

TENER CONTO DELLA MULTIMORBITÀ: LA SPECIFICITÀ DELLA MEDICINA GENERALE

“L’approccio generalista nella cura dei pazienti ad alta complessità”

SALA STRINGA FBK - Povo (TN)

Sabato 26 maggio 2018

Dott. Stefano Ivis



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento



PER LA SALUTE

SALA STRINGA FBK - Povo (TN)
sabato 26 maggio 2018 dalle 09.00 alle 17.00

**“L’APPROCCIO
GENERALISTA NELLA
CURA DEI PAZIENTI
AD ALTA COMPLESSITÀ”**

Ciclo di Incontri:
I PROFILI DI
COMPETENZE NELLE
NUOVE FORME
ORGANIZZATIVE DELLA
MEDICINA GENERALE

Le parole della complessità



Comprendere la complessità

Stimola soluzioni inedite e spontanee

Diventa evoluzione

La complicità nella narrazione

genera un futuro di valore,

perché sa unire passato, presente e futuro

partendo dalle esperienze e dalle relazioni



Generare emergenza

L'APPROCCIO GENERALISTA (CYBERNETICO II°)



....l'osservatore fa parte dell'universo studiato in quanto costruttore del campo di osservazione, che decide in cosa consiste il sistema osservato e ne traccia il confine rispetto all'ambiente...»

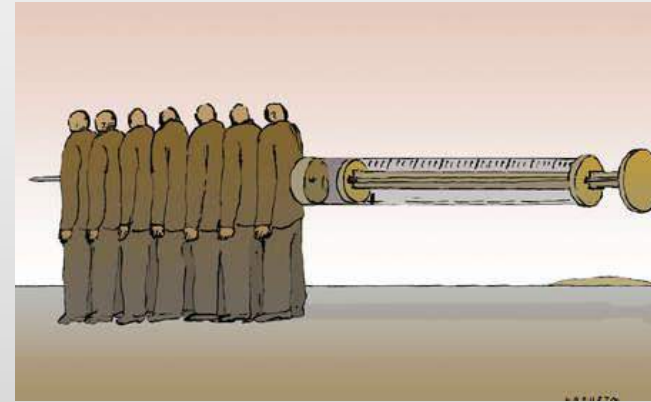


La cibernetica di secondo ordine **Heinz Von Foerster**



Aforisma

**Nella medicina specialistica
la malattia è sempre la stessa
ma sono i pazienti che
cambiano.**



**Nella medicina generalista
il paziente è sempre lo stesso
ma sono le malattie che cambiano.**

MED.GENERALE VS MED. SPECIALISTICA

Assistenza Ospedaliera centralizzata
Centralizzazione Servizi
Prevalenza pazienti acuti o riacutizzati instabili
Prevalenza cultura medico-specialistica
Approccio risolutivo \ analitico
Alto utilizzo Tecnologia
Elevata Organizzazione
Liste di attesa: presenti
Contratto ad orario 40 ore settimanali con ev. libera professione
Contratto di dipenza a stipendio
Fattori produttivi a carico dell'organizzazione

Assistenza Primaria territoriale a rete
Periferizzazione Servizi
Prevalenza pazienti cronici instabili, acuti stabili
Prevalenza cultura medico-generalista, job enrichment
Approccio risolutivo \ sintetico
Basso utilizzo Tecnologia
Organizzazione Empatica (Vicinanza e Cura delle relazioni)
Liste di attesa: assenti
Contratto forfettario di orario front-office rapportato a numero assistiti e aggiuntivi (back office, assistenza domiciliare, medicina di iniziativa)
Contratti di convenzione libero professionale
Fattori produttivi a carico del professionista

MED.GENERALE VS MED. SPECIALISTICA

Assistenza Ospedaliera centralizzata
Centralizzazione Servizi
Prevalenza pazienti acuti o riacutizzati instabili
Prevalenza cultura medico-specialistica
Approccio risolutivo \ analitico
Alto utilizzo Tecnologia
Elevata Organizzazione
Liste di attesa: presenti
Contratto ad orario 40 ore settimanali con ev. libera professione
Contratto di dipenza a stipendio
Fattori produttivi a carico dell'organizzazione

