Modelli di gestione integrata territoriale di patologie croniche, il ruolo della Medicina di Famiglia

CORSO INTEGRATO DI :
Medicina Interna, Chirurgia Generale II

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Prof Giuseppe DONATO
Medico di Medicina Generale

Roma 20 Dicembre 2017 - Aula A Clinica Ostetrica -

La formazione è diretta alla acquisizione di **COMPETENZE,** insieme di

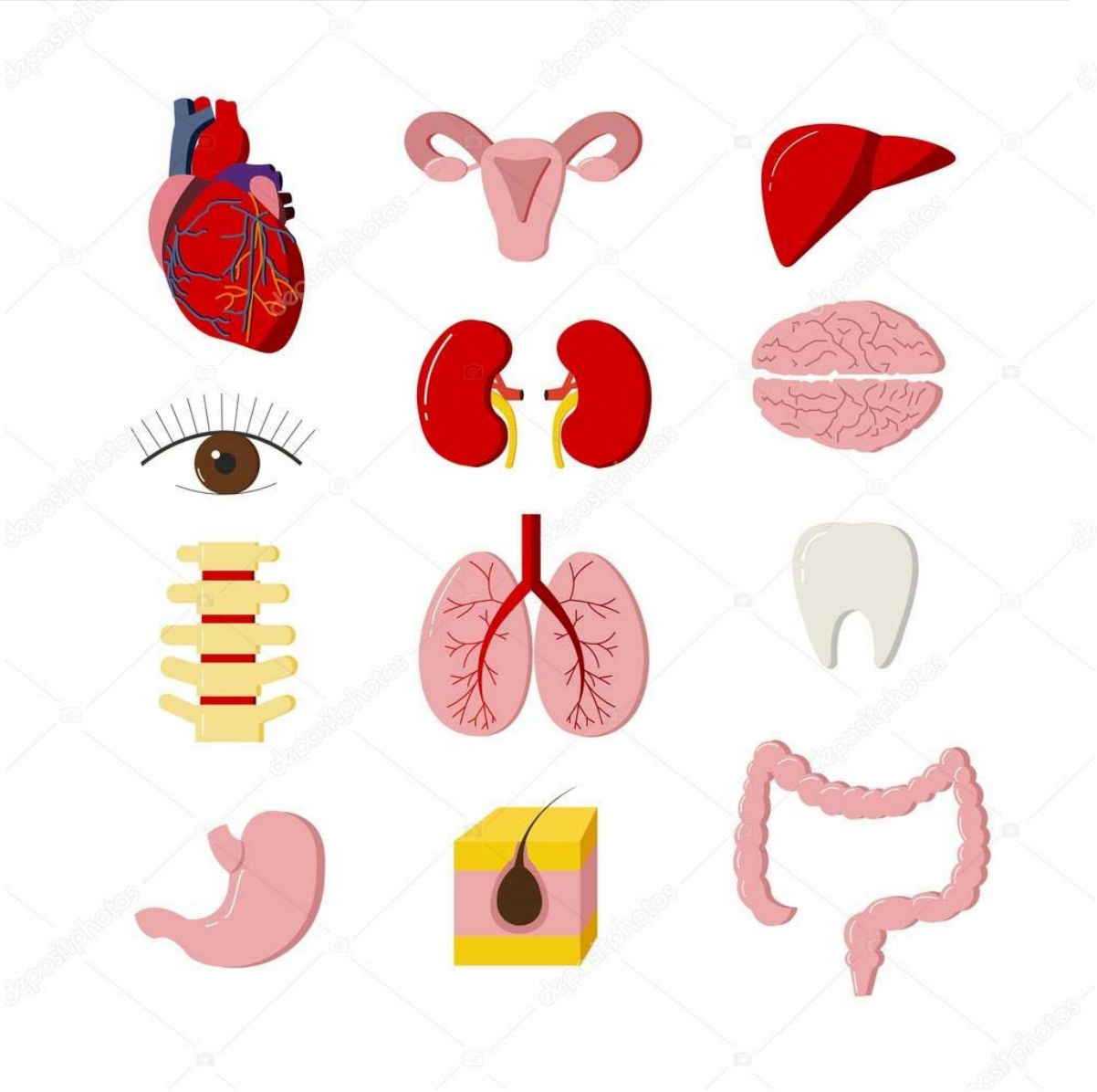
- conoscenze,
- abilità,
- attitudini.

Le competenze mediche mirano a garantire la **SALUTE**, a dare risposte ADEGUATE al «bisogno di salute» dei singoli e della collettività.

