

IL PERCORSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ANZIANO

IL RUOLO CARDINE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DR.CLAUDIO AGOSTO
MEDICO MEDICINA GENERALE

MEDICINA SPECIALISTICA E MEDICINA GENERALE

DIFFERENTE APPROCCIO AL PROBLEMA

SPECIALISTA: prevalente cura della malattia

MEDICO MEDICINA GENERALE: prevalente cura della persona nella sua interezza

Passaggio da un approccio prevalentemente/esclusivamente d'organo ad una visione olistica.

Ruoli non contrapposti ma complementari nell'interesse del paziente

Concetto valido sempre, ma particolarmente nell'anziano

RAPPORTO ISTAT 2007: SOGGETTI ULTRASESSANTACINQUENNI

40%: una malattia cronica

18%: limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana (disabilità) di cui:

* 68%: almeno 3 malattie croniche

* 8% confinato in casa

→ all'avanzare dell'età si collega il concetto di **FRAGILITA'**: maggior vulnerabilità allo stress, limitazione dovuta alla presenza di polipatologie e un deterioramento della salute e dello stato funzionale che predispone ad esiti negativi → necessità ancora più impellente di un approccio per molti versi diverso da quello tradizionale e totalmente individualizzato.

INVECCHIAMENTO

L'INVECCHIAMENTO non è una malattia, non è prevedibile né curabile, pertanto vi può essere un invecchiamento "NORMALE" ed un invecchiamento "PATOLOGICO" associato alla presenza di più problematiche.

L'aspettativa di vita ha consentito ad una parte degli anziani di raggiungere un'età avanzata in buone condizioni di salute, ma ha determinato anche una crescita del n° di anziani affetti da malattie croniche e disabilità.

AMPIO SPETTRO: dall'invecchiamento "DI SUCCESSO" (definizione OMS per gli anziani che conservano fino alla fine dei loro giorni una capacità funzionale che consente loro una vita autonoma e priva di disabilità), NORMALE, PATOLOGICO fino alla FRAGILITA'.

VALUTAZIONE DELL'ANZIANO

QUINDI:

Con il paziente anziano si rende necessario il superamento del tradizionale approccio medico concentrandosi su una **VALUTAZIONE OLISTICA e MULTIDIMENSIONALE** centrata sulla persona, che consideri la totalità e la complessità del paziente geriatrico, valutandone lo stato cognitivo, la funzionalità fisica, il tono dell'umore, le condizioni familiari, socioeconomiche e culturali.

Questo approccio è fondamentale per personalizzare il percorso di cura ed evitare sia SOVRATRATTAMENTI (fino all'estremo dell'accanimento) sia SOTTOTRATTAMENTI (fino all'estremo dell'ageismo)

RETI ONCOLOGICHE E CURE PRIMARIE

La prevalenza di persone con una diagnosi di cancro nel corso della vita è in continuo aumento.

L'aumento della prevalenza è legato a vari fattori:

- 1) invecchiamento della popolazione ($2/3 > 65$ anni)
- 2) riduzione mortalità specifica
- 3) allungamento fase di sopravvivenza

Quindi: *per ogni paziente si allunga il tempo di assistenza*, suddiviso, schematizzando, in una I FASE in cui l'obiettivo è la sopravvivenza ed in cui si inseriscono prevalentemente le cure Oncologiche e il Follow – Up ed una possibile II FASE in cui l'obiettivo diventa la qualità di vita fino ad arrivare alle Cure Palliative.

NECESSITA' DELLA RETE

“ Una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini nell'accesso ai Servizi Sanitari è l'insufficienza di continuità delle cure, ovvero il vuoto assistenziale, talora percepito come abbandono, quando per le cure sono necessari molteplici interlocutori o diverse modalità assistenziali”

(da Documento Finale Gruppo di Lavoro Continuità Assistenziale Reg. Lombardia 30/01/2007).

→ quindi necessità di una **RETE** come strumento di gestione per raggiungere una **Continuità Assistenziale**.

