

76° CONGRESSO NAZIONALE

PROSSIMITÀ E ORGANIZZAZIONE DELLE CURE:

LA MEDICINA GENERALE DI DOMANI TRA DEMOGRAFIA E CRONICITÀ

FIAMMG
Federazione Italiana
Medici Generalisti

Metis
Società Italiana di
Medicina di Prevenzione e
di Stili di Vita

**PERCORSI SIMP e SV PER UN
AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA**

**Percorsi di diagnosi
nel real life setting**

Maurizio Pirro

7- 12 OTTOBRE 2019 - Tanka Village - Villasimius (CA)

**SIMP
e SV**

Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

MEDICO DI FAMIGLIA

↓
WONCA

**organizzazione internazionale dei medici
di famiglia**

**World Organization of
National Colleges and
Academies of Family
Medicine/General
Practice**



L'ALBERO WONCA
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie
(riveduto nel 2011)



I. La disciplina della medicina generale/medicina di famiglia ha le seguenti caratteristiche :

- a) è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona;
- b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
- c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- d) promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*);
- e) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
- f) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- g) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- h) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- i) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- j) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- k) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- l) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.



RUOLO DEL MMG

**“...PRIMO E NECESSARIO
INTERLOCUTORE DEL PAZIENTE, HA IL
DIRITTO/DOVERE DI INDIRIZZARE IL
MALATO VERSO LE STRUTTURE PIU'
OPPORTUNE**

**PER RISPONDERE A TALE NECESSITA' E'
IMPORTANTE CHE ABBAIA COMPETENZE E
CONOSCENZE SPECIFICHE...”**

**Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della L.38/2010
“Disposizioni per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del
dolore” 2012**



MMG COME LEA SOSTENIBILE

Modello assistenziale basato sulla presa in carico dell'individuo, per tutto l'arco della vita, scegliendo percorsi di cura basati su ALLEANZA TERAPEUTICA e ATTIVITA' FIDUCIARIA, adottando strategie che ne migliorino l'adesione nel contesto ambientale



MMG COME LEA SOSTENIBILE

15 milioni di italiani soffrono di dolore cronico: si può calcolare che ne sia colpito un soggetto nella metà delle famiglie italiane.

Circa l'80 % dei pazienti in carico ad un MMG, ne ha chiesto la consulenza per un episodio di dolore.



IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

- 1) prende in carico il paziente con dolore**
- 2) prescrive la terapia per il dolore alla prima visita (nel 90% dei casi)**
- 3) raramente invia a visita specialistica algologica**

