



XIX Congresso Nazionale

**Carenza nazionale di Medici, invecchiamento della
popolazione e mantenimento
della qualità delle scuole di specializzazione**

Matteo Pirro

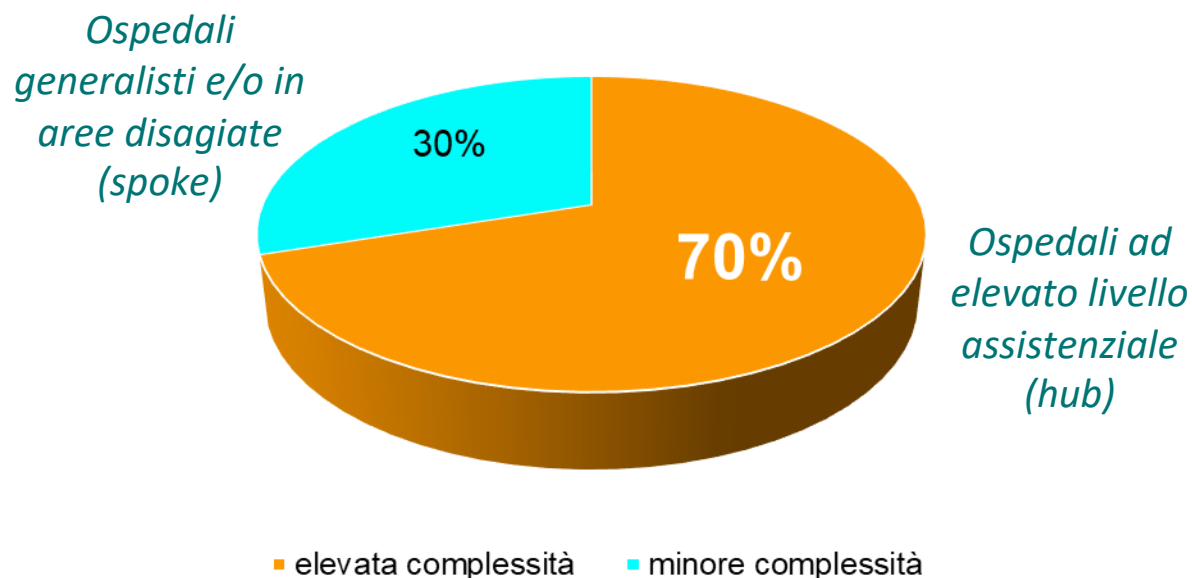
Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Perugia



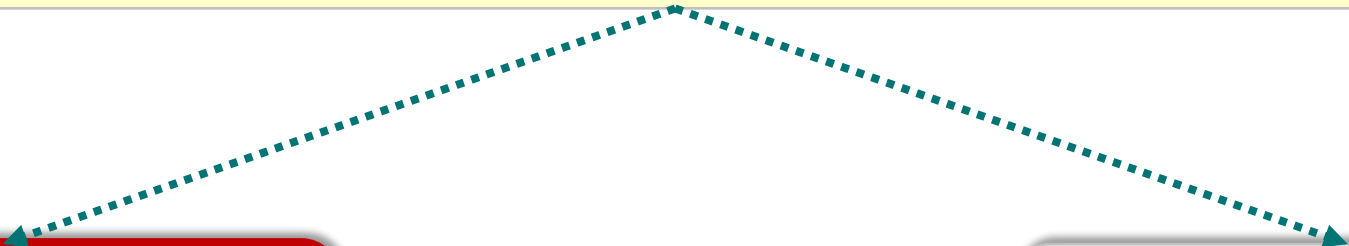
Carenza nazionale di Medici...il contesto

- ~ 1000 reparti di Medicina Interna in 995 strutture ospedaliere
- ~ 30.000 (14%) posti letto (vs 220.000 posti letto ospedalieri totali)



Carenza nazionale di Medici...il contesto

- ~ 842.000 (15%) ricoveri in Medicina Interna (vs 5.5 milioni ricoveri ospedalieri totali)
- ~ dei circa 842.000 ricoveri in Medicina Interna, il 16% (135.000 ricovero) sono ripetuti