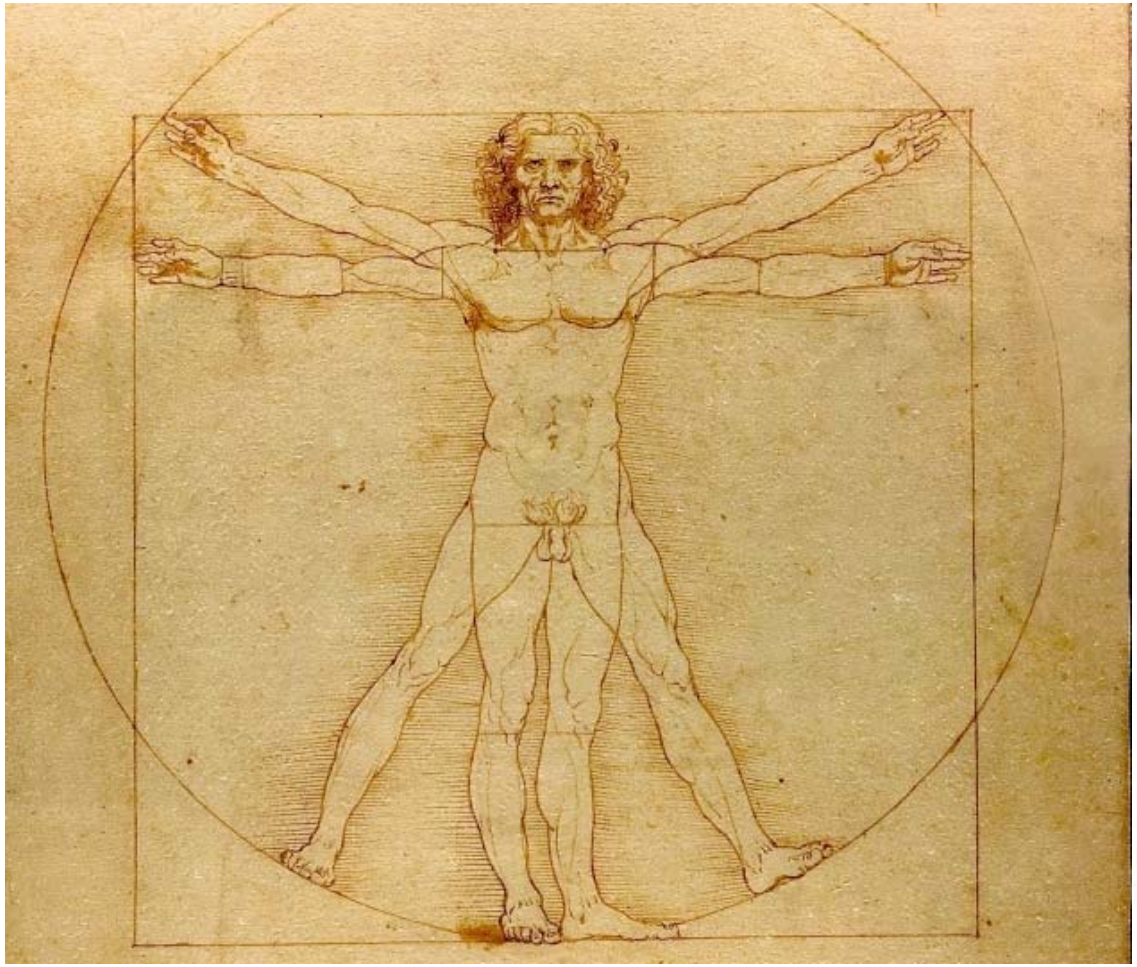
SALUTE intesa quale MANTENIMENTO e recupero di uno stato di benessere psicofisico.

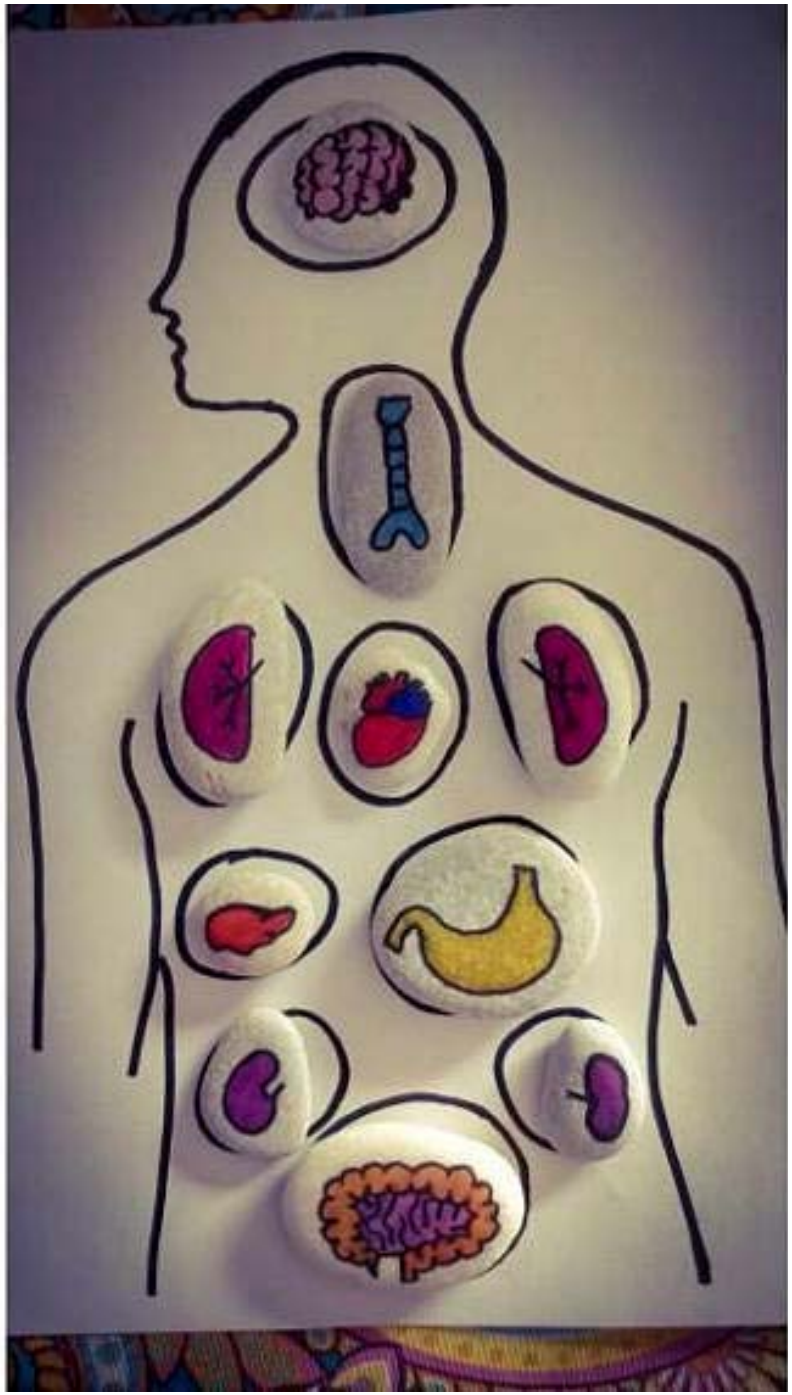
La complessità e vastità delle conoscenze mediche porterebbe a immaginare