RETE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La Rete è una modalità organizzativa che premia e valorizza la professionalità, la storia delle persone e le loro competenze

La principale finalità della Rete è quella di garantire al cittadino il complesso ed articolato processo della Continuità delle Cure, per cui le Reti debbono superare l'orizzonte di interesse selettivo solo alla patologia in sé riconoscendo che il soggetto di cui “prendersi carico” è la persona (riconoscimento dei bisogni diversi di ogni pz.)

E' necessario “misurare” l'impatto della Rete sulla qualità delle cure e non da ultimo i costi. Un buon indicatore è valutare i cambiamenti di comportamento dei singoli Operatori.

(Dr. Lora Aprile, Congresso SIMG 2010)

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PAZIENTE ONCOLOGICO

Un MMG con 1500 deve aspettarsi di avere nella sua vita lavorativa > 100 assistiti con dg di cancro.

Possibile suddivisione rispetto alla malattia:

- * guariti, con necessità di controlli periodici
- * in terapia di prevenzione (ad esempio, donne con ca mammella in terapia ormonale)
- * con malattia attiva, in terapia
- * con malattia avanzata (cure palliative)

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PAZIENTE ONCOLOGICO

I sottogruppi suddivisi in base alla malattia sono omogenei?

In realtà, all'interno di ogni sottogruppo ogni pz. ha avuto ed ha bisogni diversi da parte del MMG.

I “guariti”, ad esempio, non sono una classe omogenea di persone: abbiamo una traccia comune per tutti (i controlli periodici), ma poi tutto cambia in rapporto all'età della persona, alle sue aspettative, alla sua visione e filosofia di vita, ai suoi valori morali, religiosi, alla comorbidità, al grado di funzionalità ecc.

ANZIANI: spesso hanno molti altri problemi e non soltanto di tipo sanitario, ma anche di tipo sociale, di assistenza, di demenza ecc.

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PAZIENTE ONCOLOGICO

CONSEGUENZA: il MMG ha difficoltà ad inquadrare i pz in questo tipo di suddivisione “tradizionale”, alla ricerca di quale può essere il nostro ruolo attivo ed utile all'interno di questi passaggi del percorso del malato, nel VIAGGIO attraverso la malattia ed attraverso i Servizi Sanitari.

→ *in realtà il viaggio dipende dal VIAGGIATORE e non dal viaggio!!*

Il MMG che conosce, basandosi su un **rapporto fiduciario** il paziente da molti anni, il suo pensiero, il contesto familiare ecc. è quindi “vicino” alla persona (non è purtroppo la regola soprattutto negli ultimi anni) e può (dovrebbe potere) definire meglio i bisogni in un'area più complessa, che non sia soltanto la fase della malattia in cui il paziente si trova.

CLASSIFICAZIONE DEI BISOGNI

DI COS'HA REALMENTE BISOGNO QUEL SOGGETTO IN QUEL MOMENTO?

Di essere rassicurato, anche dai controlli biomedici?

Di essere “lasciato in pace” rispetto alla malattia che farà il suo decorso?

Di fare il possibile per guarire, sempre e comunque?

Di essere considerato nell'insieme delle diverse capacità funzionali?

Di poter partecipare alle decisioni?

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Gli interventi medici vanno inseriti nel contesto complessivo (individuale, sociale, culturale...) nel quale si collocano, tenendo conto degli obiettivi → solo così si raggiunge lo scopo di una reale STRATEGIA FINALIZZATA.

