

CI SONO DIFFERENZE NEL TRATTAMENTO DEL NEFROPATICO SE IL PAZIENTE È RICOVERATO IN MEDICINA O IN NEFROLOGIA?

Commento agli interventi di Giuseppe Quintaliani et al e Raffaele Laureano

Giovanni Cancarini

Direttore, Sezione e U.O.C. Nefrologia, Presidio di Brescia, Università e A.O. Spedali Civili, Brescia

Riassunto

Proposte di modelli organizzativi nuovi e consapevolezza dei limiti delle risorse disponibili stanno portando ad una revisione del sistema ospedaliero in alcune regioni italiane. Questo cambiamento consiste fondamentalmente nel far confluire i reparti specialistici in dipartimenti di Medicina suddivisi in vari livelli di complessità assistenziale nei quali, probabilmente, lo specialista assumerà, col tempo, un ruolo esclusivamente di consulenza, come avviene in altre nazioni, ma non in Italia. Pro e contro di questa proposta sono discussi nei lavori, che commento, di un Internista e di un Nefrologo.

Gli elementi principali da considerare per affrontare questo problema sono: 1) Continuità assistenziale per le patologie croniche; 2) Il ricovero per patologia acuta è estrapolabile dalla continuità assistenziale? 3) Dimensioni dell'Ospedale. Per le sperimentazioni in atto, ci si augura che la valutazione della loro efficacia sia basata su indicatori di outcome clinico e non solo economico-gestionali.

The best place for the hospitalized kidney patient: internal medicine or nephrology? Comment.

Proposals of new organizational models and awareness of the limits of the available resources are leading to certain changes in the hospital organization in some Italian regions. These changes consist mainly of the creation of large departments of internal medicine divided into sections according to the different levels of care, and the abolishment of specialty divisions like nephrology. When this happens, it can be hypothesized that specialists will become mere consultants and will no longer take direct care of the patient. This already happens in many countries but is a novelty in the Italian medical system. This paper comments on the pros and cons of the new model as seen by an internist and a nephrologist in two papers in this issue of the journal.

When addressing this subject, the main factors to be taken into consideration should be 1) long-term care for patients with chronic disease; 2) coordination of admissions for acute and chronic disease; 3) hospital size. It is to be hoped that the efficacy of the new models will be judged not only by managerial and economic criteria, but also using indicators of clinical outcome. [G Ital Nefrol 2010; 27: 26-9]

Conflict of interest: None

✉ Indirizzo degli Autori:

Prof. Giovanni Cancarini

U.O. e Sezione di Nefrologia

A.O. Spedali Civili e Università di
Brescia

Piazzale Spedali Civili 1

25123 Brescia

e-mail: gcancarini@alice.it

cancarini@med.unibs.it

Parole chiave:

Malattia renale cronica,
Medicina,
Nefrologia,
Nefropatico,
Organizzazione ospedaliera,
Ospedalizzazione

Key words:

Chronic kidney disease,
Internal Medicine,
Nephrology,
Kidney patient,
Hospital organization,
Hospitalization

G. Quintaliani (1) e R. Laureano (2) affrontano questa controversia inevitabilmente influenzati dal loro percorso culturale e lavorativo; purtroppo, a questo *bias* non sfugge

neppure il mio commento.

La controversia sembra ristretta alla fase di ricovero, ma, nel caso di pazienti affetti da patologia cronica, vanno considerate possibili

differenze nell'*outcome* a lungo termine, in termini di durata e qualità di vita. In realtà, il fatto che la controversia riguardi Medicina e Nefrologia, suggerisce di conside-

rare il percorso complessivo del nefropatico, visto che il paziente può essere ricoverato in un qualunque reparto specialistico (ortopedia, otorinolaringoiatria, ecc.) o no (chirurgia), in base alla patologia acuta in atto.

Tre aspetti vanno considerati: a) continuità assistenziale nel tempo; b) ricovero per complicanza acuta; c) dimensioni dell'ospedale.

L'insufficienza renale è una patologia cronica metabolica in cui il metabolismo si assesta su nuovi equilibri (ormonali, di escrezione elettrolitica, affinità dell'emoglobina per l'O₂, ecc.) che possono essere finalisticamente interpretati come risultati di meccanismi protettivi. Alcuni di questi non compensano completamente, altri, regolati da sistemi di *feedback* complessi, ma non integrati a livello dell'intero organismo, possono determinare situazioni di "trade-off" che causano complicanze. Al progredire dell'insufficienza renale compaiono una serie di problemi indipendenti dalla patologia renale primitiva, che assumono il ruolo più rilevante nella conduzione clinica. La non consuetudine con questo tipo di pazienti potrebbe indurre a voler riportare i parametri metabolici entro i livelli di riferimento "normali", con conseguenze non necessariamente positive (si veda il tentativo di normalizzare l'emoglobina nei dializzati gravato da importanti effetti collaterali).