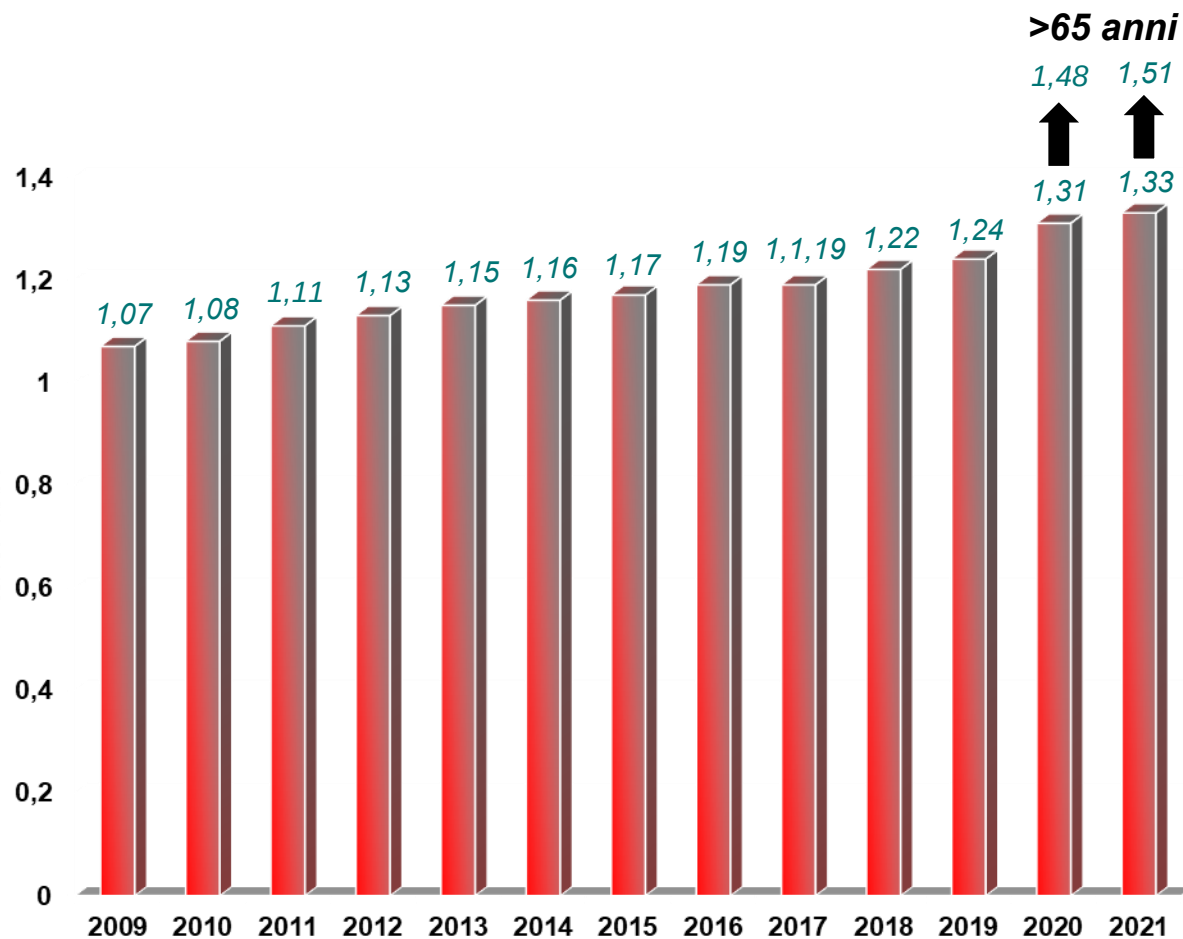


Pazienti complessi

“Territorio” carente

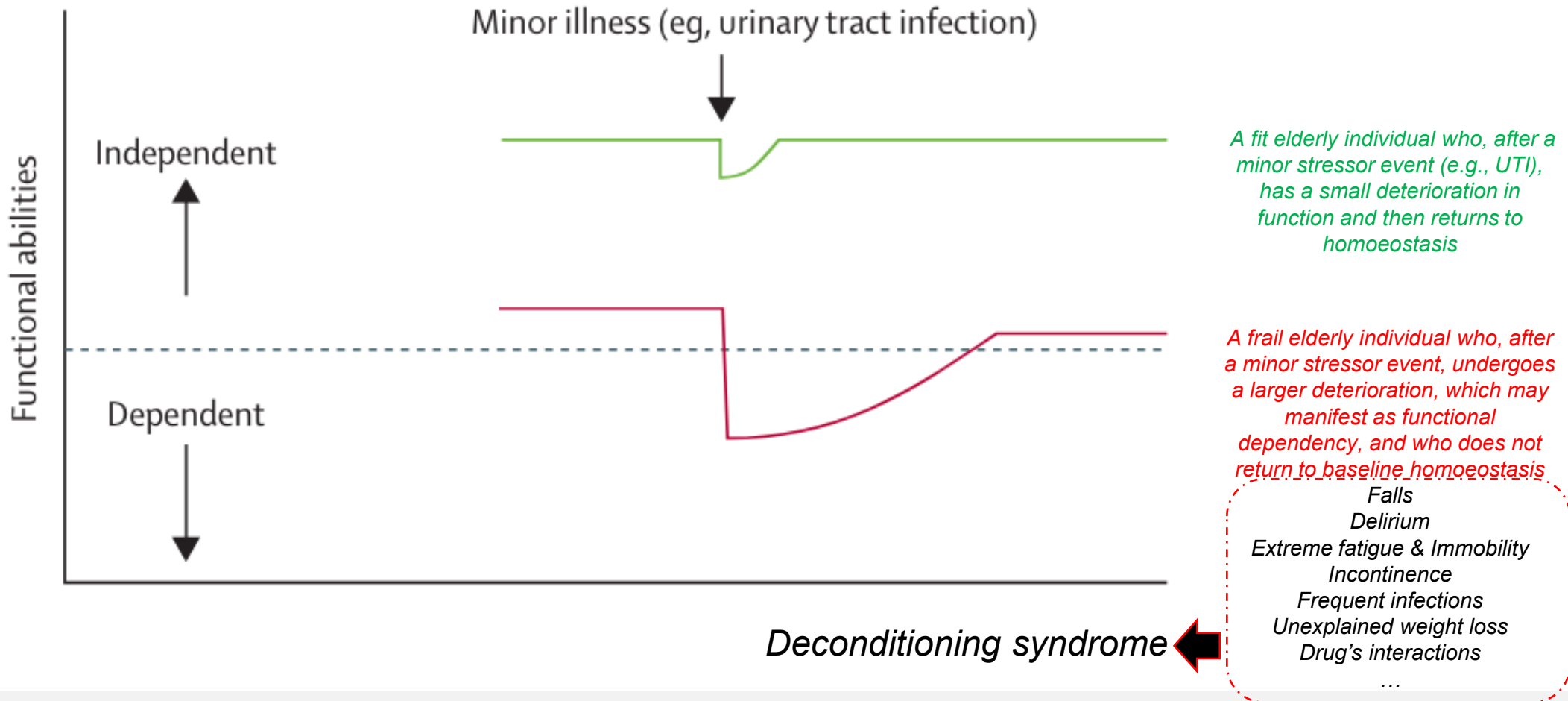
Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero - Ministero della Salute -

