

IL RICOVERO NEI REPARTI DI MEDICINA INTERNA

Eccesso di domanda come causa di inappropriatelyzza

V. Arienti · S. Pretolani · C. Luppi · M. Pescerelli
C. Bottari

© SIMI, Società Italiana di Medicina Interna 2008

Abstract *Hospital overcrowding leads to unsafe hospitals. Our hospital has implemented an admission organisation system based on distribution impartiality and appropriateness criteria. Inappropriate admission and errors occur when there is excess demand. The health structures themselves are now also independently responsible, due to the unsuitability and insufficiency of the organisation, apart from any negligent conduct on the part of individual professionals.*

Keywords *Hospital overcrowding · Inappropriate admissions · Medical error · Responsibility*

V. Arienti (✉) · S. Pretolani
Medicina Interna A
Dipartimento Medico, AUSL di Bologna
Largo B. Nigrisoli 2
40133 Bologna
e-mail: vincenzo.orienti@ausl.bo.it

C. Luppi
Servizio Assistenza Tecnica e Riabilitazione
Dipartimento Medico, AUSL di Bologna
Bologna

M. Pescerelli
Avv. del Foro di Bologna e consulente Associazione Nazionale
Primari Ospedalieri
ANPO Sez. Emilia Romagna
Bologna

C. Bottari
Dipartimento di Scienze Giuridiche
Università di Bologna
Bologna

Introduzione

Tutti gli anni, specialmente nel periodo invernale, si verifica un eccesso di domanda sanitaria, con iperafflusso in Pronto Soccorso (PS), sovraffollamento degli ospedali e conseguente aumento dei ricoveri, soprattutto in Medicina Interna.

Questo fenomeno ha un impatto così rilevante da indurre una particolare attenzione da parte non solo dei ricercatori [1, 2] ma anche dei media, come testimoniato dai numerosi articoli recentemente apparsi su giornali, televisione e internet [3, 4]. La maggior richiesta di ricovero inoltre provoca le “code” in PS, con allungamento dei tempi d’attesa per la visita, e i “letti in soprannumero”, spesso sistemati nei corridoi. Entrambe queste situazioni critiche creano gravi disservizi e frequenti lamentele, sia da parte dei pazienti che dei medici e degli infermieri.

Sovraffollamento degli ospedali ed insicurezza

Il sovraffollamento degli ospedali nei mesi invernali non è un fatto solo locale, ma trova riscontro in ambito nazionale e internazionale.

Un recente studio australiano dimostra che gli ospedali sovraffollati sono insicuri. In essi, infatti, la mortalità a 7 giorni aumenta in modo lineare fino al 60% (*hazard ratio* da 1,1 a 1,7; $r=0,98$; 95% CI, 0,79–1,00) in funzione del sovraffollamento, sia del PS che dei reparti. Anche la mortalità a 30 giorni aumenta in modo significativo in rapporto all’indice di occupazione (IO) dei posti letto (4,4% se IO <90% vs 6,1% se IO >100%, $p=0,001$). Lo stesso lavoro dimostra che l’aumento della mortalità è indipendente dall’età del paziente, dalla stagione, dal tipo di dia-

gnosi o dal livello di urgenza [1]. Richardson, comparando circa 30000 ingressi in Dipartimenti di Emergenza affollati rispetto ad altri non affollati [2], ha ottenuto un analogo risultato, con aumento del rischio relativo (RR) di morte a 10 giorni (RR 1,34 95% CI, 1,04–1,72).

Altri autori hanno dimostrato che nelle stesse condizioni di iperafflusso, le terapie vengono iniziate in ritardo [5], vi è maggiore possibilità di errore umano in rapporto a restrizione delle risorse [6] e spesso i pazienti che richiedono cure mediche sono ricoverati in reparti chirurgici e viceversa [1]. In quest'ultima situazione, il sovrappollamento rappresenta la prima evidenza di un aumento del rischio di mortalità precoce intraospedaliera [7].

I ricoveri in Medicina Interna all'Ospedale Maggiore di Bologna

I ricoveri nei reparti di Medicina Interna sono andati progressivamente aumentando nell'ultimo decennio in maniera significativa in tutta Italia, in particolare in Emilia-Romagna e a Bologna. Questo fenomeno è correlato non solo a cause epidemiologico-demografiche, ma anche all'implementazione di nuove modalità di assistenza sanitaria territoriale e a modifiche delle strutture ospedaliere.

