



Documento programmatico Società Italiana di Medicina Interna (SIMI)

“L’internista al centro” in un rinnovato Servizio Sanitario Nazionale

SINOSSI

Il presente documento riporta *vision*, strategia e proposte della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI) in Sanità. Ne sono elementi centrali **il paziente**, il professionista sanitario, **-lo specialista in Medicina Interna (Internista)-** ed il suo luogo di lavoro, **il reparto di Medicina Interna**.

Nella Parte Prima, sulla base di materiale documentale e normativo, si analizzano le fragilità e criticità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un sistema sano, ma fondato su un modello clinico-epidemiologico oggi superato e minato alla base da un’anacronistica ed irrealistica programmazione di risorse e dotazioni. Nella Parte Seconda, si riportano le **linee strategiche** e le **proposte della SIMI rispetto al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Recovery Plan, PNRR_2021-Missione 6, Salute)** declinate in **6 punti programmatici**.

PREMESSA. **Il paziente** che oggi impegna maggiormente le risorse del SSN è **il paziente con diagnosi indefinita**, destinato a lunghe peregrinazioni tra visite specialistiche e ricoveri ospedalieri, **ed il paziente cronico affetto da più patologie specialistiche, tra loro interagenti e sinergizzanti**. Questi pazienti dovrebbero incontrare *ad initio* uno specialista che, a differenza dello specialista d’organo, ha una formazione “multi-specialistica” e sa mettere in campo competenze multidisciplinari integrate. **Questo specialista è l’Internista**, denominazione sinora variamente utilizzata o genericamente riferita allo specialista medico non-chirurgo, **che va oggi invece riservata al medico che opera in un reparto di Medicina Interna, ed è “Specialista in Medicina Interna”**

- i. *de jure e de facto*, in quanto titolare del diploma di Specializzazione in Medicina Interna, o
- ii. *de facto*, in quanto in possesso di titolo specialistico equipollente e certificata competenza clinica ed attività continuativa in un reparto di Medicina Interna.

L’internista, in questa duplice accezione, è l’unico specialista medico formato per prevenire, diagnosticare e curare malattie comuni e rare che nel singolo paziente coinvolgono più organi e pongono intrinseche difficoltà diagnostiche, terapeutiche e gestionali. È lo specialista che gestisce,



sia in setting di cura ordinario che semintensivo, la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti, la maggior parte dei ricoveri per polmoniti stagionali e, oggi, la maggior parte dei pazienti Covid-19. Il Covid-19 è infatti, a tutti gli effetti, una malattia sistemica a coinvolgimento multi-organo, quindi, “internistica”. Alla luce di ciò non può che essere anche uno specialista di riferimento del SSN nel corso di future emergenze epidemiche e pandemiche.

PROPOSTA. Lo specialista in Medicina Interna, al Centro di un rinnovato SSN per gestire:

a) nella rete ospedaliera (PNRR_2021_M6: riorganizzazione rete ospedaliera; integrazione ospedale-territorio; continuità assistenziale), come specialista dei reparti di Medicina Interna,

- i. in regime di ricovero, i pazienti complessi, multimorbidi e, ove richiesto, indirizzarne/coordinarne la valutazione da parte degli specialisti d'organo
- ii. in regime di affido ambulatoriale/day hospital i pazienti non urgenti da Pronto Soccorso che richiedono comunque una presa in carico dell'ospedale
- iii. in regime ambulatoriale/day hospital, i pazienti che richiedono valutazioni post-dimissione e controlli a breve-medio termine, anche in co-gestione con i MMG;
- iv. in regime ambulatoriale clinico e strumentale, i pazienti complessi-multimorbidi, affetti da patologie tra cui, quelle cardiovascolari, infettive, respiratorie, atero-trombotiche, metaboliche, epato-gastroenterologiche
- v. specialista “on call” per MMG e personale sanitario delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e strutture ad esse assimilabili per consulto per pazienti complessi.

b) nella rete dell'assistenza territoriale (PNRR_2021_M6: assistenza di prossimità e telemedicina; Livelli Essenziali di Assistenza-LEA) come specialista di riferimento 1) nella fase di inquadramento diagnostico, 2) nella co-gestione clinica con gli specialisti d'organo, e nel 3) coordinamento di gruppi multidisciplinari, per i pazienti complessi e/o multimorbidi in tre setting assistenziali:

- i. “rete Medici di Medicina Generale”, come “medico specialista” di riferimento per i **MMG**.
- ii. “Assistenza di prossimità” come specialista all'interno delle **Case della Comunità** (PNRR).
- iii. “Cure intermedie” come specialista all'interno degli **Ospedali di comunità** (PNRR).