Peso medio ricoveri



Vulnerabilità dell'anziano «fragile» immediatamente dopo un evento clinico minore

Perdita di autonomia



Evoluzione della complessità in Medicina Interna

- Fattori predisponenti:

- Invecchiamento
- Poli-patologia (*da invecchiamento, da miglior gestione di acuzie, cronicizzazione di malattie, da affinamento diagnostico, da medicina difensiva, iatrogeno, ecc.*)
- Aumento intensità di cura (*e.g. DRG medio M.I. vs UTIC*)
- COVID-19
- Deriva iperspecialistica delle Aziende Ospedaliere (*generazione di “residuo specialistico”*)
- Deriva legalitaria del rapporto medico-paziente-familiari
- Aggravante del disagio sociale e della carente assistenza nel territorio (*e.g. anziani fragili, indigenza, ecc.*)
- “Rinuncia abdicativa” generalizzata alla gestione del fine vita
- Mutamenti socio-demografici e sanitari (*e.g. migrazioni, ecc.*)
- Tempo dedicabile (*e.g. smaltimento liste d’attesa, incombenze amministrative, indicatori di performance, ecc.*)
- Carenze di organico (*e.g. standard per il personale sanitario: DM 109/1988 Donat Cattin*)



Eterogeneità clinico-assistenziale ad altissimo consumo di risorse (*e.g. psico-fisiche, economiche*) e bassissima remunerazione



Ridotta attrattività

Carenza di organico negli Ospedali ed in Medicina Interna

***Negli ospedali italiani
mancano ~30.000 medici di
cui il 7% di Medicina
Interna***



***Una quota sempre crescente di medici
strutturati (+++ «internisti») è ancora
in formazione specialistica***

Impatto dell'attività degli Specializzandi sugli outcomes clinici

van der Leeuw et al. BMC Medicine 2012, 10:65
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/65>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes

Background: Residents are vital to the clinical workforce of today and tomorrow. Although in training to become specialists, they also provide much of the daily patient care. Residency training aims to prepare residents to