L'invecchiamento della popolazione di Bologna ha avuto un andamento in crescita lineare, parallelo a quello riscontrato sia dell'età media dei pazienti ricoverati, sia del numero dei ricoveri/anno da PS nelle Unità Operative di Medicina Interna (8000/anno nel 2006, rispetto ai 4000 del 1986). Tuttavia, in controtendenza rispetto a questi dati, si è realizzata una progressiva riduzione del numero dei posti letto in dotazione ai reparti ospedalieri di Medicina Interna, che nell'Ospedale Maggiore si sono ridotti dai 180 del 1986 a circa 40 per singola Unità Operativa nel 2006 (Fig. 1).

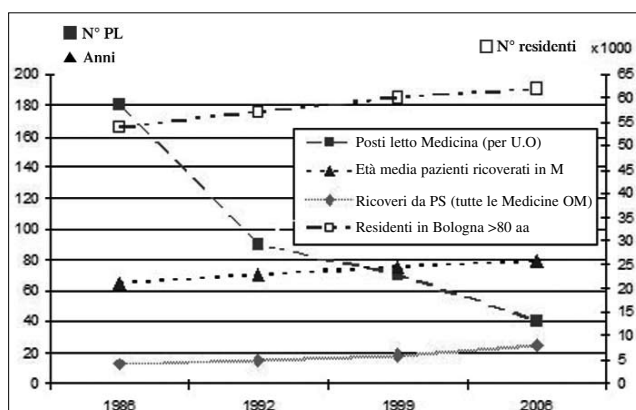


Fig. 1 Andamento degli ultraottantenni residenti a Bologna, dell'età media dei ricoverati in Medicina Interna, del numero dei ricoveri da Pronto Soccorso e del numero dei posti letto nelle U.O. di Medicina Interna nell'Ospedale Maggiore di Bologna (aa. 1986–2006)

In relazione a quanto documentato nel paragrafo precedente, nel 1998 i ricoveri da PS nelle Medicine Interne dell'Ospedale Maggiore erano caratterizzati da un iperafflusso costante e in crescita progressiva. Il fenomeno era per di più gravato, in modo del tutto imprevedibile, da un'elevata variabilità dei pazienti ricoverati, sia per quanto riguarda il numero che il sesso, con intervallo compreso fra 2 e addirittura 15 pazienti in una stessa UO nelle 24 ore. Tale variazione riguardava anche la cadenza di ingresso in una singola Medicina Interna, con più accessi concentrati in un breve lasso di tempo nella stessa giornata (ad esempio 2–3 pazienti in 50–60 minuti) o, nella stessa settimana, in pochi giorni consecutivi (ad esempio 9–12 pazienti tra venerdì e sabato).

Oltre agli ingressi da PS si aggiungevano poi quelli derivanti dai trasferimenti, quasi "obbligati", dei pazienti già degenti presso altre Unità Operative, secondo una metodologia consolidata negli anni, che considerava la Medicina Interna non una branca specialistica al pari delle altre, ma un'area di degenza "comune" che poteva accogliere qualsiasi tipologia di paziente, medico o chirurgico, finanche critico, instabile o persino terminale [8]. È intuitivo come in tale situazione fosse impossibile qualsiasi tipo di ricovero programmato, previsto nello standard di prodotto di ogni UO di Medicina Interna, in funzione della *mission* specifica, e tanto meno ogni altra attività di formazione e di ricerca clinica.

Il risultato finale era un pressoché costante sovraffollamento del reparto, con pazienti ricoverati in letti in soprannumero e spesso "sistemati" in corridoio, con ovvie limitazioni sia per quanto riguarda lo standard clinico-assistenziale che il *comfort* alberghiero. L'attività quotidiana di reparto veniva così finalizzata esclusivamente a risolvere le situazioni di emergenza-urgenza clinica e organizzativa, senza poter programmare alcun'altra iniziativa, di reparto e/o di ambulatorio. Inoltre tali criticità, protrattesi negli anni, avevano prodotto rilevante demotivazione nel personale e instaurato un elevato grado di conflittualità tra le diverse categorie professionali. Da quanto sopra esposto, emerge con chiarezza che il presupposto preliminare allo svolgimento di qualsiasi azione di miglioramento era condizionato al superamento dell'iperafflusso.

