



manager&evidence health

Approccio ai pazienti cronici D'obbligo applicare i principi del governo clinico

«Rivalutiamo l'internista»

**Ecco la proposta
della Fadoi:**

**istituire nelle Uo
e nei dipartimenti
di medicina interna
aree protette
per malati bisognosi
di intenso monitoraggio
o caratterizzati
da insufficienze acute**

di **Antonino Cartabellotta, ***
Aurelio Puleo **
e **Salvatore Di Rosa ****

L'aumento della vita media e il miglioramento della prognosi di numerose patologie cronicodegenerative hanno fatto sì che molto spesso il paziente ospedalizzato - in particolare nelle unità operative di area medica - sia un anziano affetto da numerose patologie concomitanti.

Questo dato è supportato anche dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, da cui emerge che oltre la metà degli ultrasessantenni ospedalizzati è affetta da più di una patologia.

Infine, la necessità di contenere i costi assistenziali, oltre a ridurre la durata della degenza, ha innalzato sia la soglia di gravità per l'ammissione in ospedale sia anche il grado di complessità del paziente ricoverato.

Aspetti economici

Nei Sistemi sanitari dei Paesi occidentali il 10% della popolazione affetta da patologie croniche e/o severe impegna il 60% dei ricoveri ospedalieri e assorbe circa il 70% delle risorse.

Inoltre, considerato che negli ospedali Usa circa il 20% (rispetto al 2-3% dei Paesi europei) dei posti letto appartiene alla terapia intensiva - intensive care units (Icu) - sono stati condotti sia studi prospettici, sia analisi costo/be-

neficio sui ricoveri nelle Icu di pazienti anziani con pluripatologia. Da questi studi risulta che il numero di patologie croniche concomitanti e la severità dello score di valutazione clinica al momento dell'ammissione - Apache II o Saps - piuttosto che l'età, sono i fattori predittivi di un decorso più severo, con elevata mortalità sia durante il ricovero sia nei 40 giorni successivi la dimissione. Senza considerare che, in un'elevata percentuale di casi, i pazienti sopravvissuti non ritornano ai livelli di performance di attività e di qualità di vita precedenti il ricovero. L'altezza delle barre proposte nel grafico "Numero di patologie mediche pre-esistenti", indica la distribuzione dei pazienti, mentre la linea indica il corrispondente tasso di mortalità; l'altezza delle barre riprodotte dal grafico "Numero di insufficienze d'organo" indica la distribuzione dei pazienti, mentre la linea indica il corrispondente tasso di mortalità.

Aspetti assistenziali

I pazienti con pluripatologia necessitano di un'assistenza multidisciplinare comprensiva sia di adeguato supporto infermieristico e psicologico sia di un approccio medico di tipo "olistico", in grado di valutare l'appropriatezza e la

* Gimbe - Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze

** Unità operativa medicina interna - Azienda ospedaliera Villa Sofia e Cto



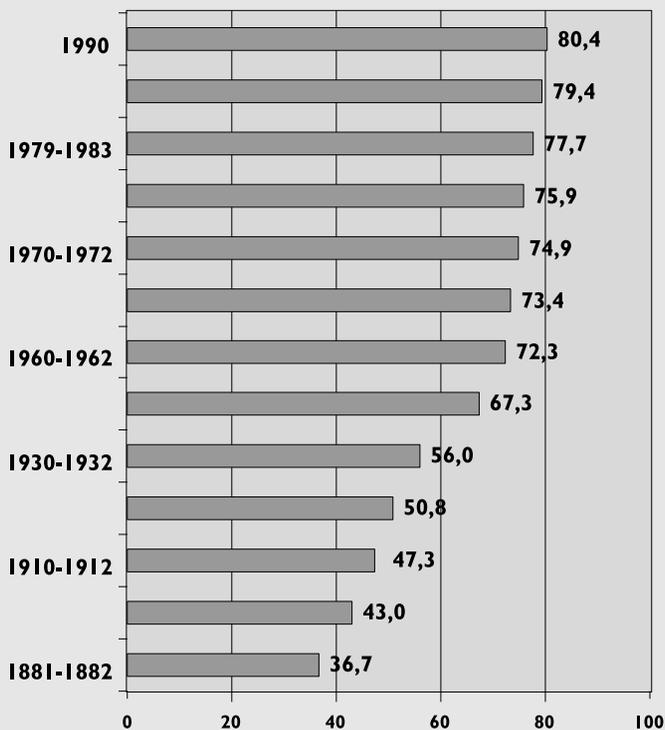
costo/efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici, l'impatto sugli esiti clinici e sulla qualità di vita.