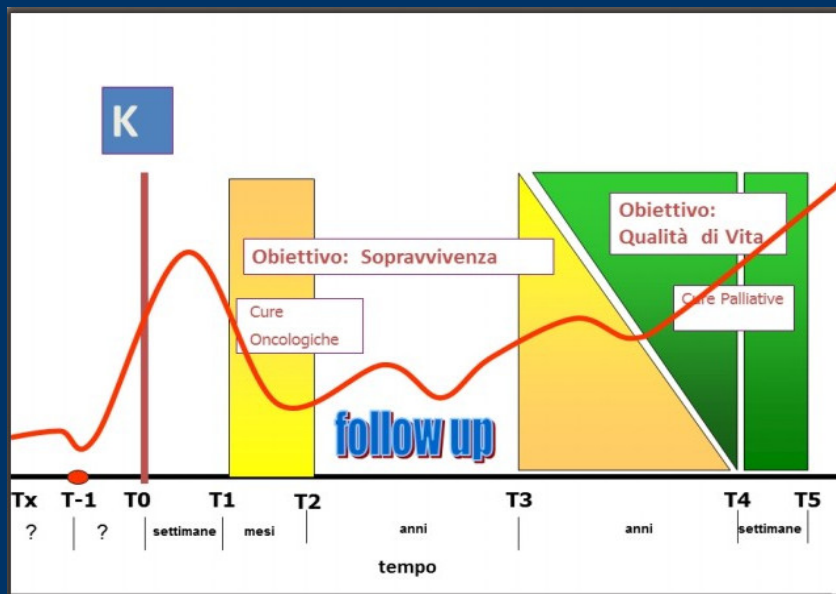
Il MMG in altre parole inserisce i propri interventi nelle STORIE DEI PAZIENTI

METAFORA CINEMATOGRAFICA: la medicina Specialistica si basa sui “fotogrammi” del pz, colto in momenti particolari (più o meno critici), la Medicina Generale è invece “tutto il film”

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Tra MMG e ASSISTITO si deve costruire e mantenere una **RELAZIONE** che influenzerà molto aspetti importanti della vita del pz.: il suo rapporto con la malattia attuale, il modo di adeguarsi attivamente al suo contesto di vita (ma anche quello di sentirsi adeguato a farlo), il bisogno di rendere tollerabili le sue ansie, la possibilità del MMG di far passare le proposte che riterrà utili per il bene del pz.

Gli interventi del MMG, siano essi diagnostici o terapeutici, vanno quindi sempre collocati nel **PERCORSO** del paziente, nel rispetto della sua **AUTONOMIA** (autodeterminazione).



ATTEGGIAMENTI POSITIVI

EMPATIA: immaginare ciò che una persona sta provando, ma che non necessariamente esprime, la capacità di mettersi nei panni dell'altro senza arrivare a provare le sue emozioni.

CALORE UMANO: sentimento di “warm feeling” accompagnato da un atteggiamento di accettazione senza giudizio.

LEALTA': trasparenza e onestà intellettuale, reali e non come facciata professionale.

ATTEGGIAMENTI NEGATIVI

Ignorare ciò che il paziente esprime

Rassicurare il paziente in modo irrealistico

Fare battute per sdrammatizzare

Mascherare i propri stati d'animo

Delegare ad altri le proprie responsabilità

CONSEGUENZE DI UNA MANCATA COLLABORAZIONE TRA SPECIALISTA E MMG

E' da evitare assolutamente una “competizione” sul malato (tocca a me, tocca a te) che porterebbe a:

Mancata definizione e condivisione di Follow-up

Formazione non adeguata, conseguenza della non disponibilità di obiettivi chiari e condivisi

Scarsa attenzione agli aspetti psicosociali

Costi inutili

Insoddisfazione del paziente

Aumento della conflittualità tra i medici, a discapito del bene del paziente.

OBIETTIVO COMUNE SPECIALISTA - MMG

I compiti di Specialista e MMG sono diversi ma assolutamente complementari e quindi è nostra comune responsabilità raggiungere una consapevolezza di ruolo, cercando di capire, ciascuno per le proprie competenze e con i propri strumenti, come garantire il massimo delle cure possibili, ma **PERSONALIZZATE** paziente per paziente, non soltanto in base alla fase della malattia, non soltanto in base alla terapia più appropriata, ma in realtà inserendo all'interno della valutazione tutta una serie di altri elementi che condizionano, devono condizionare pesantemente, le scelte.

THE END