- Cardiologo
- Ginecologo
- Gastroenterologo
- Oculista
- Nefrologo
- Neurologo
- Ortopedico
- Pneumologo
- Dentista
- Dermatologo



Approccio OLISTICO





Visione esclusivamente specialistica, basata su:

- chi detiene conoscenze o abilità relative a un determinato **settore scientifico,**

- **medico** che, dopo la laurea, si è specializzato in un determinato settore della medicina

Visione integrata:

- tra coloro che sono chiamati ad affrontare e risolvere situazioni complesse,

al fine di **gestire** nel tempo e nello spazio tali situazioni

DEFINIZIONE OMS di Malattia Cronica:

"problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decadi"

PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA',
Ministero della Salute 21 Luglio 2016

Da medicina di attesa

… utile in setting ospedaliero,

idonea a gestire le **ACUZIE**

Medicina di iniziativa

…utile in setting territoriale,

idonea a gestire le **CRONICITÀ** e basata su

- *Individuazione del rischio*
- *Costruzione dell'alleanza terapeutica*
- *Pianificazione degli interventi: **chi fa cosa, quando e come***

op

ari

Ospedale

Territorio

Area DEGENZA
- Alta intensità
- Media intensità
- Bassa intensità

DEA
Pronto Soccorso
Osservazione Breve Intensiva (OBI)
Week Hospital
Day Hospital
Day Surgery
Day Service
Ambulatori Ospedalieri

CURE PRIMARIE (MMG/PLS)
- AFT
- UCCP

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)
RSA
HOSPICE
Ospedale Territoriale
RIABILITAZIONE
DSM
SERT

Gli **obiettivi di cura** nei pazienti con cronicità, **non potendo essere rivolti alla guarigione**, sono finalizzati al miglioramento della qualità di vita.

Il paziente con patologia cronica è una persona, **solitamente anziana**, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (**comorbidità o multimorbidità**)

La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di **diverse figure professionali**

C'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza

Integrazione Ospedale Territorio

Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali integrati (PDTA)

Diabete Mellito	Scompenso Cardiaco	BPCO

I PDTA sono una **metodologia** mirata alla
condivisione dei processi decisionali e
dell'organizzazione dell'assistenza
per un gruppo specifico di pazienti
durante un periodo di tempo definito
e in un dato contesto assistenziale/territoriale.

Integrazione Ospedale Territorio

Le caratteristiche fondanti i PDTA :

- esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche,
- comunicazione/condivisione interventi tra i membri del team e i pazienti e le loro famiglie;
- coordinamento del processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli (chi fa cosa , dove, quando, per quanto tempo)
- documentazione – registrazione – condivisione dei dati,
- identificazione delle risorse appropriate.

Integrazione Ospedale Territorio

Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali integrati (PDTA)

Diabete Mellito

- DIABETOLOGO
- Medico di Medicina Generale

Il MMG ha un **ruolo** nella gestione del paziente:

1. Con **rischio** elevato di sviluppare diabete
2. Con **diagnosi effettuata**

1.Popolazione a rischio di diabete

Il **MMG** identifica i soggetti

1. senza o a **basso** rischio di sviluppare DM2,
2. ad **alto** rischio di sviluppare DM2,

sulla base di una serie di informazioni

-anamnestiche,

-cliniche,

-di laboratorio o

-tramite l'ausilio di questionari validati (Tuomilehto) in base ai quali effettua lo "*screening*"

Classificazione dei pazienti per **INTENSITA' di CURA**

Profilo A. **Popolazione a rischio per diabete**
(*classe 7* Documento AMD-SID-SIMG)

- **Screening, diagnosi e prevenzione DM2:** ***Protocolli A1/A2***

Popolazione e diabete

i soggetti vengono classificati come:

1. **normali** o a **basso** rischio

2. **ad alto rischio** (protocollo A1), con chiamata/ rivalutazione attiva **a 3 anni**

3. **IFG alterata**, con chiamata attiva per ripetizione controllo glicemia entro **6-12 mesi**, (protocollo A2)

4. **IGT**, con chiamata attiva e ripetizione dello OGTT entro **6-12 mesi**, (protocollo A2)

1.Popolazione a rischio di diabete

Strategie che per i soggetti individuati come **a rischio**, sottolineano la necessità di prevedere interventi finalizzati al potenziamento delle risorse personali **(*empowerment* individuale)** per l'adozione consapevole di stili di vita corretti.

Offerta di interventi di contrasto a comportamenti e abitudini scorrette come:

- gruppi per smettere di fumare,
- gruppi di cammino,
- prescrizione dell'attività fisica e/o
- la messa in atto di interventi di educazione terapeutica strutturata da parte degli operatori sanitari come il *counselling* motivazionale breve,

.....percorso verso stili di vita corretti.

Classificazione dei pazienti per INTENSITA' di CURA

Profilo A. **Popolazione a rischio per diabete**

Profilo B. **3 distinte tipologie di pazienti con DM2:**

1. **Persone con Diabete Mellito neodiagnosticato o diagnosticato in precedenza ma non seguite presso una SD**
2. **Persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico**
3. **Persone con DM con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico**

Profilo C. **Gestione del paziente con DM1 e con altre forme specifiche di diabete**

2.Popolazione CON diabete nuova diagnosi

DIAGNOSI:

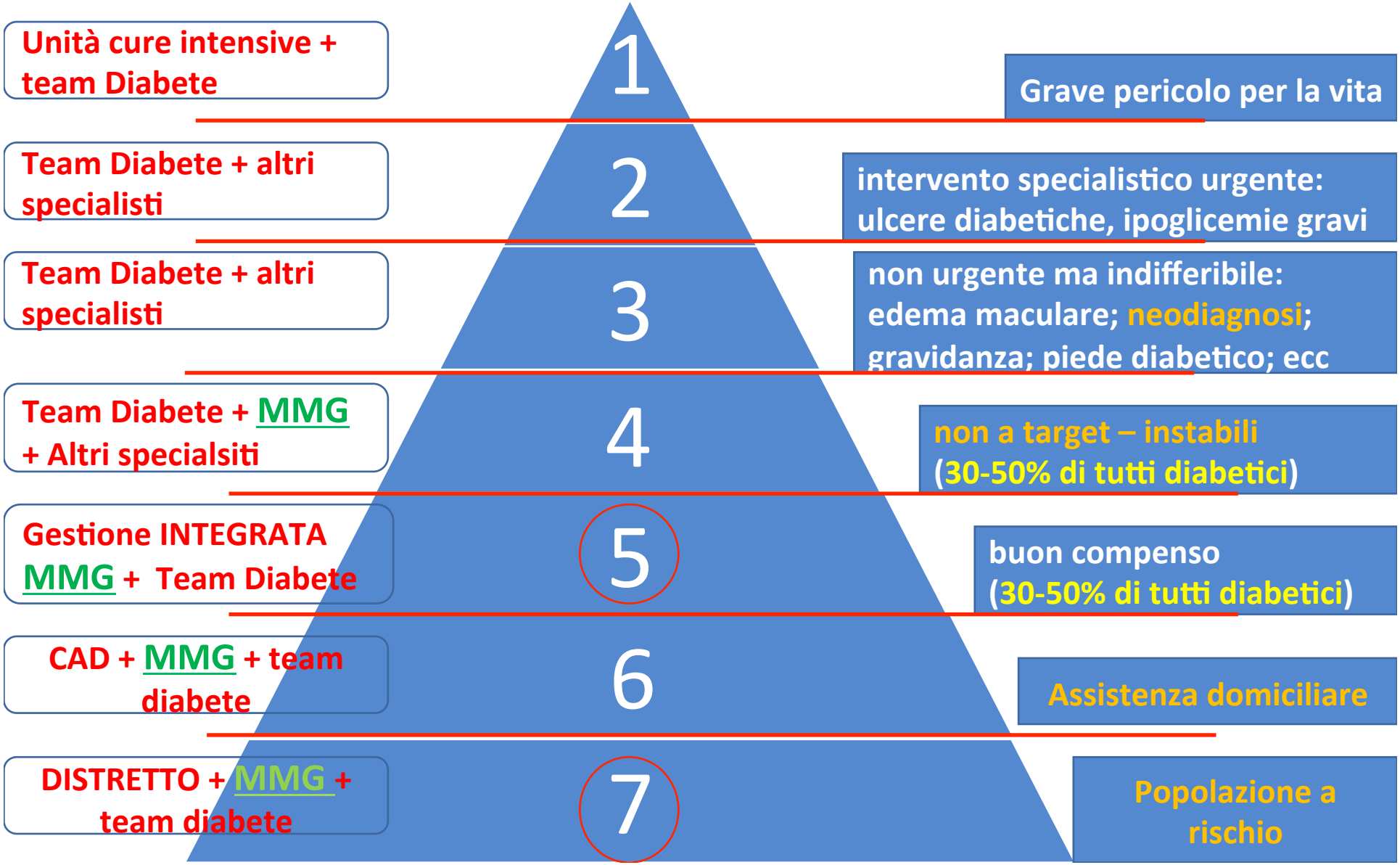
- glicemia a digiuno **≥ a 126 mg/dl**,
- glicemia a 2 ore dopo curva da carico di glucosio (OGTT**) ≥ a 200 mg/dl**,
- glicemia **random ≥ a 200 mg/dl** in presenza di **sintomi** e segni suggestivi
- **HbA1c ≥ 6,5**%

2.Popolazione CON diabete senza complicanze

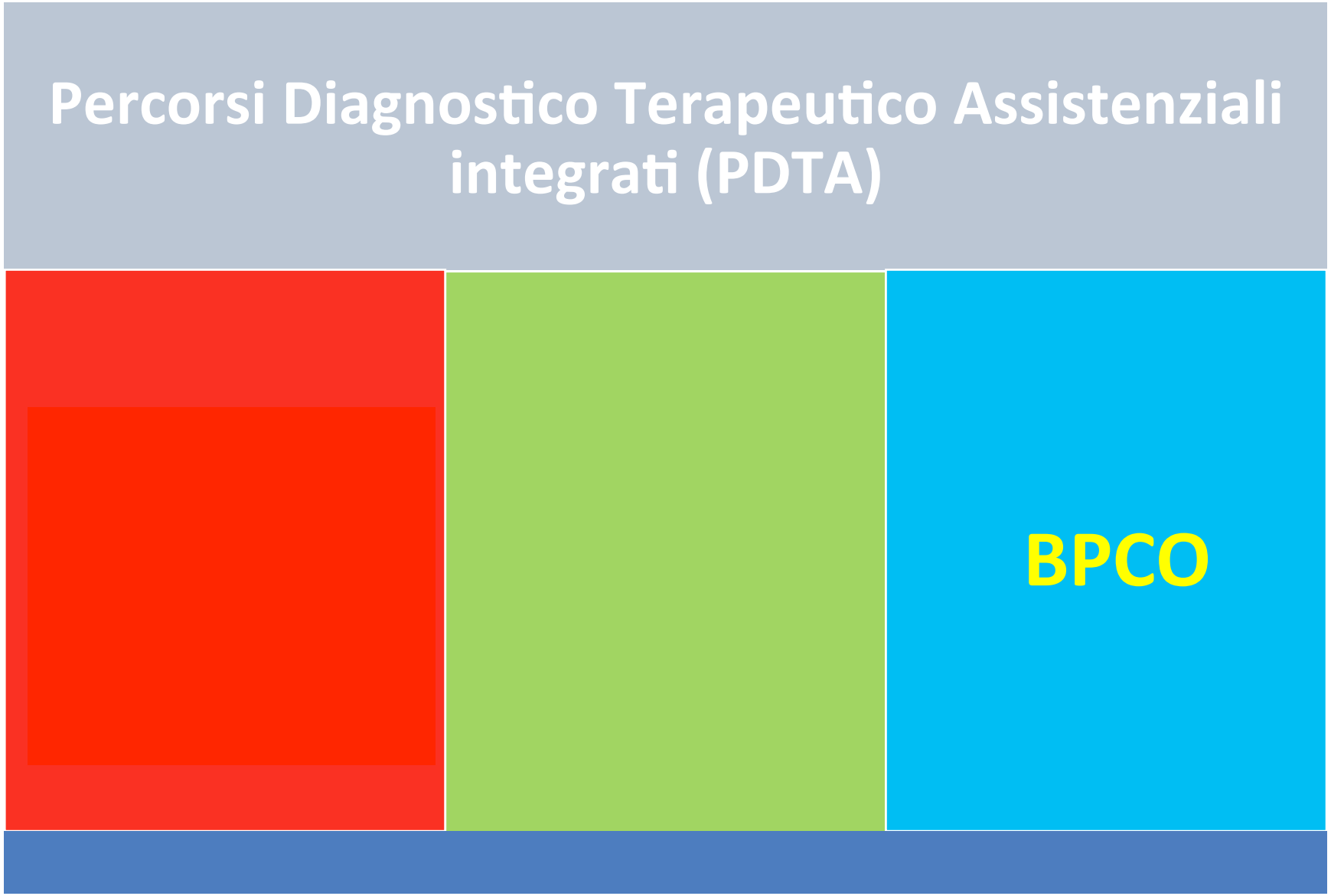
Controlli presso il MMG (ogni 3-6 mesi):