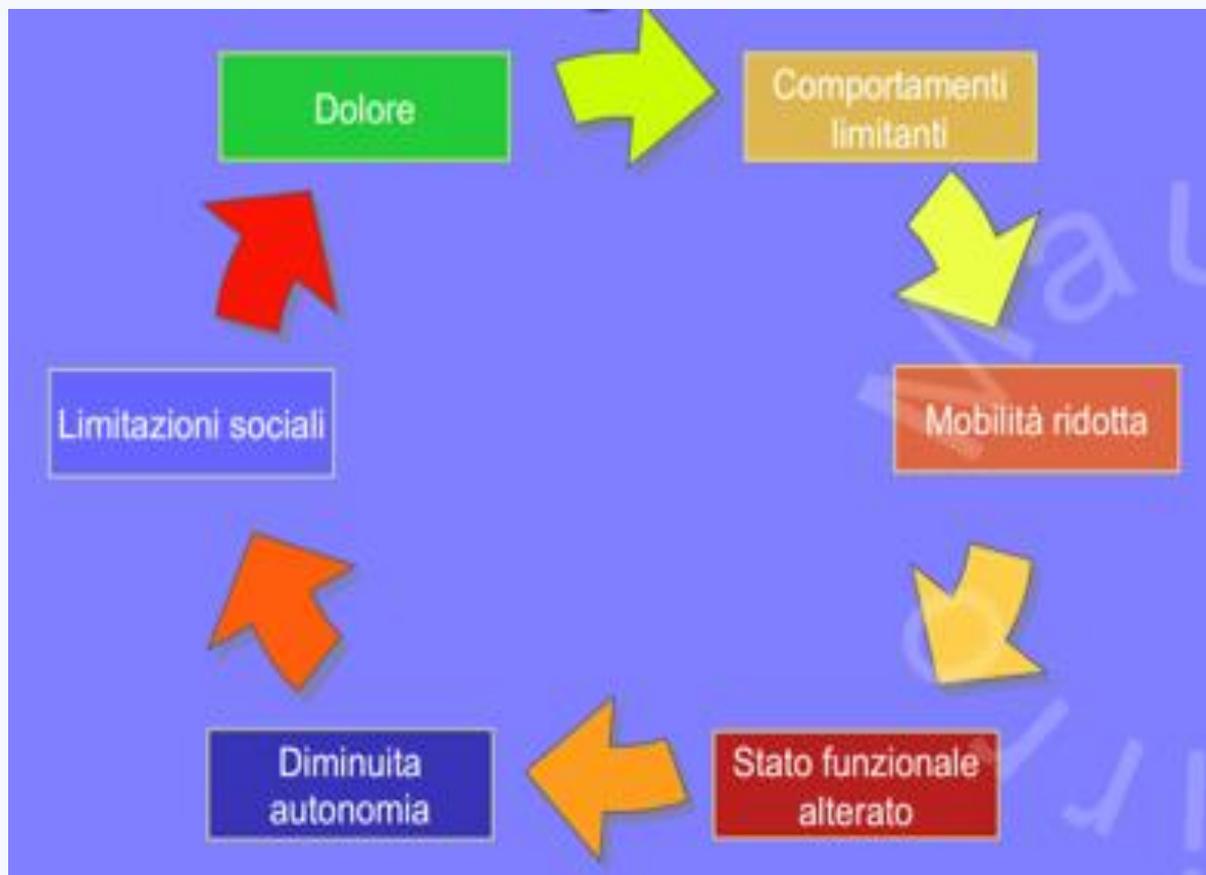
INDAGINE CENTRO STUDI FIMMG -
2017



PERCHE' COMBATTERE IL DOLORE

Il dolore è fisiologico se rappresenta una corretta risposta di adattamento, necessario per evitare danni tissutali, ma diventa patologico quando invece è un'alterata risposta ad un insulto tissutale, nervoso o non nervoso





DEFINIZIONE DOLORE

... “di per sè è un problema, non solo un sintomo di una patologia sottostante o di un processo nocivo, ma qualcosa che comporta un grave disagio per singoli individui e per la società”

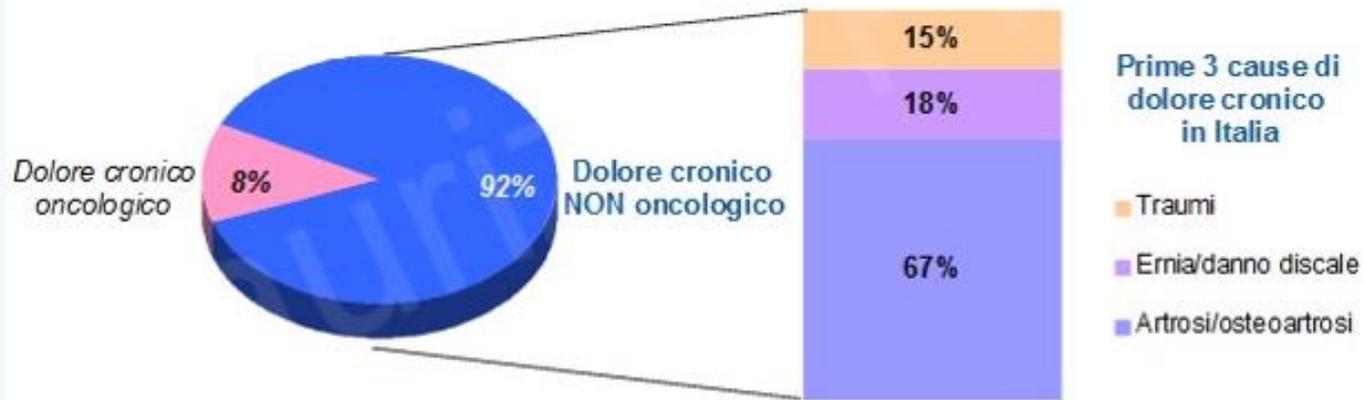
World Health Organization. WHO Normative Guidelines on Pain Management. June 2007