Condizioni essenziali per generare un outcome favorevole

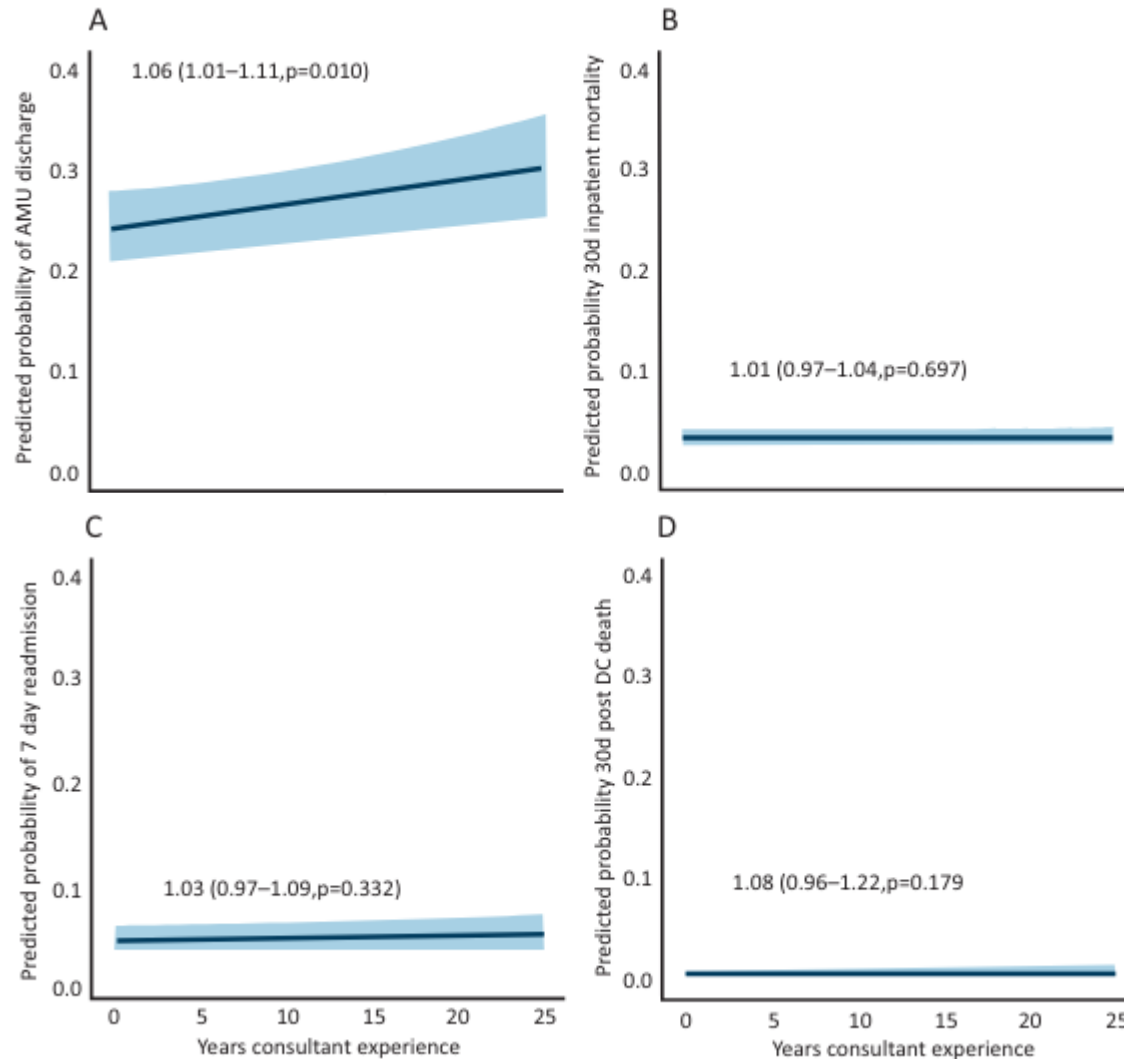
but individual progression of residents as well as progression through residency training had positive effects on patient outcomes.

management by residents was reported safe in a large multicenter study with adequate rescue options [51].

Seven of the 14 observational studies reported improved patient outcomes after implementation of a new training program [96,108], supervision [104,106] or simulator training and debriefing [95,97,105].

Esperienza lavorativa ed outcomes

Unscheduled acute medical unit (AMU) admissions (n=66,929) admitted by 56 consultant physicians between 2017 and 2020 to two large teaching hospital AMUs in Scotland



Financial implications

“Discharges for consultants of 20 and 25 years’ experience equates to £1.08 million and £1.38 million per year, respectively across the two subject hospital sites.”

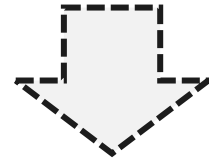
Percezione dell'attività degli Specializzandi da parte di tutor e pazienti

