

Quali competenze per l'internista ospedaliero di oggi e del prossimo futuro?

The hospital internist of today and tomorrow: what skills are needed?

Giuseppe Chesi *

Direttore Dipartimento di Area Internistica, Ospedale "C. Magati", Scandiano (RE), AUSL Reggio Emilia

L'articolo di Valerio Verdiani et al., *La gestione ospedaliera postintensiva del trauma maggiore: uno studio pilota in Medicina Interna* (pp. 30-34), consente di aprire una finestra, e direi un'ampia finestra, su quella che potrebbe ragionevolmente diventare la frontiera per un nuovo sviluppo di competenze del medico internista nei prossimi anni/decenni.

Fino a pochi anni fa, parlare di pazienti con politrauma ricoverati in un reparto internistico sarebbe potuto sembrare un'eresia. In realtà, l'esperienza riportata dai colleghi internisti dell'Ospedale "Careggi" di Firenze testimonia che tale approccio non solo è possibile, ma è anche *cost-effectiveness*, in quanto l'outcome di questi pazienti complessi è stato estremamente positivo, con una quota di dimessi senza disabilità che si è assestata sul 70%.

Dunque l'internista è diventato capace di gestire i politraumatizzati gravi? L'internista è destinato a diventare il medico che gestirà i trauma center del futuro? Niente affatto!

Se guardiamo bene la casistica di Verdiani, si può chiaramente notare come la prima fase di diagnosi e trattamento di questi pazienti sia rimasta appannaggio delle terapie intensive a impronta rianimatoria e che solo nella seconda fase, quella postcritica, l'internista è stato chiamato in gioco.

E qui, come dimostrato chiaramente dall'elevatissima percentuale di complicanze di tipo medico (80%), la visione olistica e le conoscenze trasversali, nonché l'approccio metodologico-clinico incentrato sull'insieme della persona e non sul singolo organo, si sono rivelati la chiave di volta nel determinare un risultato favorevole, in termini sia di sopravvivenza sia di guarigione senza reliquiati.

L'aumentata età media dei nostri pazienti e l'elevatissima percentuale di comorbidità in essi presente hanno reso in questi ultimi anni l'approccio al singolo paziente sempre più difficile e problematico, anche in ambienti ove tradizio-

nalmente le competenze internistiche non venivano richieste. Pensiamo al paziente con pancreatite acuta di qualsiasi eziologia, all'emorragico digestivo, alla colecistite o alla diverticolite acuta nel paziente in ossigenoterapia cronica. Pensiamo all'anziano con grave scompenso cardiaco, diabetico in trattamento insulinico, anemico e con insufficienza renale cronica. Per non parlare poi del paziente con stroke, ove le strategie di prevenzione del tromboembolismo venoso vanno adeguatamente e minuziosamente soppesate nei confronti di un'eventuale estensione emorragica dell'area ischemica, e l'approccio nutrizionale deve fare i conti con disfagie sempre più subdole e complicazioni respiratorie sempre dietro l'angolo.

Tutto ciò sconvolge e sconvolgerà sempre più i nostri schemi, gli schemi e le strutturazioni dei nostri ospedali e, forse, anche l'intera organizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Qualche avvisaglia, per la verità, già viene osservata: da una parte, tentativi di superamento dei tradizionali reparti, divisioni ospedaliere e dipartimenti che, come nel caso del "Careggi", coinvolgono e accorpano funzionalmente branche e discipline usualmente considerate antitetiche, come la Medicina Interna e la Chirurgia; dall'altra, modelli organizzativi gestionali che sempre di più vengono a essere configurati per livelli d'intensità di cure.

Qualcosa si comincia a vedere anche nel campo delle cosiddette "aree intensive" o "subintensive", da taluni chiamate anche "aree critiche".

La regione Emilia Romagna, in un recente documento diffuso alla fine del 2007, riguardante i percorsi clinico-assistenziali dello stroke, ha configurato un modello assistenziale flessibile sul tipo della Stroke Care, che prevede, nell'ambito di un sistema di reti interospedaliere, una gestione multiprofessionale nel cui contesto trova una sua propria e responsabile collocazione anche l'internista e non vi è spazio solo per le Stroke Unit [1].

L'ANMCO, qualificata Associazione dei Cardiologi Ospedalieri Italiani, in una recente analisi di G. Casella [2], re-

* Corrispondenza:

Giuseppe Chesi, UOC Medicina Interna, Ospedale "C. Magati", viale Martiri della Libertà 2, 42016 Scandiano (RE), e-mail: chesig@ausl.re.it

sponsabile dell'Area Emergenza-Urgenza, sul futuro delle UTIC e delle aree di terapia intensiva cardiologica, evidenziando le mutate caratteristiche dei pazienti afferenti (anziani, polipatologici, più affetti da scompenso e da insufficienza respiratoria acuta che non da sindromi coronariche), afferma che oggi la distinzione tra una UTIC e un'area critica medica o internistica è sempre più sfumata; e che, di conseguenza, il futuro cardiologo clinico intensivista dovrà possedere, accanto a una completa preparazione cardiologica, anche una buona autonomia culturale e pratica in settori non strettamente cardiologici, quali la ventiloterapia non invasiva, la gestione delle infezioni nosocomiali, dell'insufficienza renale, del diabete e di molte altre affezioni.

È la dimostrazione che nel mutato contesto sanitario, e nei confronti della tipologia di pazienti che sempre più oggi vediamo, al medico, e in particolare al medico ospedaliero, vengono obbligatoriamente richieste nuove e più trasversali competenze: le competenze internistiche.

Non a caso, dal prossimo anno il nuovo ordinamento previsto per le scuole di specializzazione [3] di area medica prevede l'istituzione del cosiddetto "tronco comune" (che dovrebbe costituire il 30% dei crediti formativi dell'intero quinquennio specialistico). Esso viene inteso come biennio propedeutico alla specializzazione vera e propria ed è dedicato alla formazione internistica anche, almeno sulla carta, tramite il coinvolgimento di una rete di strutture ospedaliere convenzionate accreditate, in grado di garantire "in concreto" l'esecuzione e l'applicazione di quanto previsto dal curriculum formativo.

Mentre a partire dagli anni Ottanta la medicina ospedaliera si era orientata, in maniera apparentemente irreversibile, verso un modello di frammentazione specialistica, ci pare oggi che, invece, si assista a un ritorno altrettanto prepotente verso una visione più unitaria, incentrata sul malato e sulle sue problematiche piuttosto che sulla cura del singolo organo: un ritorno alla visione e a un modello di competenze di tipo internistico.

A noi accettare la sfida e farci trovare pronti. Nei prossimi anni potrebbe esserci finalmente offerta l'opportunità di dimostrare nei fatti ciò che abbiamo sempre sostenuto a parole: una Medicina Interna ospedaliera capace di dialogare e interagire con gli specialisti e di costruire modelli assistenziali nuovi, che sappiano gestire le risorse in maniera flessibile, garantendo, a costi contenuti, un'assistenza di elevata qualità ed efficacia nelle diverse fasi di ogni patologia acuta.

Bibliografia

- [1] Delibera di Giunta n. 2007/1720 approvata il 16 novembre 2007. Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus. Programma Stroke Care; Prot. n. (OSP/07/252094).
- [2] Casella G. L'UTIC e la cardiologia intensiva. *Cardiologia negli Ospedali* 2007;158-59:28-9.
- [3] Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria. DM 1 agosto 2005. GU n. 258, 5 novembre 2005. Suppl Ordinario n. 176.