PARTE PRIMA

IL SSN ITALIANO NON È CONFIGURATO PER AFFRONTARE LA VERA EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA IN EPOCA ORDINARIA, EPIDEMICA E PANDEMICA: LA COMORBIDITÀ E LA POLIMORBIDITÀ

A. GLI OSPEDALI ITALIANI: STRUTTURATI PER ASSICURARE CURE ADEGUATE A PAZIENTI MONO-PATOLOGICI NON AI PAZIENTI COMPLESSI E MULTIMORBIDI.

1. **LA NASCITA DEL SSN.** Il 23 dicembre 1978 la Legge 883 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) basato su tre principi cardine: l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Una tappa fondamentale per lo sviluppo della sanità pubblica italiana, che ancora oggi spicca in Europa e nel mondo per il suo carattere universalistico e che affonda le proprie radici nell'articolo 32 della nostra Costituzione, la prima in Europa a riconoscere il diritto alla salute.

In quel momento storico, la pratica della medicina, *l'ars medica*, era profondamente cambiata rispetto ai decenni precedenti, di pari passo con un formidabile progresso scientifico e tecnologico che aveva interessato tutte le discipline mediche. Da una connotazione “**generalista**”, nel **significato più ampio e positivo del termine, basata sull'approccio olistico al paziente e ai suoi bisogni globali di salute**, nella seconda metà del XX secolo si era via via passati ad **un approccio sempre più specialistico, incentrato sulla malattia d'organo e sulle straordinarie possibilità che la scienza e la tecnologia offrivano per studiarne le cause, le manifestazioni e la cura.** Dalla Medicina Interna, la disciplina medica clinica presente e rappresentata sin dal 1887 dalla nostra Società, la SIMI, gemmarono così le diverse specializzazioni mediche, oggi, in Italia, pari al doppio della media europea.

2. **LA FRAMMENTAZIONE DEL SSN: GLI SPECIALISTI D'ORGANO.** Di concerto con l'evoluzione del sapere e della tecnologia medica, il nascente SSN si è andato via via focalizzando su professionisti che dessero una risposta alla diagnosi, alla terapia e al bisogno di cura di **single patologie emergenti**, e col passare degli anni, lo “**specialista d'organo**” ha sostituito l’**“internista”** come perno dei modelli organizzativi della sanità territoriale e, soprattutto, ospedaliera.



Questa frammentazione dell'assistenza sanitaria negli anni successivi ha ben presto mostrato le sue fragilità.

In ambito territoriale, **il continuo ricorso da parte dei pazienti e dei medici di medicina generale (MMG) a visite specialistiche ed ultra-specialistiche** alla ricerca di una diagnosi o di una terapia “d’organo” ha spesso causato inefficacia degli interventi diagnostico-terapeutici, ritardo nelle diagnosi, ma **ha soprattutto generato la multi-prescrizione farmacologica da parte di schiere di specialisti** (ad un milione e mezzo di italiani tra 75–85 sono prescritti da 6 a più farmaci al giorno e questo numero raggiungerà i 6 milioni nel 2050!), **un vero vulnus di per sé foriero di una crescita vertiginosa della spesa sanitaria** (due terzi della spesa per farmaci del SSN è oggi assorbita dagli ultrasessantacinquenni!), **aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità** ¹.

In ambito ospedaliero, Il DM Donat Cattin del 13/9/1988 fissò gli "Standard Ospedalieri" per singola specialità ospedaliera in attuazione della legge 8 Aprile 1988, n° 109. Negli ospedali per acuti le “Cliniche mediche” furono derubricate a reparti di “medicina generale” di degenza “ordinaria”, ricomprese tra le “specialità di base a larga diffusione”, **depotenziate negli organici medici ed infermieristici, e ridotte nella dotazione di posti letto per lasciare posto ad ampi reparti specialistici.**

3. LA NUOVA EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA: IL PAZIENTE MULTIMORBIDO E FRAGILE.

Oggi il quadro epidemiologico è profondamente mutato rispetto agli anni '80, trasformato dalla crescita lineare delle patologie croniche non-trasmissibili, cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, dalla recrudescenza delle patologie infettive emergenti in un contesto di globalizzazione [ne è drammatico esempio la pandemia di Covid-19], **dalla comorbidità e multimorbidity** che affliggono una popolazione sempre più anziana e fragile.

Il nostro SSN è stato creato sul modello del National Health Service (NHS) britannico, di netta impostazione laburista, statalista e pubblicista. L’NHS, per fronteggiare il mutato contesto epidemiologico, dopo aver per decenni adottato il modello dell’**intensità di cura** (modello che ha ispirato ed in parte ancora ispira esperienze variamente declinate nei sistemi sanitari regionali italiani), ha rapidamente abbandonato questa strategia spostando e centrando la futura organizzazione sanitaria sul **Future Hospital** (<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-programme-delivering-future-hospital>), un programma pluriennale iniziato nel 2005 che ha identificato



alcuni pilastri dell'organizzazione dell'ospedale del terzo millennio: a) **“il dipartimento medico”** al centro, gestito dagli internisti, per accogliere e gestire i pazienti complessi e multimorbidi; b) l'assistenza erogata **7 giorni su 7 (seven-day-care)**; **un team di specialisti medici** impegnati i) nell'ospedale, nel Dipartimento Medico coordinati dall'internista, ii) nel Pronto Soccorso, per prevenire ricoveri inappropriati, e iii) sul territorio, quali principali referenti (unitamente agli specialisti in medicina interna) dei medici di Medicina Generale (MMG), per evitare l'accesso non richiesto agli ospedali e assicurare la diagnosi corretta e la miglior cura.