Question (perception on. . .)	Staff on training category	Perceived by. . .							
		Students (N = 389)		Residents (N = 355)		Patients (N = 347)		HCWs (N = 722)	
		Median (IQR)	OR (95% CI)	Median (IQR)	OR (95% CI)	Median (IQR)	OR (95% CI)	Median (IQR)	OR (95% CI)
A1) Assistance improved by staff on training	Residents	5 (5-5)	0.78 (0.41-1.48)	5 (5-5)	1	5 (4-5)	0.49 (0.26-0.93)	4 (3-5)	0.14 (0.08-0.26)
	Students	3 (3-4)	1	3 (2-4)	0.68 (0.43-1.09)	4 (3-5)	2.94* (1.49-5.78)	3 (2-3)	0.41 (0.25-0.67)
A2) Human side assistance contribution	Residents	/	/	4 (3-5)	1	/	/	5 (4-5)	1.54 (0.79-2.98)
	Students	4 (3-4)	1	/	/	/	/	3 (3-4)	0.42 (0.25-0.69)
B1) Preservation of privacy	Residents	/	/	5 (4-5)	1	5 (5-5)	3.17 (1.54-6.57)	5 (4-5)	0.65 (0.39-1.10)
	Students	5 (4-5)	1	/	/	5 (5-5)	2.40 (1.03-5.61)	4 (3-5)	0.20 (0.12-0.34)
B2) No accidental data diffusion	Residents	/	/	5 (4-5)	1	5 (5-5)	1.74** (0.56-5.40)	5 (4-5)	0.36** (0.16-0.80)
	Students	5 (4-5)	1	/	/	5 (4-5)	3.19 (1.50-6.79)	4 (3-5)	0.39 (0.23-0.65)
C1) Medical record management	Residents	/	/	5 (4-5)	1	/	/	4 (2-5)	0.09* (0.03-0.22)
	Students	5 (5-5)	1	/	/	/	/	4 (3-5)	0.09 (0.48-0.17)
C2) Informed consent collection	Residents	/	/	5 (5-5)	1	/	/	5 (4-5)	0.04** (0.01-0.29)
C3) Reporting mistakes	Residents	/	/	4 (4-5)	1	/	/	4 (3-5)	0.28* (0.13-0.60)
	Students	5 (4-5)	1	/	/	/	/	3 (2-4)	0.15 (0.08-0.27)
C4) Hand washing	Residents	/	/	4 (4-5)	1	5 (4-5)	1.39* (0.61-3.15)	4 (4-5)	0.51 (0.32-0.82)
	Students	4 (4-5)	1	/	/	5 (5-5)	5.12 (2.28-11.51)	4 (3-4)	0.16 (0.09-0.28)
C5) Patients' pain immediately reported by students	Students	4 (3-5)	1	/	/	5 (4-5)	4.07 (1.71-9.70)	/	/
D1) Distinguishing staff on training from HCWs	Residents	/	/	3 (2-4)	1	4 (2-5)	2.13* (1.25-3.63)	4 (2-4)	1.20 (0.77-1.87)
	Students	4 (2-5)	1	/	/	4 (4-5)	5.43* (2.15-13.72)	4 (3-4)	0.85* (0.51-1.44)
D2) Patients' trust	Residents	/	/	4 (4-4)	1	5 (5-5)	10.20 (5.80-18.11)	4 (3-5)	1.10 (0.07-1.74)
	Students	3 (2-4)	1	/	/	4 (4-5)	15.23 (7.21-32.19)	3 (2-3)	0.77* (0.40-1.49)
D3) Patients' satisfaction of staff on training assistance	Residents	/	/	/	/	5 (5-5)	1	4 (4-5)	0.10 (0.05-0.18)
	Students	/	/	/	/	4 (3-5)	1	3 (3-4)	0.23* (0.11-0.48)
D4) Adequate students flow within wards	Students	2 (1-2)	0.10 (0.05-0.19)	2 (2-3)	0.19 (0.10-0.36)	4 (2-5)	1	2 (1-3)	0.09* (0.04-0.20)

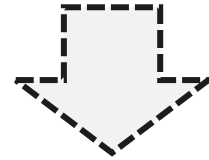
Carenza di organico in Medicina Interna (-2100 unità)

+

Aumento delle «esigenze» internistiche (quantitative e qualitative)



Insufficiente risposta internistica alle crescenti esigenze assistenziali



Primary and secondary outcomes of bedspaced vs nonbedspaced patients (n=22,519) admitted under the General Internal Medicine service (April 2012– December 2014) based on discharge location.

	Bedspaced	Nonbedspaced	Estimated difference	<i>P</i> value [*]
LOS (days, 95% CI)	4.1 [3.69,4.58]	6.2 [5.74, 6.71]	2.1 [1.69,2.49]	<.001
ELOS (days, 95% CI)	6.1 [5.78,6.40]	6.4 [6.16, 6.69]	0.3 [0.20,0.47]	<.001
%ELOS (95% CI)	70.2 [62.22,78.18]	91.7 [85.62,97.78]	21.5 [15.91,27.08]	<.001
30-Day-Readmission [†]	9.8 [8.60, 11.24]	10.3 [9.34,11.29]	0.95 [0.87,1.05]	.24
In-hospital Mortality [†]	2.6 [1.55, 4.53]	3.3 [2.03,5.32]	0.80 [0.69,0.93]	.003
Adverse events [‡]	0.20 [0.15,0.26]	0.60 [0.52,0.70]	0.3 [0.42,0.26]	<.001