Un modello organizzativo per la gestione dei ricoveri: il "Cruscotto"

Per risolvere le criticità sopradescritte si è disegnato un approccio metodologico che, sul piano teorico, vedesse l'affermazione e la diffusione di concetti e di caratteristiche proprie della Medicina Interna e, sul piano pratico, l'istituzione di un nuovo modello organizzativo per la gestione dei ricoveri, denominato "Cruscotto".

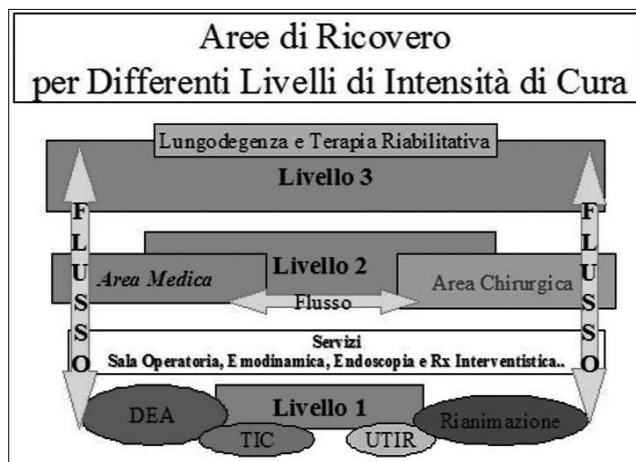


Fig. 2 Flussi intraospedalieri dei pazienti ammessi nei diversi reparti delle varie aree di ricovero, in funzione del livello di intensità di cura

Le caratteristiche proprie della Medicina Interna

Nelle Medicine Interni, oggi, viene sempre più di frequente ricoverato un paziente anziano e “fragile” che, in occasione e per effetto di eventi acuti o di riacutizzazioni di patologie croniche, è spesso ad alto rischio di perdere l’auto sufficienza. Le caratteristiche dei ricoveri che afferiscono alle Medicine Interni sono:

- provenienza, prevalentemente da Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza;
- tipologia, patologie internistiche multiple e complesse sia sul piano medico che infermieristico;
- prevalenza di patologia in ordine decrescente: apparato cardiocircolatorio, apparato respiratorio, sistema nervoso, malattie dell’apparato digerente, endocrinometaboliche e del sangue. Tale prevalenza è stata confermata anche da una nostra analisi dei DRG medici su un campione di ricoveri del 2005 negli Ospedali Maggiore e Bellaria [dati personali].

È ben noto che tali categorie di pazienti possono richiedere diversi livelli di intensità di cura, in funzione della criticità del ricovero, ed è stato quindi definito un diagramma di flusso che identifica le sedi più appropriate ove i pazienti con specifica patologia internistica debbano essere ricoverati (Fig. 2).

Il “Cruscotto”

Nel 2002, all’interno del Presidio Ospedaliero di Bologna, composto dai due ospedali Maggiore e Bellaria rispettivamente di 600 e 300 posti letto totali, fu costituita una Commissione Cruscotto composta da alcuni Direttori di UO area medica e dell’emergenza oltre a referenti di Direzione Sanitaria. Sulla base dell’appropriatezza, definita sia dalle caratteristiche dei ricoveri nelle Medicine

Interne che dai livelli d’intensità di cura del singolo paziente, fu calcolato, su base retrospettiva, il numero medio settimanale dei ricoveri inviati in area medica da Pronto Soccorso-Medicina d’Urgenza (PS-MEU). Tale numero risultò pari a 146 nel semestre primavera-estate e a 167 nel semestre autunno-inverno. Al fine di poter disporre di un numero di posti letto (PL) congrui con la domanda, è stata quindi calcolata l’offerta di posti letto messi a disposizione per il PS-MEU, da ogni singola Unità Operativa di area medica che partecipava al “Cruscotto” (totale dei posti letto delle UO partecipanti al “Cruscotto” di area medica pari a 311). Il valore del “debito di ricoveri” settimanale (DSUO) per ogni UO è stato ottenuto, utilizzando la formula sotto riportata, secondo parametri di massima efficienza stabiliti *ad hoc* dalla Commissione: numero dei Posti Letto della Unità Operativa (PLUO), degenza media (DM), indice di occupazione media (IOM), percentuale di assorbimento dei ricoveri da “Cruscotto” (ARC), rispetto al totale dei ricoveri:

