



IL PUNTO DI VISTA DEL MMG NELLA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

25/10/2018

Dott. Matteo Siena
Medico di Medicina Generale Bologna



Dal curare al prendersi cura del paziente cronico: sfide e cambiamenti necessari per il MMG



*I sistemi sanitari sono alla
ricerca di chi saprà "governare"
cronicità e fragilità a costi
"sostenibili": saremo noi MMG?
Saranno gli Infermieri?*

“Will it survive?”



T. Bodenheimer, *New England Journal Of Medicine* agosto 2006

- Thomas Bodenheimer in un articolo di dal titolo “*Will it survive?, nell’agosto 2006, paventava la scomparsa delle “Primarycare”*”. L’autore sosteneva :
- •che il futuro della Medicina Generale è legato alla capacità di rispondere adeguatamente alla **sfida delle malattie croniche** attraverso radicali cambiamenti nella cultura dei medici nell’organizzazione delle loro attività.
- •che in assenza di cambiamenti rapidi le cure primarie saranno affidate alle professioni sanitarie non mediche.

Osservazioni che riguardano solo gli USA?



- L'impellenza di un profondo rinnovamento culturale e organizzativo dei medici di famiglia è diffusa in molti Paesi.
- Le necessità evidenziate da *Bodenheimer* sono ampiamente condivise dai *General Practitioners inglesi*, che nel loro documento del 2007 "*The Future Direction of General Practice*" fanno valutazioni molto simili.
- Anche in Italia peraltro questo bisogno è molto sentito e le problematiche sono ben presenti, come dimostrano vari documenti sulla "La Rifondazione della Medicina Generale".



Ci sono tre principali decorsi del declino fisico delle persone con malattia cronica.

- Declino rapido
tipico del cancro
- Declino intermittente
tipico dell'insufficienza d'organo
- Declino graduale
tipico della fragilità o demenza



Il decorso di una malattia cronica è un'esperienza quadridimensionale

- Fisica
- Sociale
- Psicologica
- Spirituale

Nel decorso rapido tipico del cancro



- il declino fisico avviene improvvisamente
- Il declino sociale corre in parallelo.
- Lo stress psicologico di ansia e depressione tende a peggiorare in 4 tempi
 - 1.al momento della diagnosi
 - 2.al ricovero in ospedale
 - 3.nella ricaduta
 - 4.Vicino alla morte
- Questi pazienti hanno bisogno di un precoce approccio alle cure anche quando stanno fisicamente bene

Nel decorso intermittente , tipico delle insufficienze d'organo .



- Il declino fisico è episodico , usualmente seguito da un parziale recupero.
- La morte improvvisa può avvenire durante un'esacerbazione oppure a volte fra le esacerbazioni.
- Il declino sociale e psicologico tendono entrambi a sovrapporsi al declino fisico.
- Nel decorso intermittente il malessere spirituale fluttua maggiormente modulato da varie influenze.
- Gli interventi precoci indirizzati ai problemi psicologici e sociali possono essere più efficaci di quelli indirizzati solo ai problemi fisici.
- Il piano dovrebbe anche prevenire il malessere in tutte le dimensioni.

Nel decorso di declino graduale tipico della fragilità o della demenza



- il declino fisico è graduale e le altre dimensioni del declino sociale, psicologico e spirituale a volte possono avere un declino prima di quello fisico.
- In questo caso il supporto della salute fisica consente la resilienza sociale e psicologica ed la determinazione.
- La paura più grande può essere la perdita dell'indipendenza, la demenza o essere un peso per gli altri.

Il nuovo modello organizzativo



- persona sana
- acuzie
- cronicità
- fragilità



- progetti area pneumologica
- progetti area CV
- progetti area metabolica
- progetti area infettivologica
- progetti area dolore e cure palliative
- progetti area salute della donna
- progetti area.....



- Macroarea della prevenzione
- Macroarea delle patologie acute
- Macroarea della cronicità
- Macroarea della fragilità

Intensità variabili di bisogno



La visione dell'assistenza come un percorso di cura, che prende in considerazione per "intensità" variabili di bisogno: da momenti che necessitano tecnologie/professionalità/assistenza di livello medio-basso, a momenti che implicano un impegno maggiore, differenziato, specifico. Il percorso è graduale, dinamico, con possibilità di incremento o riduzione di complessità sia nello stesso paziente che nella totalità della popolazione assistita, da uno stadio minimale fino all'accompagnamento alla morte.



- da Linee Guida basate su EBM (no real life)
- a PDTA(collocazione temporale delle raccomandazioni delle L.G.)
- ai percorsi integrati di gestione primo-secondo livello (real life e cost-effectivness)
- al Piano individuale di assistenza che non è la mera automatica somma dei percorsi ma che comunque nella personalizzazione ne deve tener conto poiché il MMG cura le persone e non le patologie.