MED.GENERALE VS MED. SPECIALISTICA

Assistenza Primaria territoriale a rete
Periferizzazione Servizi
Prevalenza pazienti cronici instabili, acuti stabili
Prevalenza cultura medico-generalista, job enrichment
Approccio risolutivo \ sintetico
Basso utilizzo Tecnologia
Organizzazione Empatica (Vicinanza e Cura delle relazioni)
Liste di attesa: assenti
Contratto forfettario di orario front-office rapportato a numero assistiti più aggiuntivi (back office, assistenza domiciliare, medicina di iniziativa)
Contratti di convenzione libero professionale
Fattori produttivi a carico del professionista

MED.GENERALE VS MED. SPECIALISTICA

Assistenza Ospedaliera centralizzata	Assistenza Primaria territoriale a rete
Centralizzazione Servizi	Periferizzazione Servizi
Prevalenza pazienti acuti o riacutizzati instabili	Prevalenza pazienti cronici instabili, acuti stabili
Prevalenza cultura medico-specialista	Prevalenza cultura medico generalista, job enrichment
Approccio risolutivo \ analitico	Approccio risolutivo \ sintetico
Alto utilizzo Tecnologia	Basso utilizzo Tecnologia
Elevata Organizzazione	Organizzazione Empatica (Vicinanza e Cura delle relazioni)
Liste di attesa: presenti	Liste di attesa: assenti
Contratto ad orario 40 ore settimanali con ev. libera professione	Contratto forfettario di orario front-office rapportato a numero di casi e aggiuntivi (back office, assistenza domiciliare, medicina di iniziativa)
Contratto di dipendenza a stipendio	Contratti di collaborazione libero professionale
Fattori produttivi a carico dell'organizzazione	Fattori produttivi a carico del professionista

S.S.N. E SISTEMI COMPLESSI: IL VALORE DELLA DIVERSITA'



CHI E' IL PIÙ BELLO DEL REAME?



Salutogenesi, attraverso cure personalizzate, sistemiche e collaborative



BIO



PSICO



SOCIAL

QUANTITÀ, QUALITÀ SOSTENIBILITÀ

Sostenibilità

- Multimorbilità: 30% nuovi problemi
- Multimorbilità: 30% follow-up cronicità
- Multimorbilità: 30% interventi gestionali ad elevata tracciabilità elettronica
- Multimorbilità: 10% interventi empowerment su presupposti di disease mongering
- Ricognizione-ricongiunzione terapeutica

mes	2014	2014	2014	2014	2014	vacc_num	pip_num
gen	2014	2820	1500	182	74	35	12
feb	2014	1100	500	100	68	3	6
mar	2014	1100	500	100	84	2	9
apr	2014	1824	900	150	57	6	7
lug	2014	3425	2123	174	61	12	3
ago	2014	3207	1755	309	69	7	11
set	2014	4462	2167	254	65	5	10
ott	2014	1921	1517	493	45	1	1
nov	2014	3299	2005	165	73	4	8
dic	2014	3526	2060	130	73	5	7
	2014	3187	1780	126	69	225	7
	2014	3129	1513	185	78	14	6

Pazienti reali.....

**Lunedì:
60 persone**

**13
persone
INR**

**4 persone
Viste P.S.
non
certificati
di
malattia**

**3 persone
con tac o
RM, prive di
modulo x
mdc**

**24 ripetizioni
accertamenti
o farmaci**

12 Malati

**1-2
problematiche
di fine vita a
casa**

**3 Endoscopie
senza
counselling
preparazione**

**Contesto di vittoria
della Burocrazia**

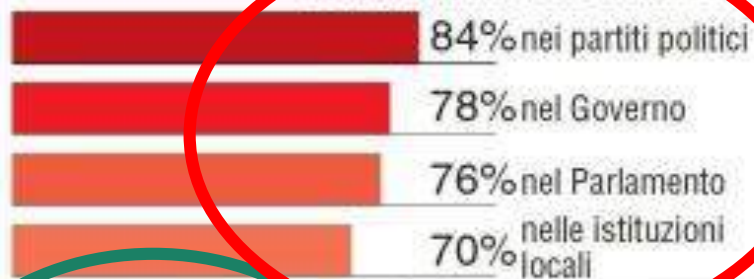
L'Italia del Censis

Rapporto 2017 (dati 2016)