$$DSUO = PLUO/DM \times (IOM \times \%ARC \times \text{giorni settimana})$$

Ad esempio, un reparto di Medicina Interna con 40 posti letto, in funzione di una DM regionale di 8,4 gg, un IOM del 90% e un ARC dell’85% avrebbe dovuto accogliere in media circa 3,6 ricoveri al giorno, pari a circa 26 ricoveri la settimana. Nel periodo invernale, la risposta organizzativa prevista in funzione dell’attesa maggiore domanda di ricovero (da 146 a 167 in media) fu ottenuta modificando la percentuale di ARC delle UO mediche di branca specialistica (cardiologia, neurologia, gastroenterologia, pneumologia), che passava dal 30 al 70%, ovviamente contraendo i ricoveri programmati. La disponibilità di ricovero complessiva del “Cruscotto” di tutto il Presidio fu misurata in funzione della richiesta sopra descritta e furono pertanto predisposti due tipi di “cingoli”, con offerte differenziate: il tipo A di 146, e il tipo B di 167, da attivare nei semestri sopraindicati rispettivamente di minore e maggiore afflusso.

L’offerta di ogni UO è stata poi posizionata nel “Cruscotto”, secondo un criterio equo di distribuzione settimanale continua, basato sul numero dei pazienti previsto dalla formula. Su tale numero è stato costruito un “cingolo” giornaliero per gli uomini e uno per le donne. Al fine di poter assicurare la trasparenza organizzativa, la sicurezza dei dati e la loro successiva analisi statistica, il “Cruscotto” è stato realizzato mediante *software* via web gestito da PS-MEU e Direzione Sanitaria, ma visibile in tempo reale da tutti i reparti riceventi. Infine il documento “Cruscotto” e tutti gli aspetti organizzativi a esso correlati sono stati condivisi e accettati dalle UO partecipanti al “Cruscotto” e dalle Direzioni della AUSL.

I risultati dell'applicazione del "Cruscotto"

L'applicazione del "Cruscotto" ha garantito nell'immediato il raggiungimento di un'equità distributiva per numero, sesso, tempo e tipo di patologia dei ricoveri, fra tutte le UO dell'area medica (con conseguente possibilità di programmare meglio le attività assistenziali). Esso ha inoltre garantito un'elevata trasparenza organizzativa su tutta la gestione di un argomento critico, spesso fonte contestazione tra il personale delle varie UO del Presidio Ospedaliero Maggiore-Bellaria.

Per quanto riguarda poi il rapporto ottimale fra domanda e offerta di ricovero ospedaliero, il "Cruscotto" ha consentito di quantificare nel tempo e nei modi l'eccesso di domanda e di definire gli interventi correttivi più appropriati (maggiore disponibilità di posti letto, dimensionamento delle aree di ricovero, mediche o chirurgiche e, nell'ambito medico, fra internistiche e/o specialistiche di branca, anche in funzione del sesso).

Infatti, nei primi anni (2002–2003) dell'applicazione del "Cruscotto" e sulla base delle indicazioni fornite da tale sistema fu identificata, come ulteriore azione correttiva all'iperafflusso dei mesi invernali superiore a quello previsto, l'istituzione di un reparto medico di compensazione di 30 posti letto, attivo solo in autunno/inverno. Negli anni successivi si è assistito, purtroppo, non solo alla mancata attivazione degli strumenti di compensazione, ma anzi a una progressiva riduzione dei posti letti disponibili a "Cruscotto". Tutto ciò ha comportato un sovraffollamento nei reparti di Medicina Interna poiché il numero dei ricoveri da PS si è rivelato quasi costantemente superiore al 10%, rispetto allo standard previsto, nel semestre di minor afflusso, con punte anche del 30% nei mesi invernali, a parità della percentuale di filtro da PS. Questa variabilità si riscontrava anche all'interno delle 24 ore, quando i ricoveri potevano raggiungere un aumento anche del 50%–100% (dati non mostrati).

Dall'analisi dei risultati riportati in Figura 3, si evince che l'iperafflusso è un evento

- pressoché costante in tutto l'anno;
- sia nel 2006 che nel 2007, presenta una parziale attenuazione in luglio e agosto, ma solo per le UO specialistiche di branca e non per quelle di Medicina Interna.