Il modello suggerito da Quintaliani (1) è il *Chronic Care Model* che si basa sull'interazione di specifiche figure professionali (medico, infermiere, dietista) ciascuna con una competenza specifica. L'insufficienza renale cronica, con le sue complicanze in atto o potenziali, deve sempre restare sempre al centro dell'attenzione, anche durante il ricovero per una patologia acuta. Nel *Chronic Care Model* il paziente con nefropatia è valutato non solo per la problematica clinica attuale, ma anche considerando la possibi-

le evoluzione a lungo termine (dialisi o trapianto). Questo significa risparmiare i vasi per la fistola, minimizzare il numero di trasfusioni, preoccuparsi di evitare o trattare tempestivamente gli squilibri del metabolismo calcio-fosforico e considerare i fattori di rischio cardiovascolare. L'Ospedale per Acuti può dare una buona risposta al problema immediato, ma allentare la visione a lungo termine necessaria per affrontare le malattie croniche. Su questo aspetto concorda anche Laureano (2) affermando che le patologie croniche devono essere viste come un unico episodio longitudinale e non come assistenza a singoli eventi contingenti. Nella visione di continuità assistenziale, il ricovero presso la Nefrologia anziché in Medicina, sembrerebbe logicamente consequenziale.

Un problema sollevato da Quintaliani (1) è quello della *Clinical Competence*. In realtà la *Clinical Competence* in Nefrologia si va differenziando, nei Centri di maggiori dimensioni, su 5 linee: attività ambulatoriale e rapporti con i MMG, degenza nefrologica, emodialisi, dialisi peritoneale e trapianto. Per tutte queste linee è necessaria una competenza acquisita con l'esperienza e fondata, possibilmente, su basi acquisite durante gli studi. La *Clinical Competence* inizia a formarsi nelle Scuole di Specializzazione che devono fornire le conoscenze fondamentali di tutte le 5 linee. Non sempre questo avviene; ad esempio, negli Stati Uniti, Mehrotra (3), solleva il problema della mancanza o insufficiente *training* in dialisi peritoneale: "many training programs did not create enough time or infrastructure in training fellows in CPD". Non acquisire le basi conoscitive e operative delle varie branche della specialità significa limitare la *Clinical Competence* specialistica e ridurre la valenza.

A proposito di *Clinical Competence*, Quintaliani (1) cita i corsi ECM. Un'organizzazione di eventi ECM,

possibilmente monotematici, con elevata interattività e con studio di casi clinici od applicazione diretta di metodiche, sarebbe sicuramente più efficace nel mantenere o creare le basi per una specifica *Clinical Competence*, rispetto ad alcune tipologie Congressuali diffuse.

In futuro, sistemi di intelligenza artificiale e sistemi esperti saranno di supporto anche in clinica, la loro base sarà costituita dalle Linee Guida. Ne esistono già molte versioni e per numerose patologie o tecniche; negli ultimi anni, si è focalizzato che, per molte terapie o procedure, non esistono studi prospettici randomizzati e controllati sufficienti per dare indicazioni nette, e anziché "raccomandazioni" si esprimono "opinioni"; dalla *Evidence Based Medicine*, si sta passando alla *Best Practice* (4). Nella pratica clinica, anche le Linee Guida basate su prove certe possono essere solamente un'indicazione forte, ma non obbligatoria poiché, spesso, non sono completamente applicabili alle caratteristiche o alla complessità del singolo paziente. Per questo motivo mi pare difficile che un paziente "specialistico" possa essere seguito da non specialisti che, mancando di una competenza specifica, facciano riferimento ad aggiornamenti estemporanei e focalizzati o Linee Guida o sistemi esperti per definire diagnosi e terapie.

Inoltre, la *Clinical Competence* non può essere mantenuta da uno Specialista che si limiti ad un lavoro di consulenza, senza seguire direttamente e continuativamente i pazienti, come avviene in alcuni Ospedali Inglesi. La competenza clinica è qualcosa che va ben oltre le specifiche conoscenze cliniche o tecnologiche (2), si mantiene seguendo, giorno per giorno, i pazienti.

Lo Specialista non può rinunciare alla visione complessiva del paziente; deve mantenere una visione olistica che va oltre i dati vitali, i referti di laboratorio, gli esami stru-

mentali, comprendendo anche i contesti ambientali e sociali dove il paziente vive. Questa visione del paziente è parte integrante della cultura medica e non può essere reclamata come monopolio dell'Internista ed estranea allo Specialista. Lo Specialista che limita il suo intervento all'organo o patologia di stretta pertinenza restringe, di fatto, la sua competenza clinica; in quel caso dovrebbe essere riservato a mero lavoro di consulenza.