L'ultimo documento della Commissione Europea sullo stato di salute della UE se da un lato certifica che l'Italia si caratterizza per una popolazione con elevata speranza di vita alla nascita (83,1 anni) (dati confermati da una rilevazione Istat relativa al 2019), seconda solo alla Spagna, dall'altro ci dice che il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità hanno contribuito a **un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni** ([Health_italyhttps://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf)).

La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo e quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, questa quota è destinata a salire sino a raggiungere nel 2050 una proporzione di uno a tre, con circa l'8% degli italiani sopra gli 85 anni. **Oggi, la metà degli italiani di età pari o superiore a 65 anni dichiara di essere affetto almeno da una malattia cronica**, e più della metà degli italiani vivono gli anni di vita successivi ai 65 anni con problemi di salute e disabilità. **Le malattie croniche quindi rappresentano una sfida enorme per il futuro dei sistemi sanitari, in particolare per quelli, come il nostro, configurati su singole patologie e malattie d'organo e non su comorbidità e multimorbidità**². I pazienti infatti che oggi affollano i nostri Pronto Soccorso non sono i pazienti monopatologici, ma quelli fragili, complessi e multimorbidi.

B. POSTI LETTO, RICOVERI OSPEDALIERI, PERSONALE SANITARIO

Secondo, l'ultimo Annuario statistico del SSN, In Italia ci sono oggi 1059 istituti di cura, di cui il 48,6% pubblici ed il 51,4% privati accreditati (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf).



1. **I POSTI LETTO.** Nel 1998 i posti letto negli ospedali erano 311.000. Nel 2007 erano ridotti di circa 90.000 unità e nel 2018 erano circa 190.000. Dal 2000 il numero di posti letto ospedalieri pro capite in Italia è diminuito di circa il 30-35 %, arrivando a **3,5 posti letto per 1000 abitanti, una cifra nettamente inferiore alla media UE attestata intorno a 5/1000 abitanti.** Il numero di **posti letto per “acuti”,** 3,4 ogni 1.000 abitanti nel 2014, è sceso a **2,9 ogni 1.000 abitanti nel 2018** (ultimi dati disponibili, 20 Giugno 2020, Ministero della Salute), **ancora largamente al disotto della media europea** (N.B. in Germania 6 posti letto/1.000 abitanti). Questi dati sono ancora più allarmanti se si considera quanto detto sopra, e cioè che **in Italia più che altrove, nel prossimo decennio, la percentuale di pazienti multi-patologici, anziani e fragili che si rivolgerà ai nostri ospedali sarà sempre maggiore.**

2. **I RICOVERI OSPEDALIERI.** Nel 2018 ci sono stati circa 3,4 accessi al PS degli ospedali ogni 10 abitanti; di questi quasi il 13,5% è stato in seguito ricoverato. **La maggior parte dei ricoveri medici da PS sul territorio nazionale esitano in ricoveri nei reparti di medicina.** In Italia ci sono infatti 1052 strutture complesse di Medicina Interna con un numero di 29.762 posti letto pari al 16.1% di tutti i posti letto (184.737) e un numero di ricoveri annuali per acuti di 995.951 pari al 16.2% di tutti i ricoveri (Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2018, http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2898). **Le Medicine Interne quindi sono pressoché ubiquitarie in tutti gli ospedali italiani rappresentando la specialità con il maggior numero di ricoveri e posti letto.** Dei 6.134.934 pazienti dimessi nel 2018 dagli ospedali pubblici italiani i gruppi di diagnosi più frequentemente codificate sono “malattie del sistema cardiocircolatorio” (16,6%), “malattie dell'apparato respiratorio” (9,6 %), “malattie dell'apparato digerente” (9,8 %), **gruppi di diagnosi riconducibili ai più frequenti DRG registrati nelle medicine ospedaliere italiane**

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf).

La pressoché costante saturazione dei posti letto nei reparti di medicina è testimoniata **dall'elevato tasso di occupazione dei posti letto nelle medicine ospedaliere italiane, pari al 97.6%, il più elevato di tutte le discipline mediche e chirurgiche ospedaliere**

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf).