Le principali cause di dolore cronico in Italia

**Dolore
cronico**

In Italia un cittadino su quattro (circa 15 milioni) soffre di dolore cronico



Libro Bianco sul Dolore Cronico. 2014



Il costo del dolore cronico in Italia

13-15 milioni di pz con dolore cronico
di questi 1/3 non si cura o lo fa privatamente
8 milioni di pz rilevanti per gli effetti economici
sulla spesa pubblica

costo sociale medio annuo per paziente: 4.557 €

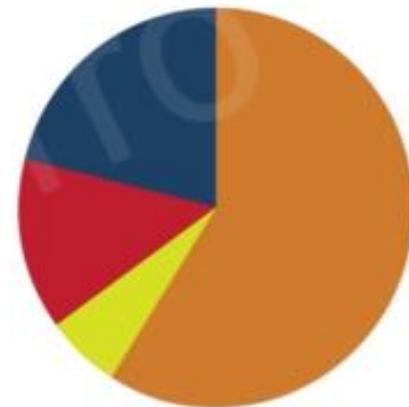
1440 € diretti

3157 € indiretti

11.2 miliardi di € per costi diretti, pari al 9.6%
della spesa sanitaria pubblica

25.2 miliardi di € per costi indiretti

Costo sociale complessivo annuo 36.4 miliardi
2.3% del PIL



Costi indiretti Costo ospedalizzazione
Costo farmaci Altro

Libro Bianco sul Dolore Cronico. 2014



Impatto del dolore cronico grave sul Sistema sanitario



Consumer Health Science, Princeton, NJ – EU NHWS 2008



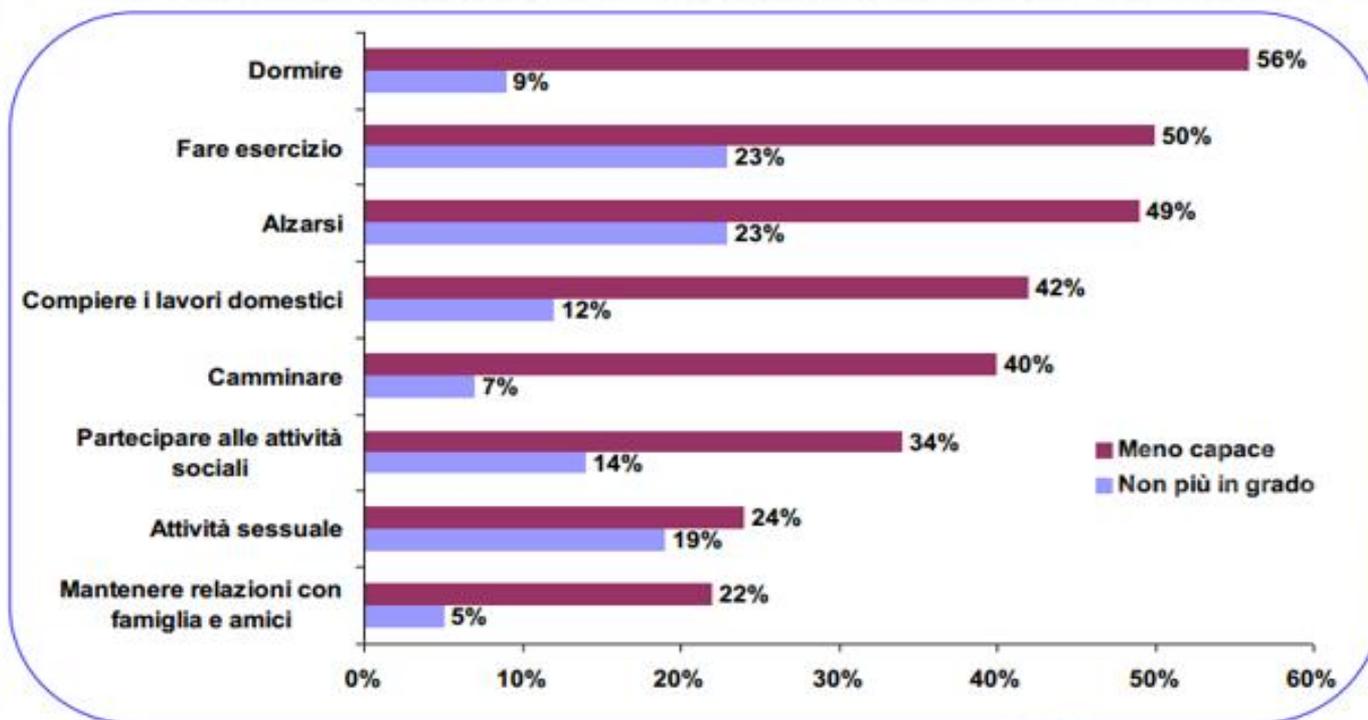
DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO