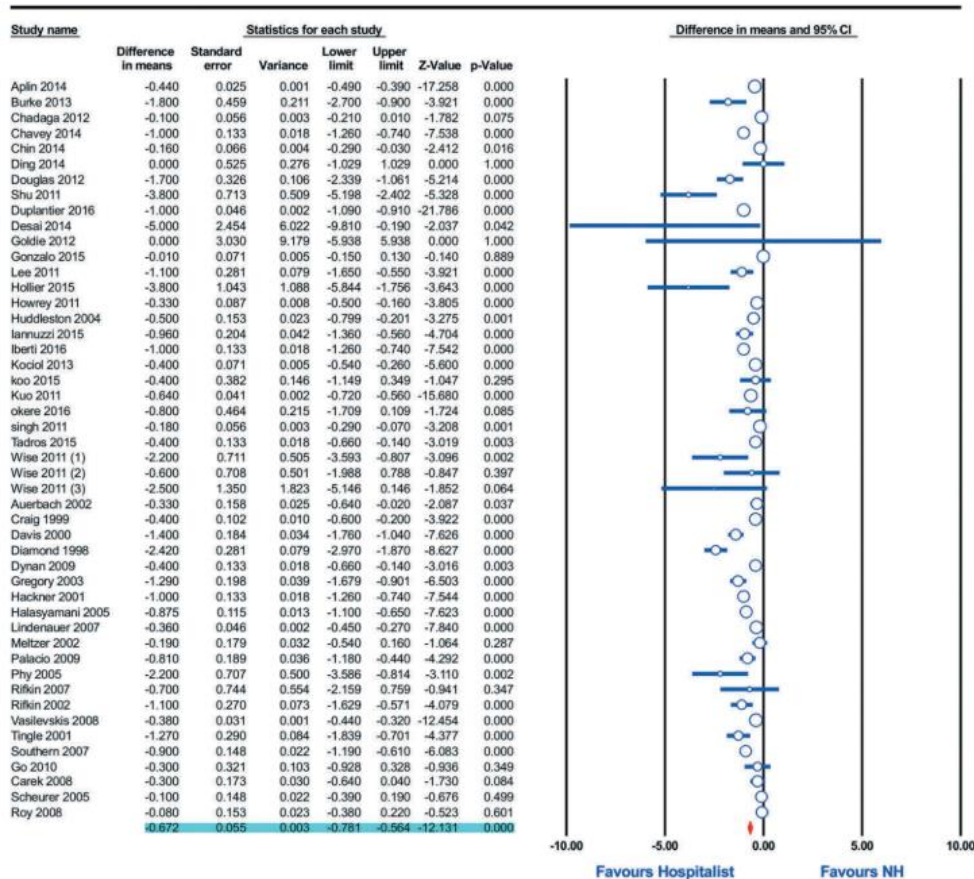
^{*} Wald test *P* values against the null hypothesis of no difference.

[†] Events per 100 patients, difference given as odds ratio.

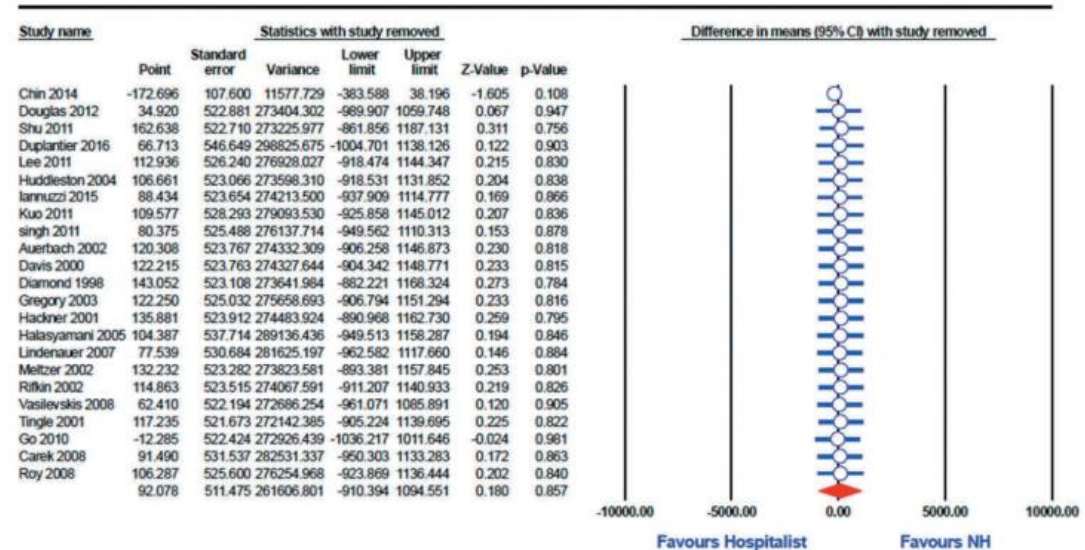
[‡] Events per 100 patient days, difference given as rate ratio.

