio reparto.

**Nota 3) Team accessi venosi.** L'ecografia può fornire un prezioso strumento per procedure interventistiche, ad es. paracentesi e toracentesi, o per il reperimento di accessi vascolari. Per quanto concerne quest'ultimo ambito, un'utile declinazione pratico-organizzativa dell'ecografia per il reparto, benché con metodiche e skills differenziate, è la creazione di un team “accessi venosi” (medico/infermiere) per reperire accessi venosi di medio e grosso calibro (con l'utilizzo di device quali CVC, PICC, MID LINE) in pazienti 'DIVA' (Difficult IntraVenous Access), sempre più affollano i reparti di Medicina.

**Nota 4) Regime di consulenza/affido: «stewardship internistica» nei reparti chirurgici/ortopedici.** I pazienti ricoverati nei reparti chirurgici presentano spesso problematiche internistiche pre- e post- intervento che complicano la gestione durante il ricovero e ritardano la programmazione delle attività. D'altro canto, diversi pazienti con chiara indicazione chirurgica sono spesso indirizzati dal PS ai reparti internistici contribuendo al sovraffollamento degli stessi e a problemi gestionali nelle unità internistiche. La consulenza chirurgica per il paziente che accede al Pronto Soccorso si conclude spesso con l'indicazione al ricovero in ambiente internistico; a ciò fa seguito la necessità di ripetute consulenze chirurgiche durante la degenza nel reparto di Medicina e di organizzare un successivo trasferimento in ambiente chirurgico, ritardando così la presa in cura specialistica del paziente. Inoltre, l'evoluzione della chirurgia mini-invasiva e il miglioramento delle tecniche anestesiolgiche hanno determinato un progressivo ampliamento dei target operatori verso setting di pazienti che in passato non erano trattati per la fragilità intrinseca e numero di comorbidità. L'utilizzo sempre più frequente della protesica in chirurgia vascolare, valvolare cardiaca, biliare e urologica ha inoltre determinato nuove problematiche cliniche post-operatorie precedentemente mai affrontate. La somma di questi fattori ha fatto sì che un crescente numero di pazienti presentino, nelle fasi post-operatorie, complicanze “nuove” che non trovano soluzioni “ideali” nella strutturazione tradizionale degli ospedali: terapia intensiva post-operatoria, reparti di degenza chirurgica ordinaria. Seguendo l'esempio positivo dei vari modelli orto-geriatrici che si sono sviluppati nel tempo è opportuno individuare, all'interno dei reparti di chirurgia generale o specialistica, setting organizzativi che prevedano la presenza di medici internisti. A seconda quindi delle organizzazioni locali e della tipologia dei

pazienti trattati si potrà prevedere da una più semplice consulenza internistica strutturata (stewardship internistica) a una vera e propria presa in carico internistica diretta di pazienti all'interno dei reparti chirurgici. Questo consentirebbe ai reparti chirurgici di accogliere anche pazienti chirurgici a più elevata complessità, garantendo una presa in carico tempestiva per quanto di competenza chirurgica e una gestione ottimizzata delle comorbidità presenti di natura internistica. Inoltre, nei reparti medici, avrebbe ricadute favorevoli sull'evoluzione del quadro clinico, sulla durata della degenza, e sull'occupazione "impropria" di letti internistici con pazienti chiaramente "chirurgici".

**Nota 5) Regime ambulatoriale/DH.** I pazienti ricoverati nei reparti medici sono pazienti ad elevata complessità clinico-assistenziale con patologie per lo più croniche o acute su croniche che possono portare a) a diversi accessi negli affollati PS ospedalieri, o b) dopo la dimissione, benché stabilizzati, a nuove destabilizzazioni e riospedalizzazioni.

Attivazione di un "Ambulatorio Affido Internistico" per:

**a) Pazienti da Pronto Soccorso.** Tra le varie cause di overcrowding e boarding elevato, una piaga comune ai Pronto Soccorso italiani, vi è anche il sovraffollamento in PS di pazienti con codice verde, il cui ricovero è comunque differibile. L'attivazione di un ambulatorio "affido internistico" permetterebbe la presa in carico di questi pazienti, evitando così il ricovero. I criteri di invio all'ambulatorio vanno definiti e concordati con il PS sulla base della tipologia di casistica "internistica" e/o a caratterizzazione sub-specialistica delle Medicine interessate, a titolo esemplificativo: scompenso cardiaco iniziale, anemizzazione cronica da inquadrare dal punto di vista diagnostico in paziente stabile, riacutizzazione di BPCO in fase iniziale, epatopatie di nuovo riscontro che necessitino di inquadramento diagnostico/terapeutico o epatopatie croniche in fase di scompenso, disonie, pazienti oncologici in fase di definizione diagnostica/staging etc.