Laureano (2) riconosce la capacità di visione complessiva dei bisogni del paziente anche a quegli Internisti di fatto specializzati in particolari patologie (ipertensione, pneumologia, cardiologia, ecc.). L'orientamento ad una specializzazione, tipico di molti Internisti, è la dimostrazione della necessità di restringere il campo di competenza per poterla mantenere a livelli elevati. Non mi è chiaro, tuttavia, perché lo Specialista non possa mantenere una competenza da Internista. Considerata l'età e la complessità della maggior parte dei pazienti ricoverati nelle Unità Operative di Nefrologia, una competenza internistica è necessaria e viene, di fatto, mantenuta dalla routine clinica più in Nefrologia che in altre specializzazioni. A dimostrazione di ciò vi è l'esempio di Laureano (2): il 60% dei dimessi dalla Nefrologia aveva un DRG non nefrologico.

In sintesi, se è il paziente ad essere il centro del sistema, il rischio di una visione specialistica, in senso restrittivo, dovrebbe essere molto ridotto. Se, al contrario, la particolare patologia o il solo episodio acuto sono il centro di riferimento organizzativo del sistema, il rischio può essere elevato.

Un altro aspetto non secondario sono le dimensioni dell'Ospedale. Un conto è l'Ospedale di 500-600 posti-letto con un bacino d'utenza esteso, un altro conto è l'Ospedale di 100-200 posti-letto. Il primo può ospitare numerose specialità ed offrire quanto di più tecnologi-

camente avanzato disponibile. Nel secondo è irragionevole ipotizzare la presenza di Specialità con autonomia strutturale (se si esclude il centro dialisi, nel caso specifico della Nefrologia); la competenza specialistica può qui esprimersi a livello di consulenza che dovrà anche valutare l'opportunità di un trasferimento in ambiente specialistico nell'Ospedale di riferimento.

Ha senso mantenere reparti specialistici nei grandi Ospedali? Trasformare gli Ospedali di maggiori dimensioni in strutture con solo due tipologie di reparti, medicina e chirurgia, seppur stratificate su diversi livelli assistenziali, potrebbe non garantire i risparmi di risorse sperati. Potrebbe verificarsi o un'attenzione rivolta solo al problema acuto intercorrente o, nell'ambito di una visione più complessiva, una richiesta di consulenze tale da prolungare i tempi di degenza.

È anche importante definire i ruoli professionali in gioco: in Ospedale non lavora solo il medico. Negli ultimi anni l'Infermiere ha assunto un ruolo più importante, ma ancora incompleto rispetto alle competenze che ha. Di fatto l'attività infermieristica è di poco variata, nei suoi aspetti pratici, rispetto a quella degli "Infermieri generici" degli anni '70 che avevano una buona tecnica infermieristica, ma un'adeguata base culturale. Nei nostri reparti, la professionalità e l'autonomia infermieristica nell'assistenza non sono riconosciute ed applicate compiutamente e, in questo, i medici hanno una certa responsabilità. Perché i medici che reclamano una competenza, specialistica o meno, non riconoscono la competenza infermieristica? Negli anni '70 esistevano specializzazioni infermieristiche, ma una visione inadeguata ("infermiere unico") ne ha determinato l'abolizione. Quella scelta rispondeva alle esigenze degli Uffici Infermieristici che avevano a disposizione "infermieri tuttofare" da spostare, secondo le necessità, nei

reparti più diversi, ma penalizzava la professionalità infermieristica. Chi ha consuetudine con i reparti specialistici ha chiare le competenze specifiche degli Infermieri che vi lavorano, basti pensare alla rianimazione, alla dialisi, alle unità di terapia intensiva coronarica ed alle sale operatorie. Quella scelta ha determinato l'assenza di una conoscenza di base specialistica; la competenza infermieristica specifica viene oggi acquisita con un addestramento sul campo decisamente costoso (mesi di affiancamento con limitate responsabilità operative) e spesso di tipo operativo, ma senza le basi culturali che permettono di comprendere a fondo i fenomeni ed affrontare situazioni nuove.

L'organizzazione basata su reparti non specialistici e divisi per intensità di cure non può avere un Infermiere competente nell'assistenza a tutte le patologie specialistiche; sarà un Infermiere con numerose capacità superficiali. Per quanti corsi ECM si facciano, come può un Infermiere offrire prestazioni al top allo scompensato cardiaco, al trapiantato di midollo osseo e al dializzato?