Le Uo di medicina interna, per la larga diffusione sul territorio nazionale, la flessibilità funzionale e la formazione multispecialistica dei professionisti, rappresentano la sede naturale per assistere tali pazienti. Purtroppo, negli ultimi anni, l'organizzazione ospedaliera ha messo fortemente in discussione il ruolo dell'internista: la crescita esponenziale dell'informazione biomedica, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie e la frammentazione in subspecialità hanno relegato la medicina interna in un ruolo marginale, spesso confinato alla gestione di pazienti cronici a basso profilo assistenziale.

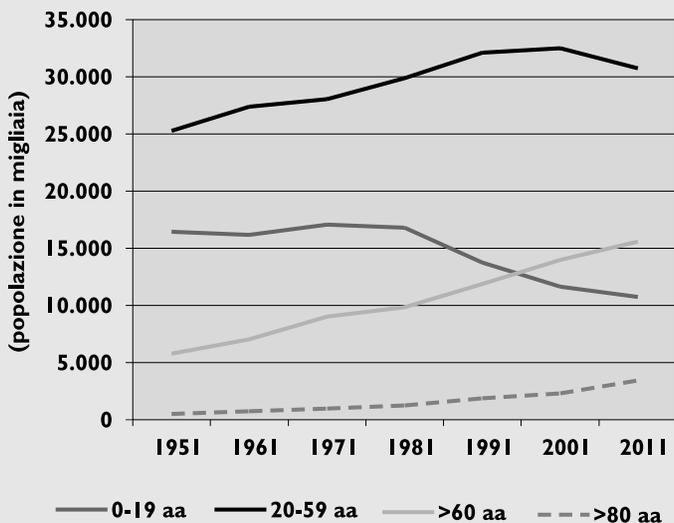
In realtà, i pazienti ricoverati dalle Uo di medicina interna rientrano in due grandi categorie: gli acuti, spesso in condizioni critiche e pluripatologici, e i pazienti cronici, che non necessitano di elevato impegno assistenziale e che potrebbero essere più appropriatamente indirizzati verso reparti di lungodegenza e/o di riabilitazione. Inoltre, i dati delle Sdo sottolineano che le Uo di medicina interna sono in grado di erogare prestazioni di alto livello assistenziale contenendo notevolmente i costi rispetto alle Uo specialistiche: maggiore efficienza media complessiva a parità di qualità globale (indici di occupazione >75%, degenza media 9-11 giorni, ricoveri urgenti >50%, numero di pazienti per posto letto 26-36/anno).

Pertanto, è indispensabile valorizzare le Uo di medicina interna in funzione di un impiego ottimale delle risorse, spostando l'attenzione dall'utilizzo - spesso indiscriminato - di tecnologie sanitarie alla valutazione dell'efficacia-appropriatezza degli interventi sanitari come strumento di miglio-

Vita media in Italia alla nascita (1881-1990)



Popolazione italiana per fasce d'età (stime 2001-2011)





Anziani affetti da una o più malattie croniche (quozienti per 100 abitanti)