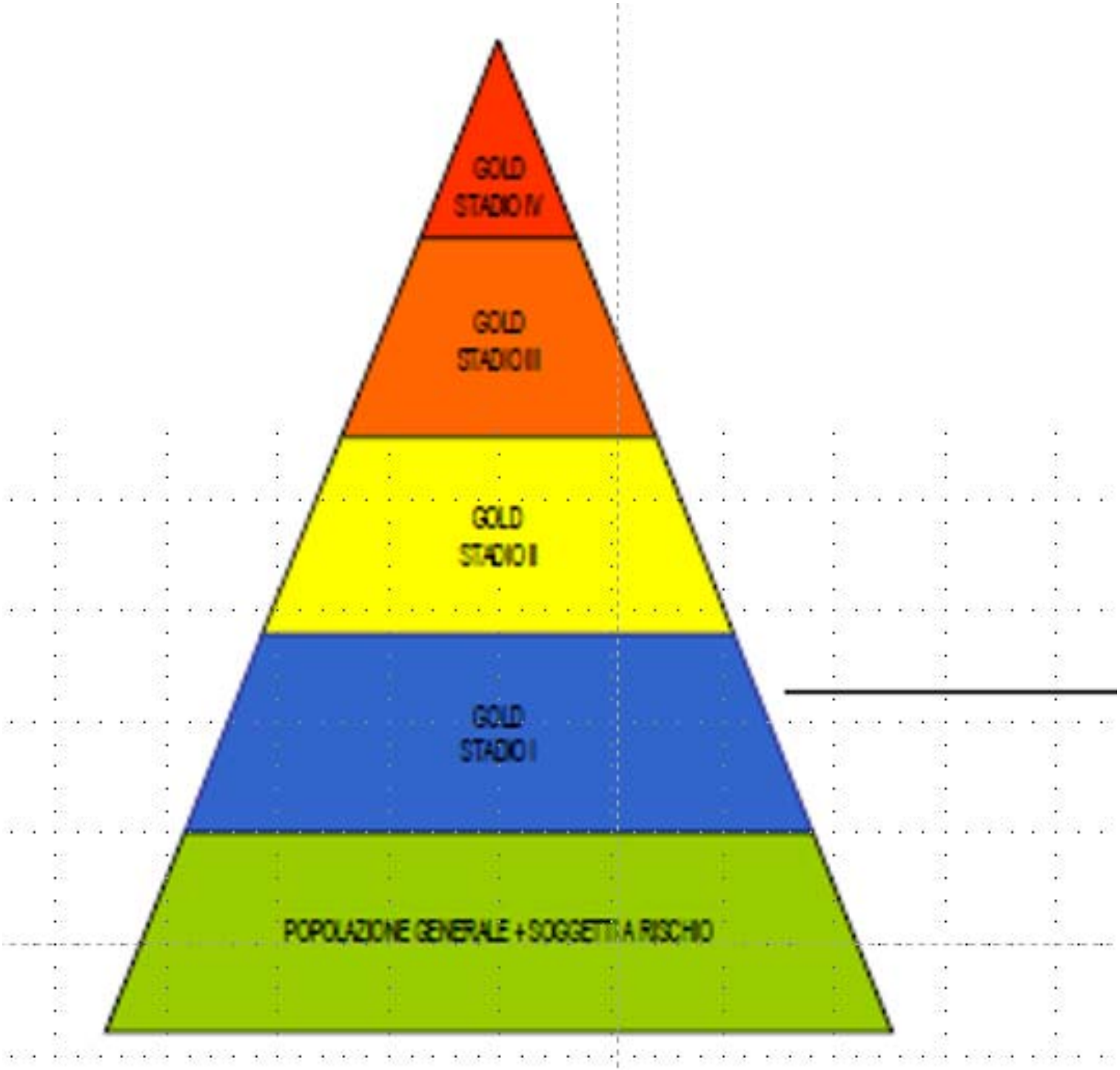
- visita medica generale, con controllo PA e indici antropometrici
- HbA1c
- valutazione auto-monitoraggio della glicemia (quest'ultimo se previsto)
- assetto lipidico, funzione renale ed epatica, elettroliti o altri accertamenti, esame clinico per lo screening/valutazione delle complicanze,
- educazione terapeutica
- invio alla SD secondo piano di cura individuale
- rinnovo annuale della prescrizione in WebCare del piano terapeutico per i presidi per autocontrollo (la prima prescrizione, il primo inserimento in WebCare ed eventuali variazioni del piano terapeutico vengono fatti dalla SD)
- vaccinazione antiinfluenzale ed antipneumococcica

