

Premessa

- L'evoluzione del comparto ospedaliero verso un'ottica di elevata complessità, specializzazione ed intensità di cura dovuta ai cambiamenti demografici, culturali e socio-economici presenti, causa ricadute anche sulla **sanità territoriale che deve rendersi coerente con le realtà prevalenti.**
- In particolare tale adeguamento comporta un **ristrutturazione della Medicina del Territorio per ottenere un cambiamento strutturale della Medicina Generale da comparto residuale a cardine delle cure primarie favorendone l'integrazione con altri livelli di cura.**

Obiettivi

- *Efficienza allocativa (liberazione di risorse specialistiche)*
- *Efficienza organizzativa (migliore gestione dei bisogni di cura con riduzione di costi indiretti e sociali)*
- *Efficienza clinica (migliore gestione dei processi di assistenza che modifica i profili di morbilità e mortalità delle patologie acute e croniche più frequenti)*

Le cure palliative

Le Cure Palliative sono il modello di un percorso che inizia a bassa intensità di cura ed a bassa complessità assistenziale:

- ✓ in alcuni casi con una progressione più o meno rapida verso l'alta intensità/complessità,
- ✓ in altri casi con un'alternanza di situazioni complesse a lunghi periodi di stabilità.

Recenti linee guida raccomandano percorsi integrati per pazienti ancora lontani dal fine vita in senso stretto, ma che “si avvicinano alla fine della vita”:

in tal senso una speciale attenzione ad una attività clinica ed organizzativa orientata sui “bisogni” dei malati e dei loro familiari, non può non coinvolgere il Medico di Medicina Generale e il comparto delle Cure Primarie nella sua ri-organizzazione: i problemi alla fine della vita hanno le loro origini all’inizio della traiettoria della malattia.

Le cure palliative

“Osservare tutto e studiare il paziente più che la malattia”
(Ippocrate, 460-370 ac)

La legge italiana intende per «Cure Palliative»:

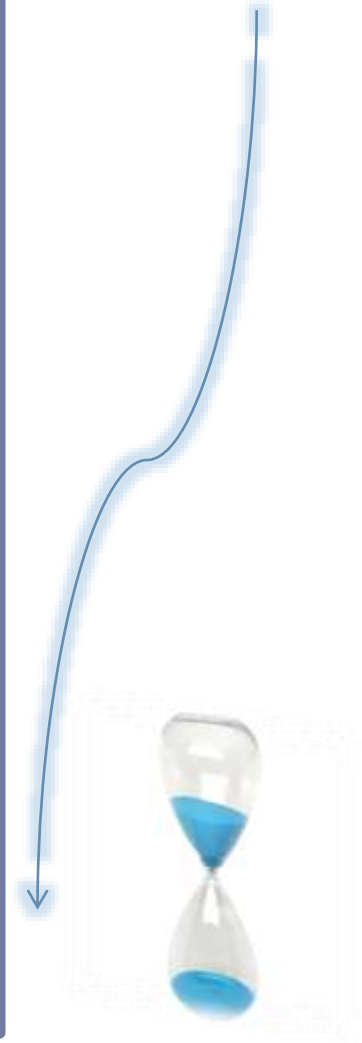
“l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”. (L.38/2010)

Il contesto regionale: una realtà in progressione

La regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di sviluppo delle cure palliative **già dal 1994 attuando un programma specifico di assistenza domiciliare in attuazione alla Legge regionale 29/94, mediante l'intervento dei NUCLEI OPERATIVI DOMICILIARI ONCOLOGICI (NODO).**

Sulla base di questa esperienza si è attuata successivamente una riorganizzazione delle cure domiciliari con l'applicazione del **modello unico di Assistenza Domiciliare Integrata sociale e sanitaria (ADI) per tutte le tipologie di ammalati in fase acuta o cronica con temporanea invalidità.**

In conformità alla Delibera regionale 18 maggio 2015, N.560 (BURERT n.121, 03/06/2015), in Attuazione alla Legge 15 marzo 2010, n.38 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative alla terapia del dolore"), è prevista la riorganizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative.



Il contesto regionale: il NODO DOMICILIO

“La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell’azienda USL; laddove sul territorio insista anche una Azienda Ospedaliera la rete sarà unica ...

*... Le politiche regionali da sempre hanno promosso il mantenimento del paziente al proprio domicilio eleggendolo come setting assistenziale di prima scelta ... Per rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia, le cure palliative domiciliari sono costituite da interventi complessi e tra loro integrati ... sono erogate dall’Unità di cure Palliative Domiciliari (UcPD). **L’equipe dell’UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie ...**“*

Deliberazione della Giunta Regionale 18 Maggio 2015, N.560

Il contesto regionale: il NODO DOMICILIO

“L’UCPD adotta quali strumenti di condivisione professionale le riunioni periodiche d’equipe e la cartella integrata. L’UCPD si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico. Il Medico di Medicina Generale rappresenta una risorsa della Rete di Cure Palliative dove esplica la sua professionalità e coordina il livello base dell’UCPD che il medico palliativista integra con la propria consulenza. Il livello specialistico è coordinato dal medico palliativista, che in accordo con il MMG, assume la responsabilità clinica del caso...