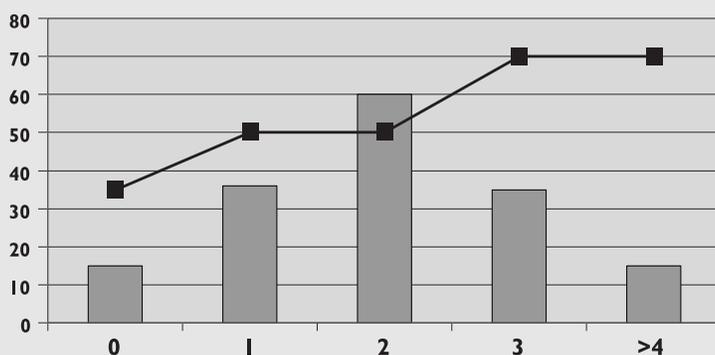
Malattie croniche	CLASSE DI ETÀ			Malattie croniche	CLASSE DI ETÀ		
	Tutte le età	65-74 anni	>75 anni		Tutte le età	65-74 anni	>75 anni
Diabete	2,83	9,75	12,24	Tumore	0,44	1,29	1,29
Iipertensione	6,07	20,60	24,29	Ulcera gastrica e duodenale	2,18	5,05	4,50
Infarto	0,79	3,26	3,53	Calcolosi del fegato	1,29	3,58	3,72
Angina	0,52	2,33	2,18	Cirrosi epatica	0,19	0,59	0,62
Cardiopatie	2,54	8,51	13,94	Calcolosi renale	0,93	2,39	2,12
Bronchite cronica	3,31	11,08	14,18	Artrosi, artrite	13,58	38,21	45,64
Asma bronchiale	1,97	5,68	9,00	Osteoporosi	1,68	6,25	8,43
Malattie allergiche	2,93	2,74	1,93	Disturbi nervosi	3,02	6,03	7,46

ramento continuo della qualità assistenziale. Tutto questo, ovviamente, non potrà seguire i canoni tradizionali dell'autorità clinica, ma dovrà affidarsi ai metodi e strumenti della evidence-based medicine (Ebm) e della evidence-based health care (Ebhc).

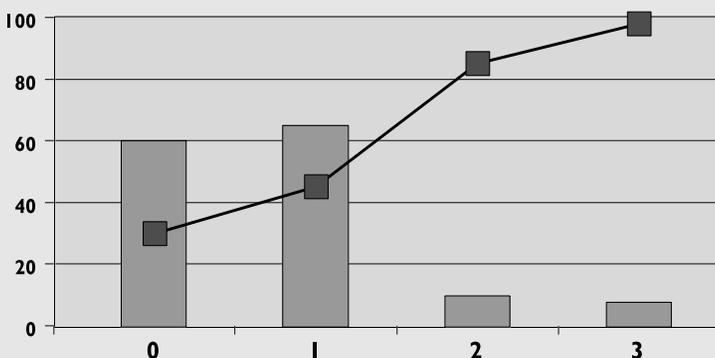
Infatti, l'internista del terzo millennio potrà riconquistare un ruolo centrale, possibilmente in ambito dipartimentale, solo attraverso la gestione degli strumenti del "governo clinico" (management delle informazioni scientifiche, implementazione di linee guida, clinical audit, technology assessment, gestione del rischio clinico), in funzione di un approccio multidisciplinare verso pazienti la cui complessità tende progressivamente ad aumentare.

Tra l'altro, anche nelle scuole di specializzazione in Medicina interna, l'assistenza al paziente critico rappresenta una delle priorità formative dello specializzando che «deve acquisire la piena conoscenza teorica e applicativa delle terapie dietetiche, farmacologiche e strumentali necessarie ai pazienti con stati di malattie che coinvolgono l'organismo nella sua globalità, ivi comprese le terapie da