I riflessi del sovraffollamento sul personale medico e infermieristico

In ogni organizzazione, uno degli indicatori di maggiore importanza per i sistemi qualità è costituito dalla fidelizzazione del personale alla struttura e dal livello di soddisfazione raggiunto dal personale nell'esecuzione del proprio

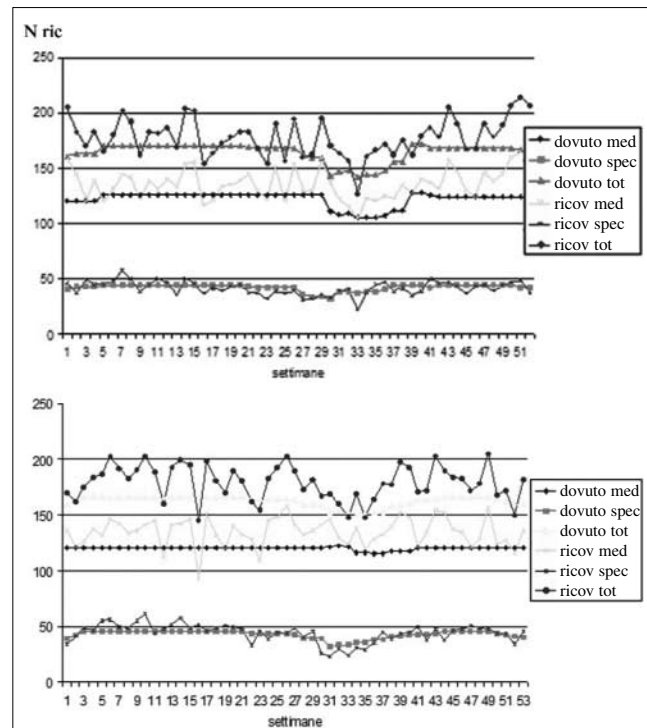


Fig. 3 a, b Numero degli accessi da "Cruscotto" ricoverati settimanalmente nell'anno 2006 e 2007 (a) e nel 2007 (b). Nella figura sono riportate, dall'alto in basso in tre gruppi, le linee corrispondenti rispettivamente al numero totale dei ricoveri (pallino marrone) rispetto al numero teorico dovuto da tutte le UO del "Cruscotto" (triangolo giallo); al numero effettivo dei ricoveri (croce azzurra) rispetto al numero dovuto (pallino blu scuro) nelle sole UO di Medicina Interna; al numero effettivo dei ricoveri (croce viola) rispetto al numero dovuto (quadrato fucsia) nelle sole UO specialistiche di branca. Cortesia Dott. A. Rossi, Dipartimento Igienico Organizzativo, AUSL Bologna

lavoro. All'interno delle UO di Medicina Interna, il personale è costituito quasi esclusivamente da medici e infermieri, in genere con un rapporto di 1:3. È ben noto che, in condizioni di sovraffollamento, il maggior carico di lavoro e la relativa fatica legata all'assistenza dei pazienti e ai rapporti con i loro parenti si distribuisca proprio sulla figura professionale dell'infermiere. A questo proposito, in relazione alla fidelizzazione, all'interno dell'Azienda AUSL di Bologna e specificatamente tra le 908 unità dell'area infermieristica/tecnico sanitaria e di supporto del Dipartimento Medico (comprendente 33 Unità Operative Assistenziali, distribuite in 9 ospedali), la percentuale di *turnover* del personale è stata circa del 60% nel biennio 2004–2005. Inoltre, un'indagine conoscitiva realizzata nel 2005 su 239 dei 324 infermieri dello stesso Dipartimento Medico, allo scopo di valutare se l'elevato *turnover* potesse essere correlato a un eccessivo carico lavorativo e/o a una organizzazione del lavoro non soddisfacente, ha dimostrato che l'83% del campione considera il carico di lavoro nei reparti di Medicina Interna eccessivo o pesante e ne attribuisce la causa al numero/tipologia dei pazienti [9].