Classificazione dei pazienti per intensità di cura e relativi livelli di responsabilità dell'assistenza



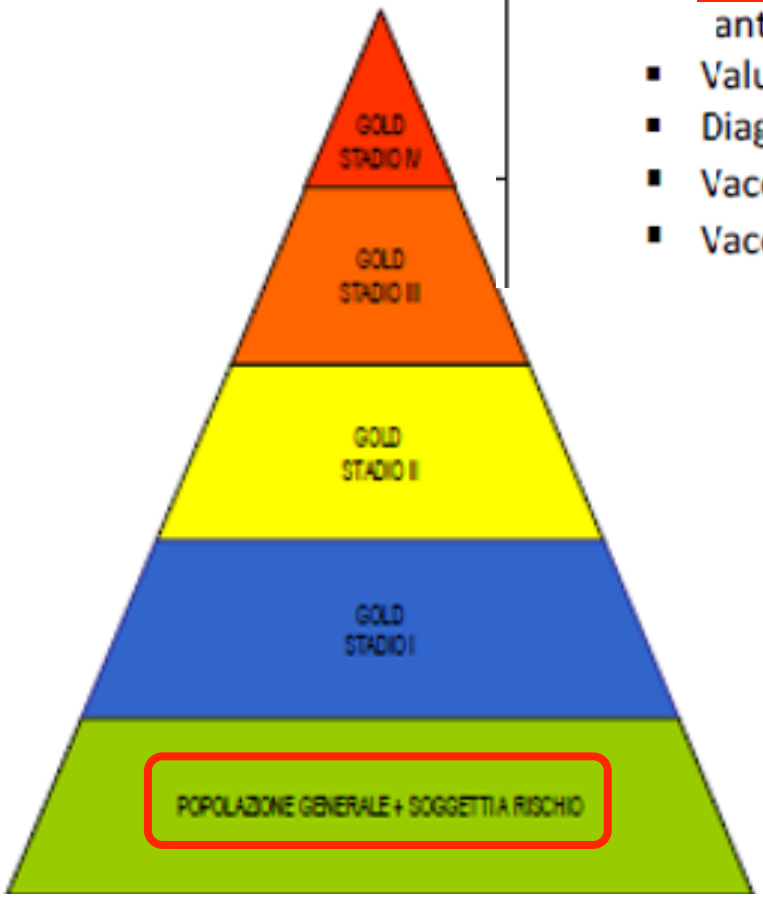
Integrazione Ospedale Territorio




GOLD
STADIO IV
GOLD
STADIO III
GOLD
STADIO II
GOLD
STADIO I
POPOLAZIONE GENERALE + SOGGETTI A RISCHIO

MMG, infermiere

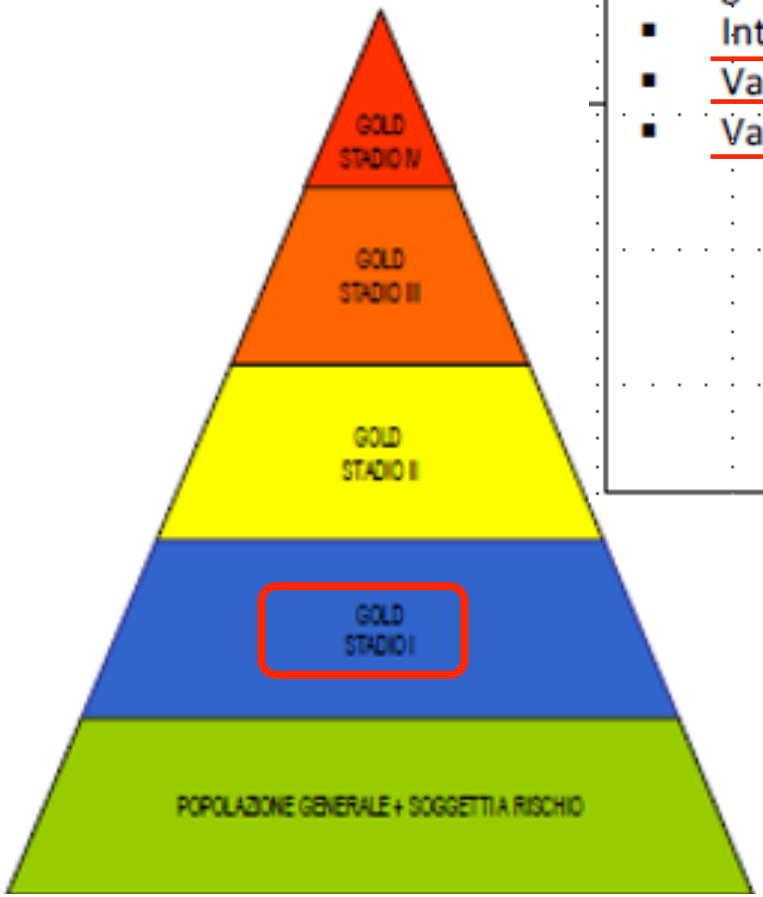
- Identificazione e contrasto dei fattori di rischio (fumo di sigaretta, attività lavorative a rischio pneumolesivo - inquinamento/esposizione professionale, esposizione ambientale, familiarità)
- Diagnosi e trattamento delle bronchiti acute ricorrenti
- Monitoraggio periodico del livello di rischio
- Identificazione dei soggetti ad alto rischio (deficit di alfa1 antitripsina...)
- Valutazione di base in caso di .... spirometria ...
- Diagnosi di asma cronica
- Vaccinazione anti-influenzale
- Vaccinazione anti-pneumococcica