... L’equipe specialistica si attiva in funzione dell’aumento della complessità dei bisogni dei pazienti, garantendo elevati livelli di competenza. A determinare la complessità concorrono l’instabilità clinica, i sintomi di difficile controllo incluso il distress psicologico e spirituale, la necessità di un particolare supporto alla famiglia, e la necessità di favorire la discussione e la risoluzione dei quesiti etici che dovessero presentarsi ...

Deliberazione della Giunta Regionale 18 Maggio 2015, N.560

L'integrazione professionale

Il modello assistenziale delle Cure palliative si basa sull'integrazione tra diversi operatori ad alta professionalità e sul confronto continuo, per garantire una sempre maggiore appropriatezza dell'assistenza ed evitare di:

- ✓ proiettare le proprie priorità sul malato e sulla famiglia,
- ✓ dare risposte personalizzate sul medico e non su quel malato e la sua famiglia.

LAVORO A RETE



L'integrazione professionale

La scelta di coinvolgere i Medici di Medicina Generale nell'erogazione di cure palliative ha favorito lo sviluppo di un percorso di presa in carico del paziente con bisogni complessi articolato su tutto il territorio, garantendo i necessari collegamenti per la continuità assistenziale, nonché una migliore personalizzazione dell'intervento per il paziente e la famiglia (rete affettiva e amicale che partecipa al processo assistenziale, collabora agli obiettivi ed è essa stessa oggetto di cura per la sofferenza e le difficoltà dell'assistenza continua del malato).

L'integrazione professionale

La gestione integrata del paziente favorisce la risoluzione di probabili criticità emergenti, consentendo di:

- Conoscere i criteri che indirizzano un malato alla visita ambulatoriale di Cure Palliative, all'assistenza domiciliare o al ricovero in hospice.
- Conoscere il contenuto della comunicazione ad un malato ed alla famiglia nel momento in cui si pone la necessità di un programma di Cure Palliative (cure domiciliari/hospice).
- Avere le competenze relazionali necessarie per impostare e condurre il colloquio con il malato inguaribile che necessita di CP e con la sua famiglia.

L'integrazione professionale

... inoltre un'équipe multiprofessionale assistenziale consente di:

- ❖ Rivalutare e rimodulare gli obiettivi di cura durante il corso della malattia attraverso un confronto tra lo staff professionale di Cure Palliative.
- ❖ Individuare le situazioni in cui diventa strategico aiutare malato e famiglia ad accettare la riduzione delle *performance del* malato al fine di aumentarne la qualità di vita residua.



L'integrazione professionale

In sintesi ...

- ❑ ***CENTRALITA' DEL PAZIENTE***
- ❑ ***RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE COME RICONDOTTORE ALLA PERSONA DEGLI INTERVENTI SPECIALISTICI***
- ❑ ***MULTIPROFESSIONALITA' DELL'INTERVENTO ORIENTATO ALLA CURA DELLA PERSONA***

Il Medico di Medicina Generale

La responsabilità terapeutica è del Medico di Medicina Generale nella maggior parte dei casi.

E' pertanto necessario che il Medico di Medicina Generale acquisisca

- ✓ *conoscenze tecniche specifiche,*
- ✓ *abilità di area cognitiva, pragmatica e relazionale.*

*“È la malattia che rende piacevole e buona la salute”
Eraclito, Frammenti, VI-V sec. a.e.c.*

Il Medico di Medicina Generale

La complessità del processo assistenziale richiede il ricorso obbligatorio a strategie formative che garantiscano la migliore efficacia del percorso di cura che accompagni il paziente e la famiglia con l'adeguato sostegno assistenziale, la giusta attenzione agli aspetti comunicativi ed emozionali, preservando l'autonomia del malato (miglior arbitro del proprio interesse) e la sua consapevole adesione alle proposte del Medico.



Conclusioni: il ritorno alla medicina di cura

“C'è una regola generale, e ho visto grandi medici operare con quella, ed è che il medico non deve trattare la malattia, ma il paziente che soffre”.

Maimonide (1135-1204)

- ✓ *Il rispetto della persona nella sua unicità, della dignità e libertà di scelta, la capacità di ascolto e valutazione* rappresentano l'impegno di ciascun operatore per evitare sofferenze inutili e prevenire, ove possibile, l'insorgere del dolore, migliorando la qualità di vita del paziente
- ✓ *Il senso sociale dell'assistenza palliativa consiste nel favorire il reintegro della persona nella vita familiare e sociale contrastando una condizione d'isolamento e abbandono che può aggravare la sofferenza.*
- ✓ *La persona morente e la sua famiglia devono sentirsi parte della collettività per affrontare il momento più tragico dell'esistenza. Il senso di appartenenza è in grado di rinsaldare il senso dell'esistenza,* così come la speranza in una prospettiva futura, comunque presente nella coscienza individuale.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