Obiettivo prioritario è la riduzione dell'impatto del dolore sull'autosufficienza e sulle attività e relazioni quotidiane, in altre parole la **riduzione della disabilità**

Indispensabile instaurare però un'adeguata relazione di cura con l'assistito: questo flusso bidirezionale di informazioni ed esperienze infatti costituisce la prima terapia



IMPATTO DEL DOLORE CRONICO SULLE ATTIVITA' QUOTIDIANE



Breivik H. et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment *European Journal of Pain*, 2006



Nell'affrontare il dolore cronico è necessaria una strategia lineare che assicuri un risultato tempestivo ed efficace attraverso:

- **diagnosi**
- **misurazione del dolore**
- **scelta e personalizzazione della farmacoterapia**
- **gradualità dell'approccio terapeutico**
- **prevenzione della comparsa del dolore**
- **prevenzione degli effetti collaterali legati alla terapia**

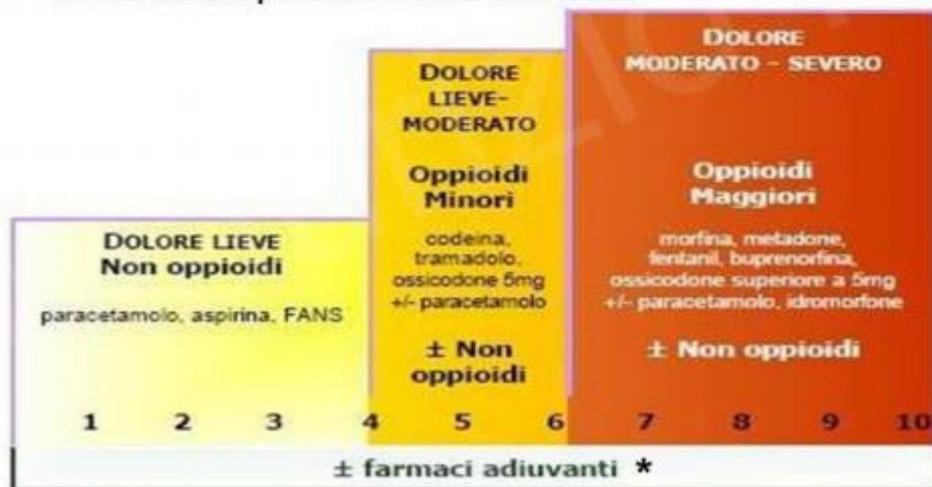




LA SCALA OMS

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1996 ha proposto una scala di valutazione del dolore in prima istanza di tipo oncologico e successivamente adottata anche come linea-guida per il trattamento del dolore muscolo scheletrico. Questa scala consta di tre livelli:

- ✓ Dolore lieve (valutazione del dolore secondo scala visuo-analogica (VAS) da 1-4): è suggerito trattamento con FANS o paracetamolo \pm adiuvanti;
- ✓ Dolore di grado lieve-moderato (VAS 5-6): è suggerito trattamento con oppioidi deboli \pm FANS o paracetamolo \pm adiuvanti;
- ✓ Dolore grave o da moderato a grave (VAS 7-10): è suggerito trattamento con oppioidi forti \pm FANS o paracetamolo \pm adiuvanti.



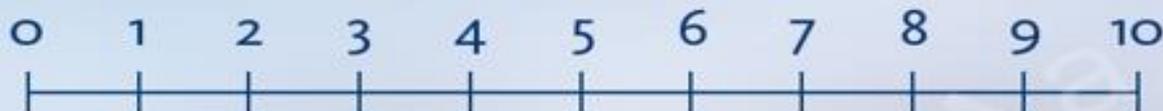
* anticonvulsivanti, ansiolitici, ipnotici sedativi, antipsicotici, antidepressivi, bifosfonati, corticosteroidi, farmaci correlati alla secrezione acida, farmaci per i disturbi gastrointestinali, antiemetici ecc.