Ha paura del declassamento sociale



Non ha fiducia nelle istituzioni



È soddisfatto della propria vita

78,2% molto o abbastanza

Consumi famiglie

+42,4 miliardi di euro

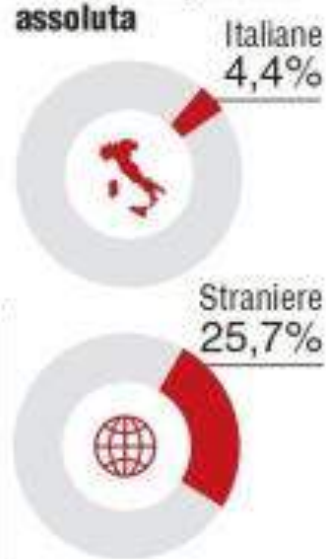
2013-2016

Reati denunciati

Totale 2.487.389



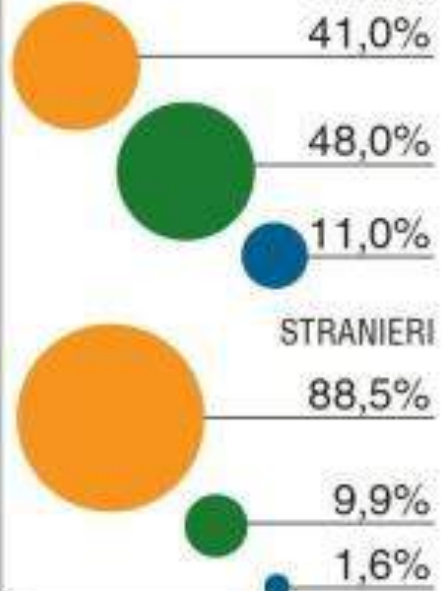
Famiglie in povertà assoluta



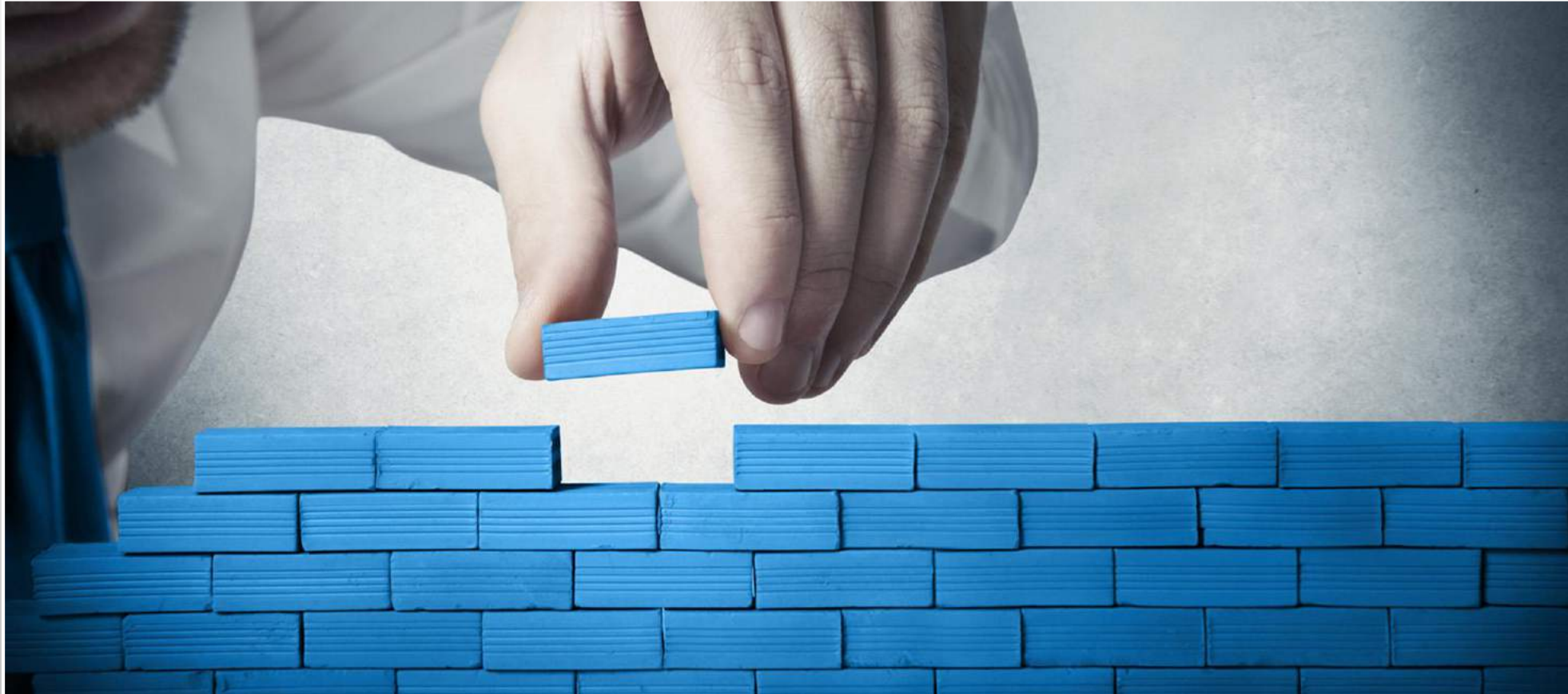
Immigrazione

59% la percepisce come negativa

Lavoratori italiani e stranieri



ANSA centimetri



Verità, reciprocità e concretezza

Dare un senso alla salute e alla multimorbilità



Io medico, tu paziente?

Io medico, tu paziente!

Io medico e paziente.

Quale identikit relazionale?

Quali i fattori confondenti?

GLI ATTORI DEL SISTEMA

Tipologie di utenti per problemi
Con problema di salute acuto
Con problemi di salute cronici
Preoccupati sul proprio destino genetico
Con rischio sanitario e stile di vita inadeguato;
Consumatori di assistenza
Portatori di sintomi che corrisponde alle
“Atipici” con sintomi gravi e varie, che manifestano violenze
Grande anziano clinicamente instabile
In condizione di “fine vita”

Tipologie di utenti per atteggiamenti
“Tutto e subito”
Alternativo
“Di buon senso”
Compiacente