POPOLAZIONE GENERALE E POPOLAZIONE A RISCHIO

MMG, infermiere, medico specialista

- Diagnosi e prescrizione delle indagini di monitoraggio
- Invio allo specialista per l'orientamento terapeutico, l'educazione strutturata alla gestione della malattia, (eventualmente per le pratiche per l'esenzione)
- Formulazione piano di cura condiviso nei pazienti neodiagnosticati o senza complicanze
- Monitoraggio per lo screening delle complicanze secondo linee guida nei pazienti NC
- Interventi su stili di vita e autogestione della malattia
- Vaccinazione anti-influenzale.
- Vaccinazione anti-pneumococcica



NEODIAGNOSTICATI, PAZIENTI NON-COMPLICATI STADIO I GOLD

MMG, medico specialista, infermiere

- Valutazione periodica secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici e ritorno delle informazioni inerenti le diverse fasi del percorso assistenziale
- Valutazione dello specialista secondo accesso:
  - Programmato secondo piano di cura (solitamente annuale)
  - Non programmato con richiesta:
    - Urgente (es. grave ipossiemia arteriosa)
    - Non urgente (…)

    A giudizio del MMG su condizioni particolari (es. episodi infettivi ricorrenti, …, problemi relazionali, scarsa compliance)

PAZIENTE CON COMPLICANZE NON EVOLUTIVE STADIO II GOLD

Medico specialista, MMG, infermiere

- Valutazione periodica secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici e ritorno delle informazioni inerenti le diverse fasi del percorso assistenziale
- Valutazione periodica dei pazienti in trattamento con .... secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici
- Valutazione specialistica periodica secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici e ritorno delle informazioni inerenti le diverse fasi del percorso assistenziale
- Presa in carico specialistica temporanea in pazienti con complicanze gravi recenti o rapidamente evolutive

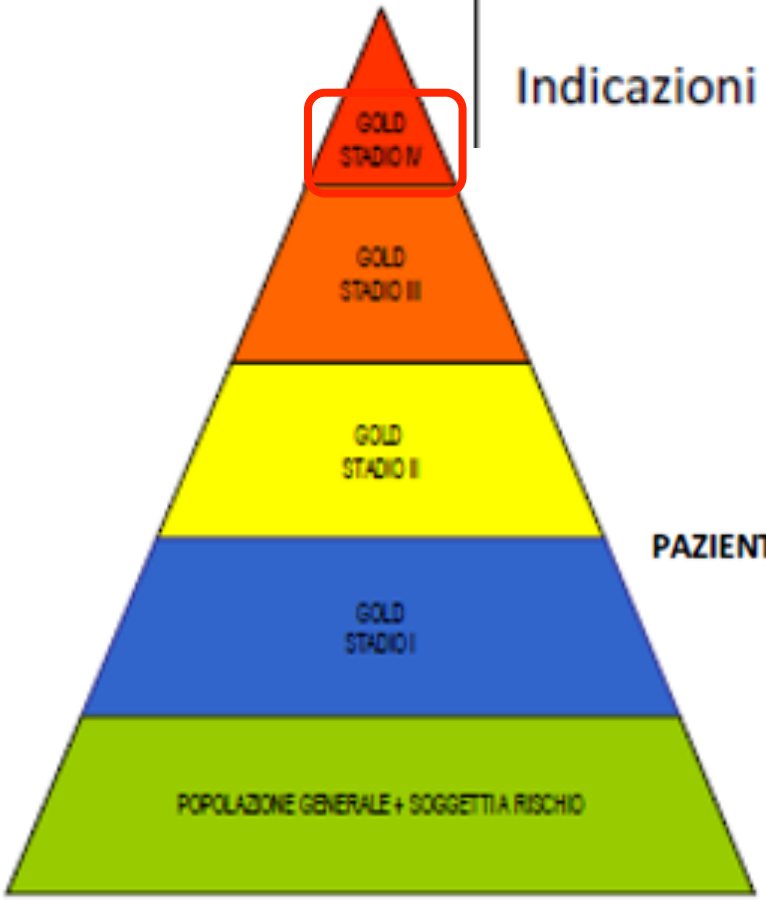
PAZIENTE CON COMPLICANZE EVOLUTIVE STADIO III GOLD

Medico specialista, MMG, infermiere

Gestione specialistica con feed-back al MMG

- Pazienti in LTOT (long term oxigen terapy)
- Situazione di insufficienza respiratoria persistente
- Pazienti in NIV (Ventilazione non invasiva)

Indicazioni al ricovero ospedaliero



PAZIENTI IN FASE DI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA IPOSSIEMICA STADIO GOLD IV

COMPETENZA	MMG	MMG+SPECIALISTA	SPECIALISTA	ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA INFERMIERISTITCA
BPCO GRADO I	+				
BPCO GRADO II	+	+			
BPCP GRADO III	+	+	+		
BPCO GRADO IV	(+)	+	+	+	+
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	(+)	+	+	+	+

Piano di gestione della BPCO

Obiettivi	Che fare	Chi lo fa	Indicatori
Prevenzione	Intervento sul fumo • Minimal advice, • Invio a CAF	MMG Pneumologo	Registrazione dato fumo (Se possiile p/y)
	Intervento in ambiente di lavoro • Informazione • Riduzione dell'esposizione	Medico del Lavoro	Registrazione esposizione lavorativa
Diagnosi precoce	Rilevazione sintomi e popolazone a rischio • Questionario 5 domande, (allegato S) • Fumatori > 20 p/y > 40 aa • Spirometria	MMG (Effettuazione/richiesta) (Medico del Lavoro	Registrazione spirometri
Inquadramento clinico	• Approfondimento • diagnostico Stadiazione	Specialista	Registrazione stadiazione di gravità
Trattamento terapeutico	Aderenza a Linee Guida GOLD	Specialista MMG	Dati di aderenza prescrittiva

Quando il **medico di medicina generale** (MMG) invia il paziente allo specialista,

formula un **quesito** che dovrà contenere:

- diagnosi o sospetto diagnostico
- presenza di patologie concomitanti
- terapie in atto
- eventuali accertamenti eseguiti.

