

## LA QUESTIONE

Bisogna pensare a specializzare i padiglioni per migliorare le prestazioni

# Medicina interna, la necessità di qualità

*Ogni giorno sono proprio questi reparti a conoscere un vero e proprio assalto  
Per questo occorre un nuovo programma di interventi*

Carmelo D'Oro

Quotidianamente i reparti di medicina interna ricoverano decine e decine di malati anziani, complessi, polipatologici, con problemi sociali e socio-assistenziali. Quotidianamente ci si confronta con Pronti Soccorsi intasati, reparti specialistici poco recettivi e dimissioni difficili. Il medico internista è chiamato oggi a sfide sempre più difficili e deve competere con il fascino, ancora presente di una medicina antica, di una medicina clinica. La Medicina Interna, spesso disprezzata e considerata specialità di serie B, rimane la rete portante degli ospedali del nostro sistema sanitario. La Medicina Interna riceve pazienti complessi, affetti da diagnosi difficili, socialmente ed anagraficamente fra-



Nelle foto, il nuovo complesso della facoltà di Medicina del Molise



gili, rigettati dai reparti specialistici. La medicina interna è chiamata, oggi più di ieri, ad una presa in carico globale dei pazienti ed è quindi diventata esperta anche in dimissioni difficili. Nonostante questo i letti dei reparti internistici si rivelano spesso insufficienti, non per incapacità degli operatori, ma a causa di carenze organizzative e gestionali presenti oggi nel sistema ospedaliero che, nella sua interezza, non ha saputo rinnovarsi adeguatamente per rimanere al passo con i tempi. Il progressivo incremento dei medici internisti negli ospedali non è andato di pari passo con l'innalzamento della vita media della popolazione e con il conseguente aumento di patologie croniche, come diabete mellito, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, broncopneumopatie croniche ostruttive, malattie oncologiche, malattie neurologiche degenerative, malattie reumatiche, ecc.

In termini statistici la situazione sociale nel nostro Paese fa registrare che gli over 65 rappresentano circa il 20% della popolazione e gli ultraottantenni sono quasi 3 milioni, molti di loro affetti da una patologia acuta e da 3-4 patologie croniche. Si tratta di pazienti che necessitano di molte cure e di un approccio "olistico", che sappia rispondere alla loro realtà complessa e polipatologica. Ma a fronte di ciò, in Italia, non esiste una realtà di accoglienza medico-ospedaliera altrettanto strutturata, anche

se di fatto il medico internista per la sua capacità di visione olistica del paziente ha acquisito un ruolo sempre più determinante nella organizzazione ospedaliera anche al servizio di settori apparentemente lontani da lui come ad esempio l'ortopedia e la chirurgia. La necessità di migliorare in termini di qualità, efficacia e sicurezza, l'assistenza ai pazienti ricoverati, oltre agli spettacolari sviluppi tecnologici realizzati nel campo dell'informatica negli ultimi anni, hanno trovato un importante punto di incontro applicativo in ambito sanitario. Non si tratta più soltanto di adottare sistemi "semplici" quali la gestione di archivi e la gestione in videoscrittura di referti e lettere, ma gli applicativi informatici si sono ormai spinti decisamente più in là a governare la gestione dei flussi di ricoveri, dei posti letto, e più ultimamente, della terapia. Il punto di arrivo sembrerebbe ormai quello della realizzazione di una cartella clinica informatizzata in grado di aiutare i clinici in una gestione omogenea secondo predefiniti percorsi clinico-assistenziali, nella aderenza alle principali linee guida e nella garanzia di una uniformità di assistenza, perlomeno per le principali patologie trattate. Da anni si parla di gestione dei pazienti in ospedale secondo predefiniti percorsi clinico assistenziali e di un nuovo ruolo e di nuove competenze per gli infermieri professionali, anche alla luce del nuovo ordinamento scolastico preposto alla loro formazione. A che punto siamo? Parliamo di cose concrete o ancora di progetti futuri? I professionisti ci credono? E chirurgia e medicina interna sono ancora da considerare antitetiche? Medicina ospedaliera e medicina di base sono per forza destinate a col-

laborare intorno al percorso di ogni paziente. Ma ancora oggi si fatica a dialogare, a volte prevale la contrapposizione al dialogo. Qual è la prospettiva delle nostre aziende sanitarie? Quali strumenti si intendono mettere in campo per favorire e sviluppare questo dialogo ed una reale integrazione dei due mondi, ospedaliero e territoriale? Di fronte a pazienti sempre più anziani, polipatologici e complessi, il vecchio modello di unità operativa monolitica, strutturata in maniera egualitaria in tutte le sue articolazioni appare sempre più inadeguato. Stanno emergendo modelli nuovi, nei quali i pazienti vengono presi in carico ed allocati in aree diversificate dal punto di vista assistenziale per diverse dotazioni tecnologiche e per una presenza medica ed infermieristica proporzionata alle differenti esigenze. Questi modelli richiedono un notevole sforzo organizzativo, in grado di realizzare collaborazioni multiprofessionali e multidisciplinari che consentano una presa in carico globale del paziente, che viene così curato dal momento della ammissione in pronto soccorso ed accompagnato, qualora necessario, anche successivamente sul territorio tramite la costruzione di percorsi integrati con i dipartimenti di cure primarie. E' questo uno degli obiettivi primari messi in campo dall'Asrem attraverso la realizzazione di un atto aziendale che innanzitutto prevede tre U.O.C. dislocate in modo omogeneo sul territorio ed in particolare a Campobasso, Isernia e Termoli. Per entrare nello specifico abbiamo incontrato i responsabili delle tre Unità Operative Complesse di Medicina Interna: Nicola Ferrara (Campobasso), Cecilia Politi (Isernia) e Vincenzo Iannaccone (Termoli).