Fatalista
Rassegnato

Tipologie di professionisti
Aspirante
Empatico
Prescrittore
Aggiustatore
Attendista
Minimalista
Scoppiato

729
tipologie di relazioni

Esplorazione complessità elevata

Descrivere, inquadrare, intervenire, valutare gli esiti. Tracciare.

BIO: “Parliamo dei sintomi o problemi clinici”

PSICO: “Parliamo di come indossa il problema”

SOCIALE: “Parliamo delle disabilità derivanti dal problema e dei supporti previdenziali o sociali attesi e possibili”



Esplorazione complessità elevata

Descrivere, inquadrare, intervenire, valutare gli esiti. Tracciare.

LIVELLO DI CONOSCENZA:

“ Cosa sa, cosa le hanno detto? “

SISTEMA:

“Come vanno le cose in generale (lavoro, famiglia, contatti) ?Cosa dicono di questa situazione?

ATTESE E MOTIVAZIONE:

“Cosa si aspetta , cosa siamo pronti a fare? Quanta energia c'è in campo individuale e del Sistema delle relazioni? Quali ostacoli?



Quadro problema

V60.3/00 PERSONA CHE VIVE SOLA (Ott 2017)

Problema in Info

Dal Codifica

ad anni Testo libero

Attivo Aggiungi

Lungo termine Sostituisci

Sospetto

[Elenco cronologico](#) [Evoluzione del problema](#)

S oggettività

2017 19 Ott ✓	Lamenta...
2017 19 Ott ✓	Ammette di...