La Scala di Valutazione Numerica **NRS** ha il vantaggio di non richiedere, per il suo utilizzo, alcun supporto cartaceo e valuta l'intensità del dolore da 0 nessun dolore a 10 dolore massimo

A) scala di valutazione numerica (NRS)

Scala Unidimensionale



VANTAGGI:

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N°di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (In assistenza domiciliare)

SVANTAGGI:

- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N°di intervalli minori rispetto alla VAS



La Scala Visuale Analogica **VAS** richiede l'uso di un righello di 10 cm, dal minimo al max dolore. Il paziente indica sulla retta il punto corrispondente al suo dolore. Non può essere usata in caso di deficit cognitivi o fisici e nello stato avanzato della malattia dolorosa



LEGGE 38/2010 G.U. n.65 19/3/2010

“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

ART. 1: la presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore

ART. 2: assicura l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza



ART. 5

Realizzazione di una RETE NAZIONALE per favorire l'accesso alle risorse assistenziali per la terapia del dolore e cure palliative, all'interno della quale il MMG assume un ruolo di centralità



ART. 7: obbligo di riportare la rilevazione del dolore in cartella

PAIN

Durata del dolore:
Da quanto tempo? N° di: Giorni Settimane Mesi Anni Non valutabile

E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: Si No
Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: Si No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci? Si No

Tipologia:
Localizzato: Si No Irradiato neurologico: Si No

Frequenza:
Poche volte (<= 3) al di alla settimana: al mese all'anno continuo
Più volte (> 3) al di alla settimana: al mese all'anno non valutabile

Tipo di dolore:
 Nocicettivo somatico Meccan.-Strutt.
 Nocicettivo viscerale Break-Trough
 Neuropatico S. dolorosa mista

Ipersens. Spinale:
 Presente
 Assente

Massima intensità algica:
 Mattino
 Pomeriggio / Sera
 Notte
 Senza Variazioni

Intensità del dolore:
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tollerabilità:
 Molto tollerabile
 Tollerabile
 Poco tollerabile
 Insopportabile

Problemi a svolgere le attività quotidiane:
 Nessuno
 Pochi
 Qualche volta
 Molti
 Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo:
 Risolto Deceduto
 Migliorato Stazionario
 Peggiorato Non valutabile
 Trasferito

Chiusura indagine



MODELLO ORGANIZZATIVO

Ambulatori Medicina Generale:

primo accesso del paziente

Spoke: ambulatorio di terapia antalgica

per funzioni specialistiche multidisciplinari

Hub: centri di riferimento di terapia del dolore per funzioni diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico e per forme rare e complesse



RETE

Il nuovo modello di assistenza deve essere fondato sul concetto di Rete.

La Rete garantisce, inoltre, che tutte le componenti dei processi di cura, attualmente frammentate e disperse tra più servizi e operatori, siano sempre ricomponibili e a disposizione del SSN



IDENTIFICAZIONE DEI NODI DELLA RETE



Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70
(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

1 HUB (centro ospedaliero) ogni 2.500.000 abitanti

1 SPOKE (centro territoriale) ogni 300.000 abitanti



CRITICITA' RISCONTRATE

Difficoltà nella divulgazione della legge stessa e nell'attuazione della rete comunicativa tra i vari livelli.

Non tutti i Centri sono in grado di assicurare le medesime prestazioni.

“Migrazione” verso alcuni ospedali di eccellenza del centro nord



CRITICITA' SUPERABILI SOLO CON LA COLLABORAZIONE DI TUTTI GLI ATTORI DEL SISTEMA



dovremo quindi:

Identificare i bisogni di salute della popolazione del territorio, prendere “in carico” la persona, favorirne adeguata aderenza terapeutica

Perseguire obiettivi misurabili, costruendo procedure come i PDTA, monitorizzarne il processo, attraverso gestionali, reti e piattaforme comuni per esempio, per rispondere alle necessità di cura

Sensibilizzare gli attori del sistema ad un corretto uso delle risorse, per garantire sostenibilità e livelli di cure efficaci (fragilità)

Misurare gli Audit delle forme associative e dei percorsi di cura nei territori di competenza dell'assistenza primaria



“Raramente si muore di dolore, ma spesso si muore nel dolore e più spesso ancora si vive nel dolore.”

EFIC’s Declaration, 1999

Grazie per l'attenzione



76 CONGRESSO NAZIONALE FIMMG METIS 7-10 OTTOBRE 2019