Fig. 4 Indagine conoscitiva sul livello di soddisfazione e fidelizzazione al posto di lavoro tra infermieri professionali in 3 UO di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero Maggiore-Bellaria dell'AUSL di Bologna (anno 2008)

Infine, per valutare l'effetto sul personale infermieristico del sovraffollamento, dimostrato dal 2002 nell'Area Centro Ospedaliera Maggiore-Bellaria dopo l'implementazione del sistema "Cruscotto", nel mese di marzo 2008 abbiamo condotto un'inchiesta su 68 infermieri di 3 UO di Medicina Interna del Dipartimento Medico, con l'obiettivo di misurare il livello di soddisfazione sul posto di lavoro degli infermieri in relazione alla loro anzianità di carriera (divisa in 4 gruppi: 0–2 anni, >2–5 anni, >5–10 anni, >10 anni) e al periodo storico, negli ultimi 10 anni (1998–2007). La misura del livello di soddisfazione è stata effettuata in modo semiquantitativo, utilizzando una scala analogica visuale (VAS), specifico per ogni anno lavorativo. Una misura indiretta della fidelizzazione al reparto di Medicina Interna veniva poi ricavata dalla domanda se il soggetto avesse richiesto il trasferimento in altra UO, diversa dalla Medicina, nello stesso periodo storico esaminato. Il tasso di risposta è stato pari al 73,5% (50/68) ed i risultati sono riassunti nella Figura 4.

La responsabilità organizzativa

La prestazione sanitaria è diventata negli anni sempre più complessa e problematica, protagonista dell'evoluzione giuridica e sociale che ha riguardato il mondo sanità.

Non siamo più di fronte solo a un rapporto medico/paziente, a una prestazione medica, ma a un rapporto composito e articolato, a una prestazione di "assistenza sanitaria" che, soprattutto se pubblica, deve obbligatoriamente essere appropriata e di qualità. Paziente e struttura ospedaliera stipulano un contratto atipico, detto di "assistenza sanitaria" o di "spedalità", che ha a oggetto

prestazioni di diagnosi e cura appropriate e di qualità, ma anche di tipo organizzativo, una serie di obblighi detti di protezione e accessori, come l'efficace ed efficiente funzionalità dei reparti, l'assistenza postoperatoria, la sicurezza delle attrezzature, dei macchinari, la vigilanza e la custodia dei pazienti, oltre a prestazioni più propriamente riconducibili al contratto d'albergo (vitto, riscaldamento, alloggio). Nell'ultimo ventennio, sempre più forte è stata nei tribunali la tendenza e l'esigenza di scindere la posizione contrattuale della struttura da quella del medico per renderle indipendenti e concettualmente distinte, cosicché l'ente è titolare di una responsabilità autonoma nei confronti del paziente che ha la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili alla struttura stessa, prescindendo da una condotta negligente dei singoli operatori. Tale orientamento ha visto la luce nelle aule del Tribunale di Monza con la sentenza del 7 giugno 1995 [10], confermato dalla giurisprudenza di merito, ma solo di recente è stato recepito dalla Suprema Corte di Cassazione a Sezioni Unite con sentenza n. 9556 del 2002 [11] e da successive decisioni delle sezioni semplici (Cass. n. 571 del 2005; Cass. n. 1698 del 2006). Se qualche dubbio poteva ancora sussistere, vista la novità della teoria elaborata negli ultimi anni, le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno fugato ogni perplessità con la sentenza n. 577 del 2008, ormai precedente storico in materia: "si può avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche del personale ausiliario, nonché della struttura stessa (insufficiente o inadeguata organizzazione)" [12].

Nello specifico si possono individuare:

- la responsabilità del primario/direttore di struttura complessa rispetto all'organizzazione interna del reparto/struttura complessa: turni lavorativi, disposizioni interne per il personale, carenze organizzative e di personale;
- la responsabilità del direttore di dipartimento in merito all'organizzazione interna del dipartimento: gestione risorse umane e strumentali dipartimentali;
- la responsabilità del Direttore Generale e del Direttore Sanitario per insufficienza, inefficienza e difetti delle strutture o attrezzature: mancata adozione misure organizzative per gestire le emergenze e gli eventi noti come il problema dei ricoveri per il sovraffollamento delle medicine interne nei mesi invernali, attrezzature obsolete, strumentazione e/o attrezzature sanitarie non idonee, indisponibilità di strumenti di uso complesso, manutenzione non idonea; la responsabilità delle regioni in ordine all'assenza sul territorio di presidi sanitari adeguati: emergenza, assistenza domiciliare, ecc.