La mancanza di posti letto per acuti nelle medicine, ha due gravi conseguenze all'interno degli ospedali:

- **il ricorso a letti internistici soprannumerari** nelle corsie e nei reparti chirurgici e specialistici, fonte non solo di aumento del carico di lavoro per i medici e disagio per i pazienti, ma anche **di aumento del rischio clinico, riduzione della sicurezza e della qualità delle cure, sottrazione di posti letto ad altre discipline per pazienti chirurgici, oncologici, etc.**
- **il *boarding* elevato** (il tempo di attesa per ricovero) per la scarsità dei posti letto nei reparti medici, una delle cause più importanti del **sovraffollamento nei Pronto Soccorso** ed uno dei motivi che negli ultimi anni hanno portato il sistema dei Pronto Soccorso al collasso, ancora prima del 2020 (dati studio ANAO-ASSOMED <http://www.anaao.it/content.php?cont=30151>);

Lo scenario sopra descritto assume particolare criticità al ripresentarsi delle epidemie influenzali e del picco stagionale delle polmoniti nella stagione invernale.

(<https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Ftrendpolmoniti>).

3. **IL PERSONALE SANITARIO.** Secondo l'Annuario Statistico del SSN anno 2018 nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate operano **94.464 medici (erano 104.979 nel 2017) e 236.756 unità di personale infermieristico**

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf). La suddivisione dei medici per tipologie di specializzazioni nelle tre aree funzionali medicina, servizi, e chirurgia, vede circa il **45% del personale nell'area medica, il 25% in quella chirurgica ed il 30% in quella dei servizi.** Nell'area medica la principale e più rappresentata è la Medicina Interna.

L'Italia ha il più alto numero di medici per abitante nell'UE. Questo esubero si è sviluppato tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, periodo in cui il numero degli studenti di medicina è aumentato notevolmente: solo nel 1980, 17 mila studenti iscritti. Dagli anni Novanta, il numero chiuso alle università ha portato a una riduzione del numero di iscritti, che nel 2006 è sceso a 5623, per tornare nel 2020 a 13.072 (con 66.638 iscritti alla prova di ammissione!).

(<https://www.miur.gov.it/documents/20182/3261494/DM+n.+243+del+30-06-2020.pdf/ef66d5b0-c146-8292-3d80-7085e23255b9?version=1.4&t=1593588210879>) .

Sebbene il numero di medici pro capite in Italia sia ancora superiore alla media dell'UE, la composizione anagrafica dei medici attualmente in esercizio desta preoccupazioni circa la capacità del sistema sanitario di rispondere alle



esigenze sanitarie della popolazione in futuro

([Health_italyhttps://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.pdf)).

Nel 2017 più della metà dei medici italiani in attività aveva un'età pari o superiore a 55 anni, la percentuale più elevata dell'UE. Secondo i dati più recenti sul Personale Sanitario pubblicati dal Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3011_allegato.pdf) la classe di età compresa tra 60 e 64 anni è la più numerosa e a quella di età compresa tra 30 e 34 anni corrisponda invece, la percentuale minore.

(http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2941_allegato.pdf).

La curva dei pensionamenti del quinquennio 2019-2023, con uscite valutabili intorno a 6000/7000 ogni anno, raggiungerà il suo culmine entro il 2022. Tali numeri, in costante e progressiva diminuzione da anni, appaiono largamente insufficienti ad assicurare qualità e sicurezza delle cure. Molteplici sono le cause: il sotto-finanziamento del sistema pubblico ed i tagli alla Sanità rispetto all'espansione dei bisogni sanitari collegata alla transizione demografica ed epidemiologica, il blocco del turnover, le politiche pensionistiche e, soprattutto, l'assenza di una realistica ed oculata programmazione della formazione *post-lauream* che oggi ci pone di fronte al *vulnus* dell'«imbuto formativo»: **il gap tra numero di laureati ed il numero di contratti specialistici (benchè recentemente incrementati) potrebbe portare ad un carenza di circa 10.000 medici specialisti entro il 2023, e alla creazione di migliaia di “potenziali specialisti” disoccupati** (http://www.anaao.it/public/aaa_8504700_aggiornamento2020carenzaspecialisti_28settembre2020.doc).

A titolo puramente esemplificativo, al recente concorso del settembre 2020 hanno partecipato 23.756 candidati per un totale di 14.455 contratti disponibili per la formazione medica specialistica: a fronte quindi di oltre 14.000 nuovi specialisti “in formazione” avremo oltre 9000 medici abilitati “disoccupati” [<https://www.miur.gov.it/web/guest/-/prova-di-ammissione-alle-scuole-specializzazione-di-area-sanitaria>]. Un tale esubero di medici “disoccupati” sarà verosimilmente riassorbito tra un decennio, ma **nel 2022, al culmine della curva dei pensionamenti, con solo 22.328 nuovi specialisti che prevedibilmente opereranno per il SSN, registreremo un ammanco di almeno 10.173 specialisti.**

Le proiezioni al 2025, considerando il numero di specialisti che potrebbero essere formati dalle scuole, i medici specialisti attivi nel SSN ed i possibili pensionamenti, indicano che **le maggiori carenze di specialisti interesseranno, nell'ordine, Medicina d'Emergenza Urgenza, Pediatria, Medicina Interna** (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8665268.pdf>). Purtroppo sulla base delle scelte dei neo-specializzandi negli anni recenti e le proiezioni dei partecipati all'ultimo concorso



2020, diverse specialità chirurgiche e quelle legate all'emergenza urgenza, come medicina d'urgenza e anestesia e rianimazione, risultano meno appetibili rispetto ad altre discipline specialistiche o super-specialistiche chirurgiche e mediche, che sembrano offrire maggiori sbocchi nel privato, minori rischi, con prospettive di maggior guadagno e di una migliore qualità di vita.