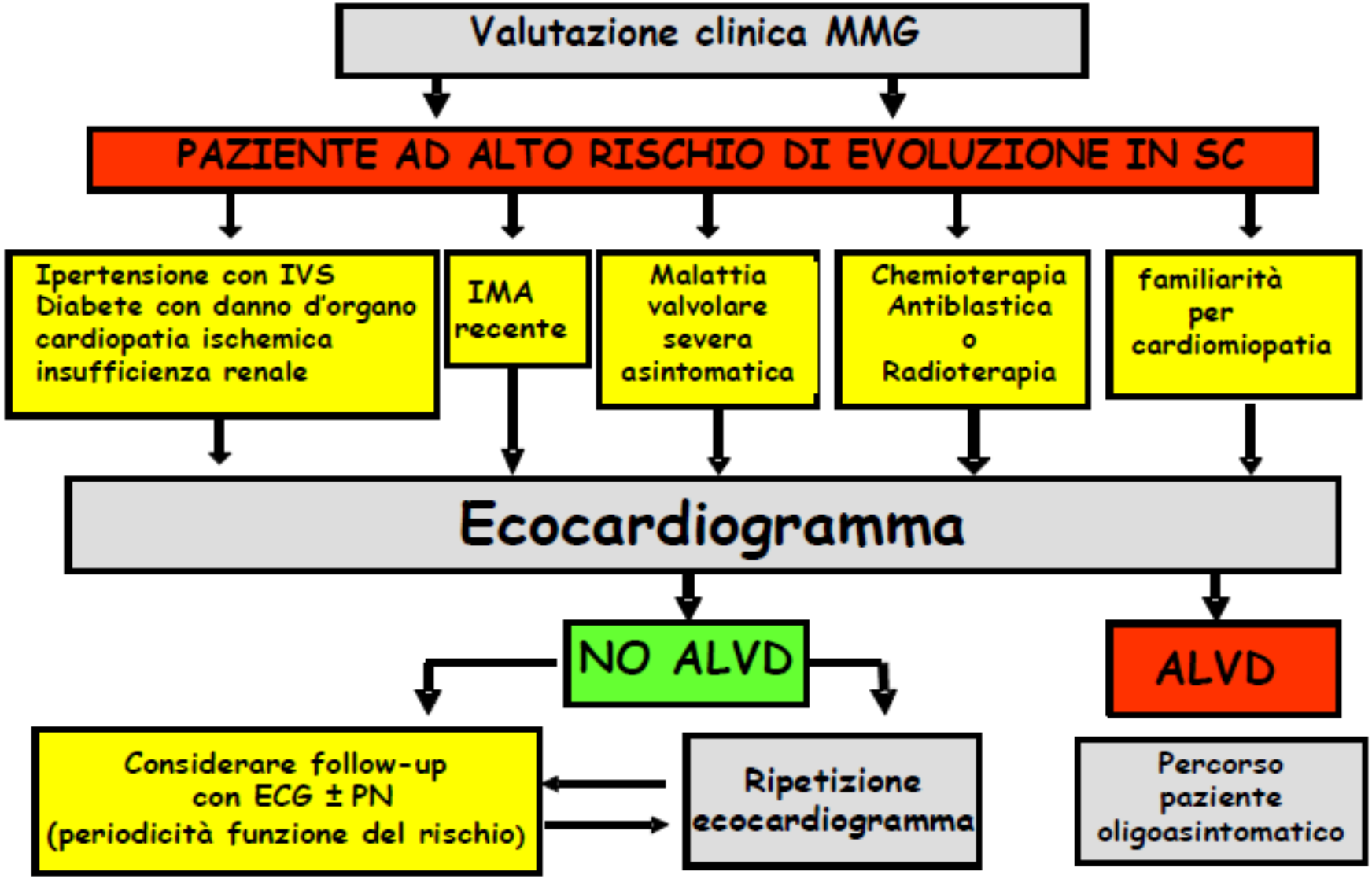
Lo **Specialista** procede ad interventi diagnostico-terapeutici indifferibili anche se non richiesti dal MMG, in relazione al quesito del MMGstesso o dell'esito della valutazione.

Integrazione Ospedale Territorio

Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali integrati (PDTA)

Scompenso Cardiaco

Figura 1: Flow-chart per screening disfunzione ventricolare sinistra



ALVD = disfunzione ventricolare sin. asintomatica IVS: Ipertrofia Ventricolare Sinistra

Da medicina di attesa

… utile in setting ospedaliero,

idonea a gestire le **ACUZIE**

Medicina di iniziativa

…utile in setting territoriale,

idonea a gestire le **CRONICITÀ** e basata su

- *Individuazione del rischio*
- *Costruzione dell'alleanza terapeutica*
- *Pianificazione degli interventi: **chi fa cosa, quando e come***

ADERENZA terapeutica

Secondo OMS "massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare la *compliance* può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni di qualunque altro progresso terapeutico".

World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

Secondo l'OMS tra il 30% e il 50% dei farmaci prescritti per malattie croniche non viene assunto correttamente

Prof Giuseppe DONATO

giuseppe.donato1@uniroma1.it

https://corsidilaurea.uniroma1.it/it/corso/2017/medicina-e-chirurgia-d/news-avvisi