Ricovero internistico in Ospedale vs altri setting assistenziali

LOS

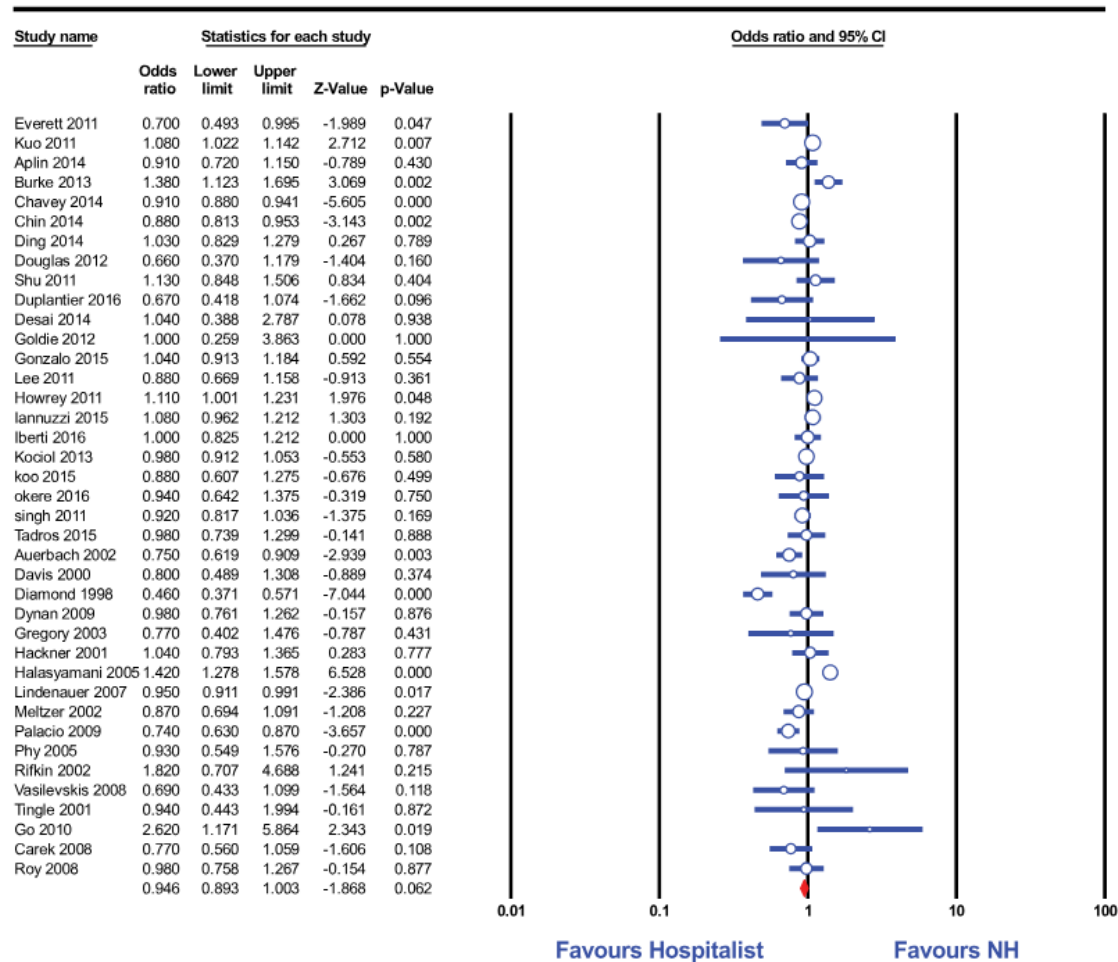


COSTS

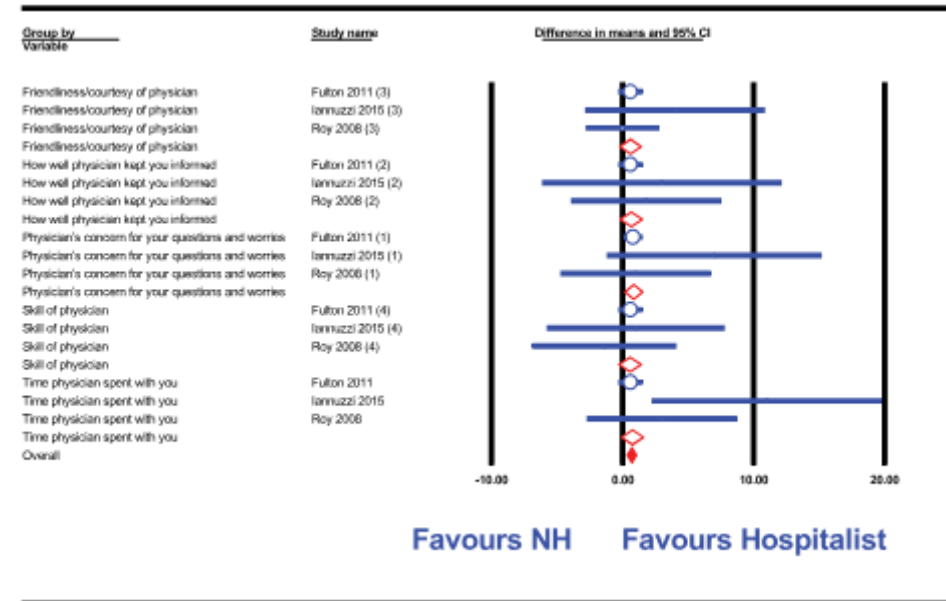


Ricovero internistico in Ospedale vs altri setting assistenziali

Mortality and/or Readmission



Patients' satisfaction



Carenza nazionale di Medici...il contesto

- ~ 842.000 (15%) ricoveri in Medicina Interna (vs 5.5 milioni ricoveri ospedalieri totali)
- ~ dei circa 842.000 ricoveri in Medicina Interna, il 16% (135.000 ricovero) sono ripetuti

```
graph TD; A[~ dei circa 842.000 ricoveri in Medicina Interna, il 16% (135.000 ricovero) sono ripetuti] -.-> B[Pazienti complessi]; A -.-> C["Territorio" carente];
```

Pazienti complessi

“Territorio” carente

Carenza del territorio nella gestione dei pazienti internistici (e.g. anziani)

STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE AL 1 GEN 2022 (FONTE ISTAT)

i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono 12.576. L'offerta è di circa 414 mila posti letto, sette ogni 1.000 persone residenti. Gli ospiti ammontano a 356.556.

- Il 75,5% dei pazienti anziani ricoverati rimane impropriamente in ospedale perché non ha riferimenti (familiari, «badanti», ecc.)
- Il 49% dei pazienti aventi diritto non ha possibilità di entrare in una Rsa.
- Il 64,3% dei pazienti protrae il ricovero oltre il necessario perché non sono disponibili strutture sanitarie intermedie nel territorio
- il 22,4% dei pazienti ha difficoltà ad attivare l'Adi

Come garantire la qualità delle scuole di specializzazione

- Questioni di «Forma» -

- Durata adeguata del percorso formativo delle scuole di specializzazione
- Evitando di seguire teorie iperpragmatiste (*i.e.*, questioni di scopo e metodo: *certificazione unica delle attività pratiche (e non teoriche) effettuate da parte degli enti di incardinamento per garantire coperture di vuoti di organico*) prive di supporto concreto e che espongano a rischi (*comma 548-bis, articolo 1 della legge 145/2018, come modificato dal decreto-legge 2 marzo 2024, n.19, convertito in legge con modificazioni dalla legge 56/2024*)