C. GLI INTERNISTI NELLE EMERGENZE EPIDEMICHE E PANDEMICHE: LA LEZIONE DEL COVID-19

L'Italia è stata pesantemente colpita dalla malattia da SarCov2. **Nella prima fase pandemica del Covid-19**, abbiamo registrato il numero più elevato di casi dopo la Cina con un'elevatissima mortalità (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2)³⁻⁵. Le unità di Pneumologia, Malattie Infettive e Terapia Intensiva furono rapidamente coinvolte, ma ben **presto le unità di Medicina interna entrarono in campo, si riorganizzarono ed espansero velocemente, fino ad occupare anche intere aree specialistiche per gestire i pazienti Covid**⁶. **Fino al 75% dei pazienti Covid ricoverati negli ospedali sono stati gestiti dagli internisti, e di questi fino al 40-50% in terapia ventilatoria non-invasiva (NIV)**⁷. Un recente studio su più di 3000 pazienti Covid gestiti nella **Rete Italiana di Medicina Interna della SIMI** ha documentato quanto negativo sia stato l'impatto dell'età avanzata, del numero di co-patologie pre-esistenti e della politerapia pre-ricovero sulla mortalità⁸.

L'impatto della seconda ondata pandemica sul sistema ospedaliero italiano è stato ancora più drammatico della prima, a causa dell'abnorme afflusso di malati per la rapida e vertiginosa diffusione dell'infezione virale. Come già accaduto nella primavera 2020, **le unità di Medicina sono state riconvertite in reparti Covid**. All'acme della seconda ondata, ancora una volta **il 10% di pazienti Covid è stato ricoverato nelle terapie intensive, e, del restante 90%, fino al 60-70% nelle medicine** (dati Agenas, Novembre 2020). La disponibilità di posti letto nei reparti internistici è stata poi rapidamente erosa, e **gli internisti hanno dovuto occupare reparti specialistici (chirurgici, oncologici etc.) per gestire pazienti Covid e non-Covid** (una popolazione quest'ultima di pazienti anziani, fragili e pluripatologici che ogni anno affolla all'inizio dell'inverno i nostri ospedali, quasi assente nella prima ondata "primaverile" Covid). Dal confronto con l'epoca pre-Covid è emerso un quadro drammatico: diverse regioni hanno superato il 100% di saturazione dei posti letto internistici per la trasformazione e occupazione di aree non-internistiche



(Piemonte 191%, Lombardia 129%, Liguria 118%, <http://www.anaao.it/content.php?cont=30151>).

Il dato reale è che la maggior parte dei reparti internistici sul territorio nazionale nei mesi di Novembre/Dicembre 2020 ha superato la soglia del 100% di occupazione dei posti letto.

Va sottolineato che nella prima ondata **la percentuale di pazienti con insufficienza respiratoria da polmonite COVID-19 trattati con NIV in setting di Medicina Interna si sia attestata intorno ad una media del 30% con punte del 70%** ⁶⁻⁹. Dati molto simili sono stati raccolti nella seconda ondata, in cui una survey **della Rete Italiana di Medicina Interna in 109 medio-grandi ospedali italiani della SIMI ha registrato l'uso della NIV nel 28-30% dei pazienti Covid**. Il riscontro non è sorprendente, se si considera che l'utilizzo della ventilazione non invasiva è molto diffuso nei reparti di Medicina Interna, dove viene effettuata abitualmente per il trattamento della BPCO riacutizzata, dell'edema polmonare cardiogeno o della polmonite.

In breve, nella grave emergenza pandemica Covid-19, gli internisti hanno giocato e tuttora giocano un ruolo centrale. Il sistema sanitario ha tenuto e tiene anche e soprattutto grazie a loro. In epoche epidemiche e pandemiche, **la rete ospedaliera può collassare non solo per la mancanza di letti di terapia intensiva ma anche per la mancanza di letti e personale formato e competente nel gestire la stragrande maggioranza dei pazienti che affollano gli ospedali**. Da ultimo e non ultimo va ricordato che in epoca Covid-19 **il sistema ha tenuto anche grazie agli oltre 200 specializzandi delle nostre Scuole di Specializzazione in Medicina Interna contrattualizzati nei reparti Covid**, sicuramente la compagine di specializzandi più numerosa tra le Scuole mediche scese in campo. I nostri giovani colleghi hanno integrato le carenze di organico (non solo contingenti ma anche strutturali e preesistenti) dei nostri reparti, lavorando in prima linea, instancabilmente. Questi giovani hanno rappresentato le capacità e potenzialità dei **1664 medici informazione** nelle nostre Scuole di Specializzazione in Medicina Interna, i futuri **Specialisti in Medicina Interna**.