I modelli assistenziali per applicare i percorsi:



- •medicina di attesa
- •medicina di opportunità
- •medicina di iniziativa

- Per le patologie croniche la gestione di attesa/opportunità è inadeguata (perchè arriva "dopo") e incapace di uniformare gli interventi perché basata su una molteplicità soggettiva di soluzioni pratiche e che quindi occorre passare alla medicina di iniziativa

Punti di forza della medicina generale



- Rapporto di fiducia continuato nel tempo
 - Relazione con il nucleo familiare
 - Distribuzione capillare sul territorio
 - Gestione in economia dei fattori di produzione con assunzione del rischio:
- studi attrezzature materiale personale servizi
- Personalizzazione delle risposte
- Accessibilità
- Economicità Efficienza

Cosa chiedono i cittadini



- • Sicurezza
- • Accessibilità alle prestazioni
- • Disponibilità dei servizi essenziali
- • Rapidità di accesso alle strutture sanitarie
- • Assistenza in condizioni di fragilità e disabilità.
- • Certezza di essere seguito in tutto il percorso di vita

Cosa chiedono i cittadini



Senza dubbio la richiesta più diffusa che registriamo è quella di un presidio sanitario il più possibile “vicino” ai propri bisogni, intendendo per “vicino” non tanto la distanza fisica ma il modo e l’approccio con cui si risponde al bisogno di assistenza



L'organizzazione della medicina di famiglia ha dovuto affrontare

- la necessità di sviluppare un *"disease management"* nel trattamento delle cronicità (es. *Chronic Care Model*)
- la diffusione dei principi e delle tecniche di controllo della "qualità" delle cure (es: *Quality Assurance in Health Care*).
- I medici di famiglia hanno dovuto confrontarsi con nuovi concetti e con altri impegni: evidence-based medicine, linee-guida, percorsi diagnostico-terapeutici, appropriatezza prescrittiva, indicatori di struttura/processo/esito e relativi obiettivi.
- Si è anche dovuto utilizzare un differente modo di remunerazione (*pay-for-performance*) basato su indicatori, che possono identificare e premiare i gruppi di medici con i migliori risultati e quindi destinato a incidere profondamente sull'organizzazione delle attività.



Tutto ciò ha prodotto fondamentali trasformazioni nelle attività dei medici di famiglia:

- rafforzamento dello staff, con il contributo del personale
- qualificazione delle strutture
- miglioramento della qualità dell'assistenza
- introduzione dell'audit clinico,
- potenziamento dei sistemi informatici (uso di registri di patologia, sistemi di allerta per il richiamo dei pazienti, efficienti sistemi di auto-valutazione)



- Estensione del **legame fiduciario dal singolo alla struttura organizzata, valorizzando l'aspetto fiduciario come un valore aggiunto della cultura della MG**
- riduzione delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi. (Gli indicatori di performance sono infatti migliorati maggiormente nelle aree più deprivate a dimostrazione che la sanità d'iniziativa riesce a raggiungere fasce di popolazione più a rischio).



- L'elemento più critico del metodo è la scelta degli indicatori di performance, in funzione dell'incentivazione economica.
- "... appare probabile che la gestione di pazienti con patologie come diabete e scompenso cardiaco migliorerà. Tuttavia è possibile che si producano ... il sovra trattamento delle condizioni monitorizzabili e la ridotta attenzione a problemi non monitorizzabili, ma non per questo meno importanti per il paziente." (*I.Heath, GP, editorialista BMJ*)
- gli indicatori di performance sono quasi tutti legati alla gestione di singole malattie
- raramente tengono conto della **co-morbilità che invece interessa la maggioranza dei pazienti cronici.**
- inoltre **non premiano la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e la continuità delle cure**



*L'American College of Physicians ha approvato nel 2007 un Manifesto etico dal titolo "**Pay-for-performance principles that promote patient-centered care**" dove si legge:*

"Le misure di qualità dovrebbero rendere riconoscibile l'assistenza globale d'eccellenza".

- *1) Esse devono premiare l'efficace gestione delle forme complesse di co-morbilità, che*
 - vengano incontro ai bisogni di supporto e di comunicazione dei pazienti,*
 - garantiscano la continuità dell'assistenza e gli altri elementi distintivi dell'assistenza globale*

- *2) Tutti gli indicatori devono sostenere e valorizzare un'appropriata assistenza al paziente e la relazione medico-paziente.*

Il problema degli indicatori



- *È sicuramente più facile trovare indicatori per valutare la riuscita di un difficile intervento chirurgico che quelli per valutare il mantenimento di una qualità di vita autonoma accettabile in una persona anziana con pluripatologie croniche. Ma anche ciò fa parte della sfida che la complessità dell'individuo lancia a chi si occupa di sanità.*

Una opportunità per la Medicina Generale



- •Il Servizio Sanitario Nazionale tuttora non ha trovato una valida soluzione nella lotta contro le malattie croniche.
- •Disease management, controllo di qualità e pagamento per performance(P4P) possono **rappresentare per la Medicina Generale la possibilità di essere il pilastro centrale nella gestione della cronicità.**
- •Tale posizione necessariamente deve poggiare sulla alleanza con i propri assistiti e con un ampio numero di figure professionali
- •E deve fondarsi sulla *“accountability(ovvero la capacità di rendere conto con dati alla mano, in ogni momento, dei risultati del proprio lavoro).*



E' tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per muovere l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie.

Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo.

BARBARA STARFIELD