 - La didattica è parte fondante del processo di formazione specialistica universitaria (*vedi 1) settori obbligatori, 2) requisiti specifici disciplinari per accreditamento S.S. : indicatore ASN ≥ 0.7*)!
 - La verifica delle competenze acquisite è parte fondante del processo di formazione specialistica universitaria !
- Verificando e chiedendo conferma formale agli enti di incardinamento circa l'effettivo svolgimento di attività professionalizzanti in un «*territorio carente*»
- Ricordando che la Scuola di Specializzazione è la struttura garante, per competenza e per norma, del corretto svolgimento del percorso formativo universitario, che permetterà il rilascio del titolo da parte della Scuola medesima e quindi dell'Università.

Come garantire la qualità delle scuole di specializzazione

- *Questioni di «Sostanza»* -

- Adeguamento di programmi didattici alle mutevoli esigenze socio-assistenziali
 - Implementazione dell'attività sub-intensiva internistica
 - Formazione su flussi territorio-ospedale-territorio
 - Istituzione di un calendario nazionale di seminari cui partecipano tutte le S.S. MED/09
 - Implementazione di attività peculiari della mission accademica (e.g., progettazione ed interpretazione di trial clinici, analisi statistica, journal club, ecc.)
- Partecipazione ai processi di integrazione e coordinamento dei diversi operatori sanitari (cure primarie, cure specialistiche, ospedali, dipartimenti d'emergenza, strutture territoriali)
- Formalizzazione di percorsi di eccellenza intra/inter-universitari supervisionati

Come garantire la qualità delle scuole di specializzazione

- *Questioni di «Sostanza»* -

- Istituzionalizzare l'attività sub-intensiva internistica
- Revisione del DM 109/1988 Donat Cattin
- Il collegamento casa-territorio-ospedale-medicina interna-post-acuzie-casa deve essere ben delineato nei diversi passaggi (i.e., chi, cosa, come e quando) con regole di ingaggio rigorose
- La regia tecnico-burocratica delle COT necessita di un upgrade di competenze internistiche
- La gestione della sanità territoriale (e.g., ospedali di comunità, RSA, ecc.) non può essere a quasi esclusivo carico del personale infermieristico
- Gli sbocchi professionali dello specialista internista devono essere meglio codificati