PARTE SECONDA

I 6 PUNTI PROGRAMMATICI E LE RICHIESTE ALLE ISTITUZIONI

La strategia operativa ed il piano programmatico della SIMI si basano sulla figura dello **Specialista in Medicina Interna**, nell'accezione già riportata (v. Introduzione), uno **specialista che all'interno dei sistemi sanitari ospedalieri e territoriali va**, a norma di legge, riconosciuto, legittimato e, soprattutto, equiparato ad ogni altro specialista di Area Medica, per il ruolo centrale che può rivestire nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nella rete ospedaliera** (PNRR_2021_M6: riorganizzazione rete ospedaliera; integrazione ospedale-territorio; continuità assistenziale) e **nella rete dell'assistenza territoriale** (PNRR_2021_M6: assistenza di prossimità e telemedicina; Cure intermedie; Livelli Essenziali di Assistenza-LEA) come specialista di riferimento i MMG, all'interno delle Case della Comunità e negli Ospedali di comunità (v. anche Sinossi: Proposta).

La SIMI è intitolata e fortemente impegnata, attraverso la propria componente accademica responsabile non solo delle Scuole di Specializzazione in Medicina Interna ma anche, tra le altre, delle Scuole di Specializzazione in Medicina dell'Emergenza Urgenza e delle Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie, a formare i futuri specialisti e professionisti dei reparti di Medicina Interna e dei Pronto Soccorso degli ospedali italiani, e della medicina territoriale (medicina generale, cure intermedie, medicina di prossimità).

PUNTI PROGRAMMATICI

1. Riconoscere ed identificare i reparti di Medicina interna e gli specialisti in Medicina Interna come riferimento nelle emergenze epidemiche e pandemiche.

Nella pandemia Covid-19, come ampiamente riportato e documentato (Parte Prima, sezione C), **gli internisti hanno gestito** (come gestiscono tuttora) **la maggior parte dei pazienti Covid-19**, dimostrando non solo competenze professionali, sia nel setting ordinario che semintensivo, ma anche duttilità e capacità di adattamento al surmenage psico-fisico e gestionale legati al sovraffollamento ospedaliero. **La malattia da Sars-Cov-2 è infatti, a tutti gli effetti, una "malattia internistica" (manifestazioni respiratorie, gastroenterologiche, tromboemboliche,**



neurologiche, reumatologiche ed altro). Così come la multiforme ed insidiosa sindrome post Covid-19 (Long-Covid) che richiede capacità di diagnostica differenziale e gestionali proprie dell'internista.

Tutto quanto fatto dagli internisti nell'emergenza pandemica è stato fatto **in totale mancanza di adeguati riconoscimenti professionali, ristori economici e indennità riconosciute ad altre categorie (indennità di semintensiva, indennità di malattia infettiva)**. Questi internisti sono gli stessi che ogni anno, nei **periodi inter-pandemici**, curano centinaia di migliaia di pazienti complessi, multipatologici, anziani e fragili, la popolazione cioè che, **sia in epoche inter-pandemiche che pandemiche**, impegna la quasi totalità delle risorse ospedaliere e paga il prezzo più alto in termini di mortalità e disabilità.

Alla luce di quanto riportato sopra appare ancor più:

- a. **Incomprensibile, la persistente assenza di Società di Medicina Interna e di Internisti (nell'accezione riportata in questo documento)** dai Comitati Tecnico- Scientifici (CTS) Nazionali e regionali istituiti nell'emergenza pandemica Covid-19.
- b. **Inspiegabile, l'assenza delle Società Scientifiche ed in particolare delle Società di Medicina Interna e di Internisti (nell'accezione riportata in questo documento) dal gruppo di lavoro** che ha redatto il documento "Criteri di appropriatezza per i setting assistenziali di gestione dei pazienti affetti da COVID-19", licenziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) il 19 febbraio 2021 (<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1837-criteri-di-appropriatezza-per-i-setting-assistenziali-di-gestione-dei-pazienti-affetti-da-covid-19>).
- c. **Ingiustificabile, che gli specialisti in Medicina Interna non siano neppure citati** tra gli specialisti coinvolti nel "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023" (del 25 gennaio 2021) adottato dalla **Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 gennaio 2021** (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3005).



2. Revisione della dotazione di posti letto ed organico delle Medicine interne negli ospedali per acuti in linea con l'effettivo carico di lavoro sostenuto e l'effettiva intensità di cura erogata sia che nel setting ordinario che semintensivo.