L'attribuzione della responsabilità è determinata dal comportamento tenuto dal primario/direttore di struttura complessa e dal direttore di dipartimento in sede di trattativa di *budget* e dal rapporto instaurato con la direzione. Ciò, in quanto le scelte e le decisioni dagli stessi assunte e quindi le responsabilità sono il frutto di una mediazione fra la richiesta di un "prodotto" e la possibilità di realizzarlo rispetto alle strutture e all'organizzazione che l'Azienda mette a disposizione in funzione dei *budget* ovvero degli obiettivi predefiniti e delle risorse attribuite. Per la struttura fornire la prova di esonero dalla responsabilità è tutt'altro che agevole. Infatti, la citata sentenza della Cassazione 577/08 prevede che "Competerà al debitore dimostrare o che l'inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante", ove per debitore si intende l'Azienda e/o il medico [12]. Per escludere la responsabilità dovrà essere provato che la carenza organizzativa contestata non è imputabile alla struttura (primario, direttore generale, ecc.) dimostrando di avere adottato tutte le misure volte a garantire il servizio. Come? Ad esempio attraverso la "gestione del rischio" o *risk management*, approntando cioè strumenti, metodi e azioni di misurazione e stima del rischio e sviluppando sistemi e strategie per governarlo o per denunciare le sue inadeguatezze fino a dichiarare che si è superata la soglia della sicurezza, ad esempio per il numero dei ricoveri (vedi il "Cruscotto").

Ciò riduce le possibilità di accuse di responsabilità rappresentando per la direzione aziendale, per il "primario", per gli operatori e per gli utenti una garanzia della qualità della prestazione fornita.

In ogni caso il direttore di UO, per esonerarsi da responsabilità dovrà precostituirsi la prova documentale della sua innocenza. Ad esempio, in sede di *budget* dovrà rifiutare per iscritto obiettivi non raggiungibili con le risorse assegnategli; in situazioni di rischio, potenziale o reale, dipendenti da carenze organizzative dallo stesso non eliminabili dovrà segnalare alla direzione aziendale il disagio e l'impossibilità di erogare in siffatte condizioni prestazioni che rispettino i livelli minimi di qualità e appropriatezza. In questo modo tutte le responsabilità conseguenti alla "disorganizzazione" saranno imputabili alla direzione aziendale.

Un ulteriore aspetto operativo di rilievo sotto il profilo della responsabilità della struttura è se il consenso informato debba riguardare anche le eventuali insufficienze e carenze organizzative della struttura. Alcuni giudici hanno ritenuto che il paziente debba essere informato dal medico anche su tali aspetti che potrebbero determinarlo a rivolgersi ad altra struttura. Il medico che aveva ommesso tale informazione è stato ritenuto responsabile del danno cagionato per le deficienze organizzative non palesate.

La promozione della centralità dell'utente dei servizi sanitari, non più visto come soggetto passivo ma come attore primario, ha inevitabilmente portato a un'espansione della forbice relativa alla responsabilità sanitaria del professionista e della struttura i quali dovranno adottare tutele e accorgimenti sempre maggiori.

Conclusioni

La situazione d'iperafflusso dei ricoveri in Medicina Interna viene frequentemente sottostimata e giustificata come evento occasionale o addirittura eccezionale. Il fenomeno invece è storico, in crescendo e si ripropone annualmente con un significativo incremento rispetto allo standard ed estreme variabilità mensili e/o settimanali e/o giornaliere, non gestibili con risorse fisse.

È a tutti noto che il sovraffollamento dei reparti ospedalieri è strettamente connesso ad altri elementi che influenzano il ricovero e la dimissione: possibilità di assistenza in famiglia, disponibilità di assistenza domiciliare e di aree per lungodegenza, collaborazione integrata fra Medici Ospedalieri e Medici di Medicina Generale, ecc. Sul piano metodologico è però intuitivo che, prima di ridurre i posti letti nelle UO di Medicina Interna, sia necessario non solo mettere in atto gli elementi correttivi e/o di supporto sopra esposti, ma soprattutto dimostrare la loro reale efficacia nel ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri.