Numero di patologie mediche pre-esistenti



Numero di insufficienze d'organo





applicare nel paziente critico». I pazienti critici e pluripatologici devono, pertanto, rappresentare un nuovo terreno di sfida per l'internista, anche per la difficoltà ad applicare linee guida predefinite; infatti, le evidenze derivate dagli studi clinici controllati, se rappresentano il grado più elevato di prova sperimentale disponibile, non sono sempre applicabili alla pratica quotidiana, in particolare nel paziente critico con comorbilità. A tal proposito vale la pena rilevare come alcuni dei massimi teorizzatori della Ebm tendono a caratterizzare l'approccio Ebm nei confronti del paziente critico. In ogni caso, se l'Ebm non sempre può fornirci risposte adeguate nell'assistenza al paziente individuale, nel quale è sempre indispensabile integrare le migliori evidenze con la competenza clinica, essa offre comunque un formidabile strumento metodologico per una valutazione complessiva degli interventi assistenziali.

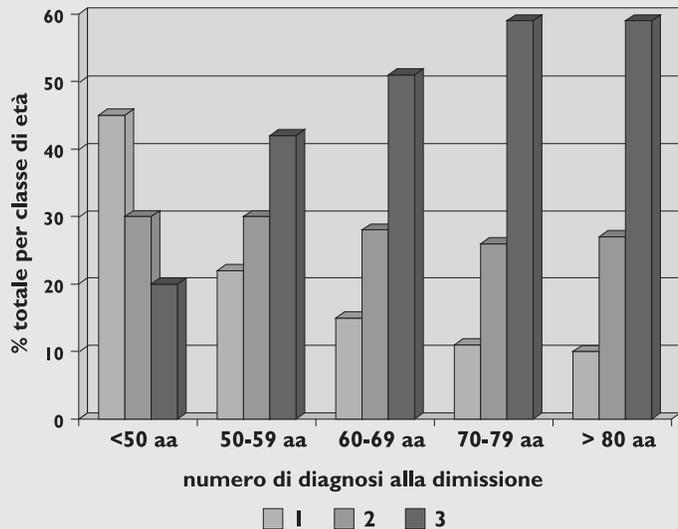
Infine, la possibilità di assistere i pazienti critici affetti da patologie croniche al di fuori della terapia intensiva è dimostrata da uno studio randomizzato e controllato, che ha confrontato le performance di reparti di terapia intensiva (Icu) a elevata tecnologia con special care unit (Scu) a bassa tecnologia e assistenza internistica coadiuvata da un supporto infermieristico di tipo sub-intensivo.

In tali unità si sono ottenuti risultati del tutto sovrapponibili in termini di mortalità, complicanze e durata dell'ospedalizzazione con costi notevolmente inferiori: circa 1/4 della spesa giornaliera per posto letto rispetto alla terapia intensiva.

La proposta

La Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti

Diagnosi secondo l'analisi Sdo 1998



Utilizzazione delle risorse

	Costo per posto letto/die (in \$ Usa)		
	Icu	Scu	Degenza ordinaria
Costi diretti dello staff (medici e infermieri)	1.061 (73%)	231 (66%)	138 (57%)
Costi indiretti dello staff (consulenti, fisioterapisti, servizi diagnostici)	260 (18%)	94 (27%)	75 (33%)
Farmaci e materiali di consumo	137 (9%)	242 (7%)	13 (6%)
Totale	1.459	350	226

Pazienti critici pluripatologici

- Presenza di più insufficienze di organo associate
- Paziente critico con patologia sistemica non infettiva
- Paziente infettivo acuto con impegno sistemico (rickettsiosi severa, epatite fulminante)
- Scompenso cardiaco severo, edema polmonare acuto
- Scompenso glico-metabolico severo, coma diabetico
- Coma epatico
- Paziente acuto gastroenterologico: emorragia digestiva, colite severa, pancreatite acuta



(Fadoi) si fa portavoce di una proposta operativa che prevede l'istituzione all'interno delle unità operative e dei dipartimenti di medicina interna di "aree protette" riservate sia a pazienti internistici con problemi che richiedono un intenso monitoraggio (controllo delle condizioni cliniche e dei dati biomorali almeno due volte/die, infusione automatizzata e controllata di farmaci, sorveglianza dei parametri vitali) sia a pazienti con (o a rischio di) insufficienza acuta di uno o più organi.