Il citato DM 13/9/1988 per primo, nel definire gli standard del personale delle Unità Operative di degenza dei presidi ospedalieri a gestione diretta, relega la “Medicina Generale” tra le “specialità di base a larga diffusione” al pari dell’“Astanteria” (art.3 lettera D), a bassa intensità di cura, assegnandole il minimo previsto di personale medico ed infermieristico (rispettivamente 5 medici e 17 infermieri/32 letti, ed ulteriori 3 medici e 17 infermieri per ulteriori moduli da 32 letti). Tali disposizioni, declinate poi attraverso parziali revisioni e adattamenti da parte delle Regioni, e di fatto mantenute nella sostanza, fanno sì che l'attuale dotazione di posti letto e di personale medico ed infermieristico dei reparti internistici siano del tutto inadeguati a) all'effettiva numerosità e complessità dei pazienti assistiti b) all'effettiva intensità di cura erogata c) all'effettiva e comprovata competenza del personale medico ed infermieristico nella gestione di pazienti instabili in un setting semintensivo (v. Parte Prima, sezione C, ultimo paragrafo).

3. Revisione DRG ospedalieri e introduzione DRG della complessità

I ricoveri in Medicina sviluppano nella maggioranza dei casi DRG di basso peso e questo è dovuto al limite che questo sistema ha di cogliere la complessità e la reale condizione clinica. Il DRG deriva principalmente dalla singola patologia causa di ricovero e non valuta la presenza di comorbidità, di co-patologie che direttamente ed indirettamente si influenzano e aggravano reciprocamente e che accompagnano e condizionano il ricovero. Sebbene si possa affermare, in linea generale, che i DRG di basso peso sono associati a patologie di bassa complessità questo non è vero per i DRG che si sviluppano in medicina dove i modelli assistenziali sono spesso spostati verso modalità a maggior consumo di risorse. Il sistema SDO-DRG non riesce a rappresentare adeguatamente la reale condizione clinica del ricoverato; questo limite dovrà essere corretto attraverso sistemi di lettura aggiuntivi che, utilizzando le informazioni contenute nella SDO, saranno in grado di mettere in evidenza la componente relativa alla gravità clinica determinata soprattutto dall'effetto cumulativo delle co-patologie. E' quindi indispensabile che nei DRG medici



Bozza_03

sia misurata e valorizzata la **presenza delle comorbidità condizionanti l'evoluzione clinica, la prognosi, il rischio di morte, la durata della degenza e il consumo delle risorse.**

4. Inserimento della visita specialistica internistica nel Nomenclatore delle attività ambulatoriali.

Il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, (<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>) definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001. L'allegato 4 aggiorna il **Nomenclatore** delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=18/03/2017&redaz=17A02015&artp=4&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001>. **Il Nomenclatore in oggetto non include la visita specialistica in Medicina Interna.** Questo confligge con la realtà sanitaria e con all'attuale emergenza epidemiologica (ampiamente documentata nella prima parte di questo documento) escludendo dalla gestione del paziente cronico multipatologico e fragile, il paziente che oggi dovrebbe essere al centro dell'azione del SSN, il professionista che è maggiormente coinvolto nella sua gestione.

La visita specialistica in Medicina Interna è fondamentale per: a) il mantenimento della continuità assistenziale e la valutazione post-dimissione dei pazienti b) il contenimento dei costi, sia diretti sia indiretti, quest'ultimi a carico esclusivamente del paziente, evitando tra l'altro il continuo ricorso a visite specialistiche c) la riduzione, attraverso la **riconciliazione farmacologica**, della polifarmacoterapia, generata dalla multiprescrizione da parte degli specialisti d'organo e di per se causa di aumento del rischio clinico, maggiore ospedalizzazione e maggiore spesa sanitaria (v. Parte Prima, sezione A2) d) la riduzione delle liste d'attesa sia per visita specialistica che per prestazioni strumentali, queste ultime sempre più spesso effettuate in ambito internistico (ad es. ecografia addominale, eco-doppler venoso arti superiori e inferiori con CUS, eco-doppler dei tronchi sovra-aortici).

5. Estensione agli internisti della prescrivibilità di farmaci innovativi e sua uniforme applicazione sul territorio nazionale.