L'analisi costi/benefici, citata da Laureano (2) a proposito dell'organizzazione dipartimentale per intensità di cura, non dovrebbe limitarsi allo studio del singolo ricovero o dei vari ricoveri o al costo dell'organizzazione, ma dovrebbe considerare i costi complessivi di tutto il trattamento del nefropatico nel tempo. Un'assistenza attenta solo alla risoluzione del problema acuto riduce i tempi di degenza ed i costi, ma può non mantenere un'adeguata attenzione alla prevenzione secondaria e terziaria di un paziente con patologia cronica; in pratica, benefici economici immediati, ma con il rischio di un bilancio meno favorevole a lungo termine.

Le considerazioni che ho espresso finora sono state rivolte agli aspetti puramente clinici, ma questi devono trovare una soluzione

organizzativa che abbia un costo sostenibile dal sistema (2). L'aumento della durata della vita, l'elevata percentuale di pazienti con età e complessità elevata, sono fattori fortemente condizionanti i modelli di sviluppo del sistema sanitario. In un sistema basato su sussidiarietà e solidarietà quale il nostro, l'incremento progressivo della spesa Sanitaria potrebbe raggiungere livelli non sostenibili ed obbligare a soluzioni idonee a mantenere un'assistenza estesa a tutti, ma a ridotto livello di complessità. Non è la soluzione desiderabile, ma potrebbe essere l'unica praticabile. Esistono previsioni, spero pessimistiche, sulla possibilità che, entro il 2020, l'Italia possa trovarsi al limite della possibilità di incremento della spesa Sanitaria. Il "nuovo Ospedale" citato da Laureano (2) può essere considerato come la fase sperimentale di modelli organizzativi futuri obbligati; va considerato con attenzione per evidenziarne pregi, difetti e possibili interventi correttivi.

L'integrazione di competenze specialistiche, multidisciplinari e multiprofessionali (2) richiederà un lavoro di *team* i cui risultati dipenderanno non solo dal contesto organizzativo, ma dalla capacità, dei

professionisti coinvolti, di svolgere un lavoro di squadra e con rispetto delle competenze di ciascuno. Accanto alla competenza clinica diventerà fondamentale anche la competenza collaborativa non basata su empiriche esperienze personali, ma acquisita già durante i corsi di laurea, per tutte le professioni di tipo Sanitario.

Il fatto che negli Stati Uniti si sia creata una nuova specializzazione, il medico "Hospitalist" (5) dimostra che si stanno cercando nuovi modelli organizzativi anche negli Ospedali di quelle nazioni in cui il modello di degenza dipartimentale è in atto da decenni. Wachter e Goldman (5) dichiaravano che il medico di base (o MMG) idealmente avrebbe dovuto farsi carico di tutti gli aspetti di cura (dalla prevenzione al trattamento del paziente acuto ricoverato) avendo così una visione olistica del paziente. Ma questo non avveniva perché contrastava con l'organizzazione manageriale e la sua enfasi di efficienza. Per questo motivo gli Autori prevedevano che avremmo assistito alla rapida crescita di un nuovo tipo di medici, definiti "hospitalist", che sarebbero divenuti responsabili del trattamento dei pazienti ospede-

dalizzati nello stesso modo in cui il MMG si prendono cura del paziente non ricoverato. In pratica, il modello prevede l'istituzione di una figura intermedia tra l'Internista ed il MMG, quindi su un piano diverso da quello proposto da Laureano. Ad oggi circa 20000 "Hospitalist" sono in servizio negli USA.

Da quanto descritto da Laureano (2) e Quintaliani (1) e dal mio commento, è evidente che si è alla ricerca di un nuovo modello di organizzazione per l'Ospedale probabilmente più per la necessità di contenere le risorse che per migliorare la qualità delle cure o meglio, per mantenere un sufficiente livello di assistenza nonostante il progressivo ridursi delle risorse disponibili. In Toscana questo tipo di sperimentazione è già iniziato e altre Regioni si apprestano a provarlo. Bisogna sperare che, in quelle sperimentazioni siano stati inclusi indicatori di outcome clinico che ci permettano di esprimere un giudizio corretto.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Quintaliani G, Gambirasio C, Stripoli G.F.M. Ci sono differenze nel trattamento del nefropatico se il paziente è ricoverato in medicina o in nefrologia? Sì le differenze sono notevoli. *G Ital Nefrol* 2010; 27: 10-9.
2. Laureano R. Ci sono differenze nel trattamento del nefropatico se il paziente è ricoverato in medicina o in nefrologia? Non ci sono differenze se il sistema è ben organizzato. *G Ital Nefrol* 2010; 27: 20-5.
3. Mehrotra R. Peritoneal dialysis penetration in the United States: march toward the fringes? *Perit Dial Int* 2006; 26: 419-22.
4. Zoccali C, Abramowicz D, Cannata-Andia JB, et al. European best practice quo vadis? From European Best Practice Guidelines (EBPG) to European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrol Dial Transplant* 2009; 23: 2162-6. Epub 2008 May 9.
5. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996; 335: 514-7.