In queste aree di degenza protetta dovrebbe operare personale medico di formazione internistica - magari con esperienza in medicina d'urgenza - affiancato da personale infermieristico certificato Bls (basic life support) e Acls (advanced cardiac life support).

Il personale dovrebbe occuparsi di tutte le necessità e dei problemi dei pazienti ricoverati in detta area, sorvegliare la centrale di monitoraggio, verificare la corretta esecuzione delle indagini e dei trattamenti richiesti, fornire ai pazienti adeguato supporto psicologico. Le strutture-attrezzature necessarie per la realizzazione di tali aree protette sono riportate nel box in questa pagina.

Considerata la possibile pre-esistenza nelle unità operative di parte di tali strutture-attrezzature, la spesa necessaria per l'allestimento di un'area protetta può essere stimata intorno ai 70-100 milioni di lire, rapidamente ammortizzabili per i potenziali vantaggi. Tra i quali, innanzitutto, la migliore gestione di una tipologia di pazienti già assistiti nelle Uo di medicina interna in condizioni logistico-organizzative spesso deficitarie per carenza di attrezzature e personale addestrato.

Caratteristiche delle aree di degenza protetta

- 3-6 letti monitorizzati
- Monitor per l'Ecg sulle 12 derivazioni
- Attrezzature per la rilevazione continua non invasiva della pressione arteriosa e della saturazione dell'O₂ percutanea
- Centralina computerizzata per il rilevamento contemporaneo della traccia Ecg e di altri dati
- Emogasanalizzatore
- Carrello delle emergenze attrezzato con defibrillatore
- Studio medico, dotato di telefono e computer in rete
- Studio infermieristico dotato di telefono, computer in rete e fotocopiatrice
- Area infermieristica per la preparazione dei farmaci
- Servizi igienici di cui almeno uno dotato di vasca da bagno e sollevatore automatico

Si tratterebbe, in altre parole, di riorganizzare attività di competenza dell'internista, migliorando la qualità complessiva dell'assistenza, evitando sovrapposizioni e conflitti con altre Uo che si occupano di pazienti critici (aree di emergenza, unità di terapia intensiva, Utic, semi-intensive pneumologiche), con le quali si dovrebbe interagire nell'ambito di sinergie dipartimentali o interdipartimentali. In secondo luogo, alla luce delle evidenze sulle Scu americane e canadesi, la possibile riduzione dei costi.

A questo si aggiunge un valore non quantificabile, che consiste nel rilancio della figura professionale dell'internista e del nuovo ruolo strategico che le Uo di medicina interna potranno giocare nelle strutture

dipartimentali e nella performance complessiva delle aziende ospedaliere. Infatti, le "specialità d'organo", "liberate" dalle attività espletabili in medicina interna, potranno utilizzare le risorse

umane, culturali e materiali per le problematiche assistenziali imposte dal progredire delle conoscenze e dalle nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche.

Ovviamente, tale modello deve tenere conto dei potenziali ostacoli - in particolare relativi alle difficoltà di adattamento degli operatori sanitari e/o alla mancanza di personale infermieristico qualificato - ma può determinare notevoli miglioramenti nella gestione del paziente internistico, ottimizzando al tempo stesso l'uso delle risorse.

Pertanto, anche se tale processo di riqualificazione della medicina interna comporta molteplici difficoltà di ordine pratico, psicologico, culturale e normativo, è doveroso per gli internisti impegnarsi nella

costituzione di un modello operativo finalizzato alla cura del malato, e non della sola malattia, e fondato su criteri oggettivi e adeguati a evidenze scientifiche in continuo divenire. ●

.....
**Tra i vantaggi attesi,
 maggiori possibilità
 per le "specialità"
 di impiegare i patrimoni
 umani, culturali
 e materiali**