Le unità ospedaliere di Medicina interna negli Ospedali per acuti hanno in dotazione la maggior parte dei posti letto cui afferiscono circa un milione di pazienti/anno; pazienti ricoverati



per la riacutizzazione di patologie croniche di pertinenza cardiovascolare, metabolica o respiratoria, nonché patologie quali quelle infettive, reumatologiche, oncologiche (v. sezione B2). Gli internisti gestiscono inoltre in regime di ricovero ed ambulatoriale/DH diverse centinaia di migliaia di pazienti con scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, diabete, BPCO, patologie aterotrombotiche, per citarne alcune, patologie per le quali i continui progressi e sviluppi della ricerca farmacologica assicurano oggi nuovi ed efficaci strumenti di cura. Questi pazienti presentano l'associazione delle diverse patologie e sono oggi affidati alla gestione frammentaria di numerosi specialisti d'organo, a volte non richiesti, spesso non tra loro coordinati. Questo ha tra l'altro generato la multi-prescrizione farmacologica, e la politerapia, cause di aumento della spesa sanitaria e del rischio clinico (v. punto 3 sopra e Parte Prima, sezione A2). **Si chiede agli organismi preposti, in particolare all'Agenzia Italiana del Farmaco**, di considerare questi elementi ed il ruolo centrale dell'internista ogniqualvolta si valuti la prescrivibilità di farmaci innovativi per patologie ad alta prevalenza ed impatto clinico-assistenziale [tra cui, a titolo esemplificativo, le malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, coronaropatia, patologie aterotrombotiche) il diabete, la BPCO] , così da **assicurare a tutti i pazienti l'accesso alle cure migliori e a tutti i professionisti (tra cui gli internisti) che quei pazienti hanno in carico, gli strumenti migliori per curarli.**

6. Revisione ed applicazione nazionale della denominazione univoca “Medicina Interna” per gli attuali reparti ospedalieri e ospedaliero-universitari di medicina/medicina generale.

La denominazione “Medicina” e “Medicina Generale” è stata utilizzata originariamente nell'art. 3 lettera D del DM Donat Cattin del 13/9/1988 (in attuazione della legge 8 Aprile 1988, n° 109) relativo agli "Standard Ospedalieri". Tale denominazione: **è in palese contraddizione** con la stessa legge n° 109 del 8/4/1988 che usa il termine “medicina generale” per riferirsi alla medicina territoriale e ai “medici di base” e non certo all'organizzazione dei reparti ospedalieri; **è fuorviante ed in aperto contrasto** rispetto alla denominazione della disciplina di Medicina Generale (e cure primarie) riconducibile alla medicina territoriale che ha connotazioni e finalità proprie e distinte da quelle dalla Medicina Interna; **è in aperto contrasto** con le norme concorsuali vigenti che richiedono la specializzazione in Medicina Interna (e specialità equipollenti) per il personale medico in organico nei reparti in oggetto; è, **nella sua “genericità”, non scevra di connotazione**



negativa e dequalificante per i professionisti che vi operano, professionisti che, al contrario, sono “de facto” specialisti certificati, altamente formati e qualificati.

Si chiede di sanare questa obsoleta, fuorviante e illegittima denominazione dei reparti ospedalieri di Medicina attraverso l’adozione della unitaria denominazione di “Medicina Interna” con eventuali, aggiuntive sotto-definizioni, sulla base di ulteriori indirizzi assistenziali/didattici/di ricerca specialistici riferibili alle strutture in oggetto (ad esempio, a titolo puramente esemplificativo, “Medicina Interna ad indirizzo cardiovascolare” “... ad indirizzo metabolico” “...ad indirizzo epato-gastroenterologico” etc.).

BIBLIOGRAFIA

1. Mannucci PM, Nobili A, Pasina L, Collaborators R. Polypharmacy in older people: lessons from 10 years of experience with the REPOSI register. *Intern Emerg Med.* 2018;13(8):1191-1200.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380(9836):37-43.
3. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA.* 2020;323(18):1775-1776.
4. Grippo F, Navarra S, Orsi C, et al. The Role of COVID-19 in the Death of SARS-CoV-2-Positive Patients: A Study Based on Death Certificates. *J Clin Med.* 2020;9(11).
5. Palmieri L, Vanacore N, Donfrancesco C, et al. Clinical Characteristics of Hospitalized Individuals Dying With COVID-19 by Age Group in Italy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020;75(9):1796-1800.
6. Lenti MV, Corazza GR, Di Sabatino A. Carving out a place for internal medicine during COVID-19 epidemic in Italy. *J Intern Med.* 2020;288(2):263-265.
7. Montagnani A, Pieralli F, Gnerre P, et al. COVID-19 pandemic and Internal Medicine Units in Italy: a precious effort on the front line. *Intern Emerg Med.* 2020;15(8):1595-1597.
8. Corradini E, Ventura P, Ageno V et al. clinical factors associated with death in 3044 covid-19 patients managed in internal medicine wards in Italy. Results from the SIMI-COVID19 Study of the Italian Society of Internal Medicine (SIMI). *Intern Emerg Med.* 2021.
9. Faraone A, Beltrame C, Crociani A, et al. Effectiveness and safety of noninvasive positive pressure ventilation in the treatment of COVID-19-associated acute hypoxemic respiratory failure: a single center, non-ICU setting experience. *Intern Emerg Med.* 2020.

Roma 23 Marzo, 2021

Il Presidente

Antonello Pietrangelo