**b) Pazienti dimessi a rischio di destabilizzazione.** Un certo numero di pazienti dopo la dimissione dai reparti di Medicina richiederebbe una rivalutazione del quadro clinico e dell'articolato programma terapeutico per operare aggiustamenti ed ottimizzare il piano di cura reso complesso dalla sottostante fragilità e dal coinvolgimento multi-organo. Questa tipologia di pazienti sul medio-lungo periodo è gestita da diversi e numerosi specialisti d'organo cui il medico di medicina generale (MMG) fa riferimento. I tempi di attesa dei controlli ambulatoriali e degli esami strumentali sul territorio sono spesso incompatibili con un monitoraggio a breve termine (30 giorni) che permetta una presa in carico tempestiva in occasione dell'emergenza di segnali di destabilizzazione/riacutizzazione delle patologie incidenti. L'ambulatorio affido internistico (o un ulteriore ambulatorio dedicato) può gestire anche i pazienti dimessi a rischio di destabilizzazione, per verificare l'andamento clinico con la terapia prescritta alla dimissione, controllarne eventuali effetti collaterali, verificare la compliance ai trattamenti per prevenire l'instabilità clinica post-ricovero, ad esempio in pazienti con scompenso cardiaco, BPCO, infezioni respiratorie, diabete, anemie croniche, aritmie etc.

**Nota 6) "L'internista on-call"** per il MMG che opera nel territorio/Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o strutture assimilabili. Lo "Specialista Internista" in quanto specialista dei pazienti complessi è il primo e ideale interlocutore del MMG, sia nella fase diagnostica e gestionale di quadri complessi che nel coordinamento dei diversi specialisti d'organo coinvolti nel piano di cura dei pazienti (vedi anche nota 6). Il tasso di ospedalizzazione di questi pazienti è elevato e l'ospedalizzazione ripetuta a sua volta porta a una progressiva perdita dell'autonomia, espone al rischio di infezioni nosocomiali e complessivamente è associata a una prognosi peggiore. Lo scopo dell'"Internista on call" è di fornire ai MMG, attraverso il contatto telefonico uno strumento

per un confronto su pazienti con problematiche clinico-diagnostiche irrisolte e/o a rischio ospedalizzazione e valutare, ad esempio, l'indirizzo verso percorsi ospedalieri ambulatoriali/DH/pacchetti diagnostici creati *ad hoc* e coordinati dal reparto internistico coinvolto o il coinvolgimento di specialisti d'organo.

Un'importante declinazione del progetto "internista on call" è rivolta ai pazienti residenti nelle RSA o strutture assistenziali di prossimità, una popolazione di potenziali accessi, spesso inappropriati, al PS. **Candidabile al percorso** è un paziente internistico che presenta problemi attivi di tipo terapeutico e/o diagnostico (ad esempio problematiche infettivologiche, neurologiche, gastroenterologiche o cardiovascolari) non risolti o non risolvibili presso la RSA o il luogo di degenza, ovvero un paziente che può necessitare di indagini diagnostiche di approfondimento (pacchetti diagnostici *ad hoc*) o ricovero ospedaliero differibile a breve-medio termine senza che il paziente transiti e/o stazioni in PS. **Non è candidabile** al percorso il paziente che presenti criteri d'urgenza (per i quali è attiva la rete dell'emergenza per l'invio in Pronto Soccorso), o che richieda esclusivamente prestazioni di tipo radiologico, o che sia affetto da patologie croniche in fase terminale.

**Nota 7) LO SPECIALISTA INTERNISTA NELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE.** La stragrande **maggioranza dei pazienti cronici** dimessi dagli ospedali sul territorio nazionale **proviene dai reparti di Medicina** ed è stata gestita da Internisti, che, come detto, rappresentano gli **interlocutori principali del MMG**. Come riportato nella nota 5 l'"**Internista on call**" permetterebbe al MMG di confrontarsi con lo specialista internista e condividere percorsi di gestione dei propri pazienti. In specifiche circostanze, lo specialista internista, come già accade per altri specialisti d'organo, potrebbe, su richiesta dell'MMG, recarsi presso la RSA per una comune valutazione di casi particolarmente complessi.

La Missione 6 del PNRR 2021 però offre ulteriori ed importanti possibilità di interazione e collaborazioni tra professionisti ospedalieri e del territorio. Il fulcro è la creazione di reti di prossimità e strutture intermedie per l'assistenza sanitaria territoriale attraverso la creazione e/o il potenziamento di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, **in particolare ai malati cronici**. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie, una struttura fisica in cui opererà **un team multidisciplinare** di MMG, pediatri di libera scelta, **medici specialisti**, infermieri di comunità, e altri professionisti della salute. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, creato per "contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e **determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni** (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero)" e per "facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari" (PNRR M6). In conclusione, alla luce del suo quotidiano impegno nella gestione ospedaliera dei pazienti cronici e fragili, delle sue competenze multi-specialistiche, della sua capacità di coordinare l'intervento di altri specialisti e di team multidisciplinari, **appare evidente e opportuno annoverare anche lo specialista internista tra i professionisti che operano all'interno delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità**, un perno centrale del piano nazionale messo in campo per la ripresa del nostro Paese nell'ambito della Sanità.