Un altro argomento strettamente correlato alla programmazione dei ricoveri è costituito dalle importanti variazioni riscontrate negli ultimi 10–15 anni sulla epidemiologia dei pazienti ricoverati (età media più avanzata, maggior prevalenza di fragilità e non autosufficienza, aumento dei casi con patologie multiple e a più elevata complessità). Ciò impone di riflettere sul ruolo dell'ospedale, sulle necessità attuali dei ricoveri, come pure di ridisegnare le aree di degenza secondo gli elementi epidemiologici susposti. La tradizionale organizzazione per reparti di area medica differenziati in modo specialistico potrebbe essere rivista, disegnando aree di degenza internistica "allargate" (Dipartimento Aperto) in cui l'intervento clinico della fase acuta divenga di tipo multidisciplinare collegiale, valorizzando sia la gestione internistica di tipo olistico, che le competenze specialistiche di branca, il tutto in un *continuum* assistenziale predefinito fra Medico di Medicina Generale, Medico dell'Urgenza, Medico Internista e Medici delle varie branche specialistiche.

Quando si verifica un eccesso di domanda di ricovero, ne consegue sovraffollamento dei reparti e mancata appropriatezza di destinazione nei reparti, con aumento dei rischi per il paziente a causa di un più frequente errore umano, cui si associa anche una rilevante demotivazione del personale. L'inefficienza organizzativa dei ricoveri e delle situazioni

d'iperafflusso non deve ricadere sulla componente medico-infermieristica, che ha responsabilità cliniche e assistenziali e, secondo il concetto della *Clinical Governance*, ha il dovere di denunciare le situazioni a rischio generate da deficit organizzativi quando, a causa del sovraffollamento del reparto non sono più garantiti i minimi assistenziali.

Il sovraffollamento delle strutture sanitarie può essere considerato non solo quale fattore determinante di disfunzioni più o meno gravi, ma addirittura quale causa di eventi lesivi. In questi casi si pone la questione, che la giurisprudenza affronta in termini innovativi rispetto al passato, di una differenziazione della responsabilità del personale medico e ausiliario rispetto alla responsabilità della struttura sanitaria. Espressioni che qualificano la responsabilità della struttura nei termini di responsabilità da carenza organizzativa o da inefficienza organizzativa, sono sovente utilizzate anche dai Giudici di merito.

La responsabilità della struttura sanitaria risulta caratterizzata, in definitiva, da una sorta di *vis* espansiva, con la possibile imputazione dei c.d. “danni anonimi”, posto che l'apprezzamento della colpa dell'ente può anche scaturire da una mera comparazione tra standard normativi e situazione concreta.

Dichiarazione di conflitto di interesse Gli Autori dichiarano di non avere legami di tipo economico o professionale con industrie od organizzazioni, per i quali può figurarsi un conflitto di interesse riguardante l'argomento discusso in questa presentazione.

Bibliografia

1. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG et al (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *MJA* 184:208–212
2. Richardson DB (2006) Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *MJA* 184:213–216
3. Simoniello T (2006) Sanità pubblica o privata? *Salute e Società*. Il Pensiero scientifico editore. Yahoo Italia <http://it.health.yahoo.net/> (Accesso 18/02/2006)
4. Morrone L (2007) Presunta mala sanità in Calabria. <http://www.reportonline.it/article5774.html> (Accesso 18/12/2007)
5. Schull MJ, Lazier K, Vermeulen M et al (2003) Emergency department contributors to ambulance diversion: a quantitative analysis. *Ann Emerg Med* 41:467–476
6. Reason JT (ed) (1990) *Human error: causes and consequences*. Cambridge University Press, Cambridge
7. Bagust A, Place M, Posnett JW (1999) Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ* 319:155–158
8. Carson SS, Shorr AF (2003) Is the implementation of research findings in the critically ill hampered by the lack of universal definitions of illness? *Curr Opin Crit Care* 9:308–315
9. Luppi C (2006) Indagine sulla motivazione degli Infermieri alla permanenza in area Medico-Geriatria. Tesi di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma
10. Tribunale Monza, 7/6/95 in *Resp civ e prev* 1996, 389
11. Cass. Civ. SS.UU. 1/7/02 n. 9556 in *D&G – Dir. e Giust.* 2002, f. 34, 21
12. Cass. Civ. SS.UU. 11/1/08 in *Foro Italiano* 2008, I, 451