V alutazione

P iano

2017 19 Ott ✓

seguito da

2017 19 Ott ✓

Cosa succede se diventi esodato?

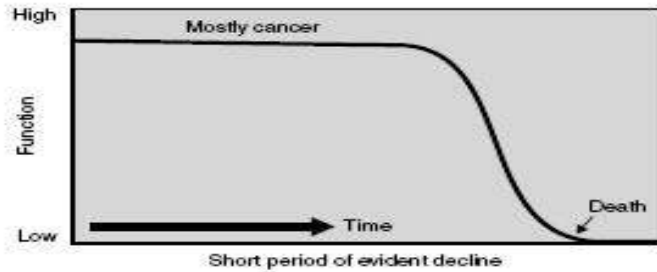
Cosa succede se nasce un nipote?

JOB DESCRIPTION MMG

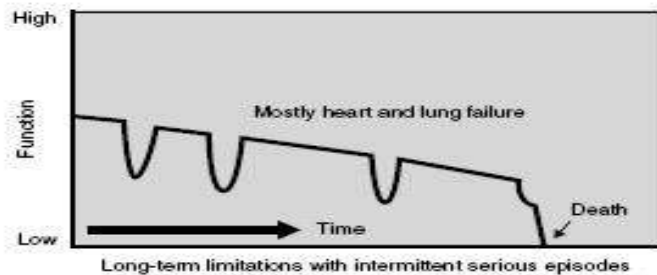
Enlargement- Enrichment

LA PROPORZIONALITA' DI CURA

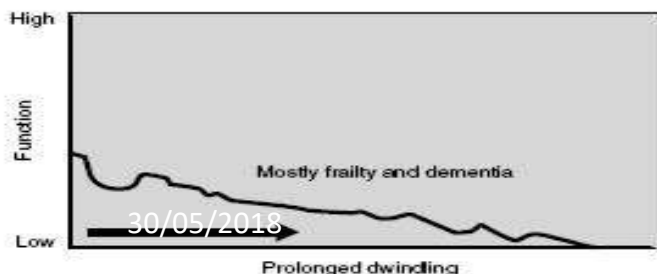
Tante variabili lineari e non lineari



Il periodo di rapido declino:
il cancro



Il periodo più lungo di difficoltà, con peggioramenti ripetuti e morte improvvisa: l'insufficienza cardiaca e respiratoria



Un periodo di peggioramento lento, continuo, fino alla morte: la demenza senile.

Trento FBK Approccio generalista complessità

- Sapere
- Saper essere
- Saper fare
- Riflettere
- Comunicare
- Gestire

Il paziente F.P.



Il paziente F.P.



Il paziente F.P.



RICONDURRE LE ATTESE ALLA REALTÀ

- **LA MORTE È INEVITABILE;**
- **LA MAGGIOR PARTE DELLE MALATTIE GRAVI NON POSSONO ESSERE GUARITE;**
- **GLI ANTIBIOTICI NON SERVONO PER L'INFLUENZA;**
- **LE PROTESI DELL'ANCA OGNI TANTO SI ROMPONO;**
- **GLI OSPEDALI SONO LUOGHI PERICOLOSI;**
- **OGNI PRODOTTO FARMACEUTICO HA ANCHE EFFETTI SECONDARI;**
- **LA MAGGIOR PARTE DEI TRATTAMENTI MEDICI DANNO SOLO BENEFICI MARGINALI E MOLTI NON FUNZIONANO AFFATTO;**
- **GLI SCREENING DANNO ANCHE RISULTATI FALSI POSITIVI E FALSI NEGATIVI;**
- **E CI SONO MODI MIGLIORI DI SPENDERE I SOLDI CHE SPENDERLI PER ACQUISTARE TECNOLOGIA MEDICA.**

Il paziente ad alta complessità

COMORBILITA'

.... non è più l'individuo affetto da un'unica e definita malattia, acuta e risolvibile nel breve-medio termine..

quanto piuttosto un paziente cronico, in cui incidono più patologie contemporaneamente...

..dove la risultante del fenotipo clinico non è influenzata solo da fattori biologici (malattia-specifici) ..

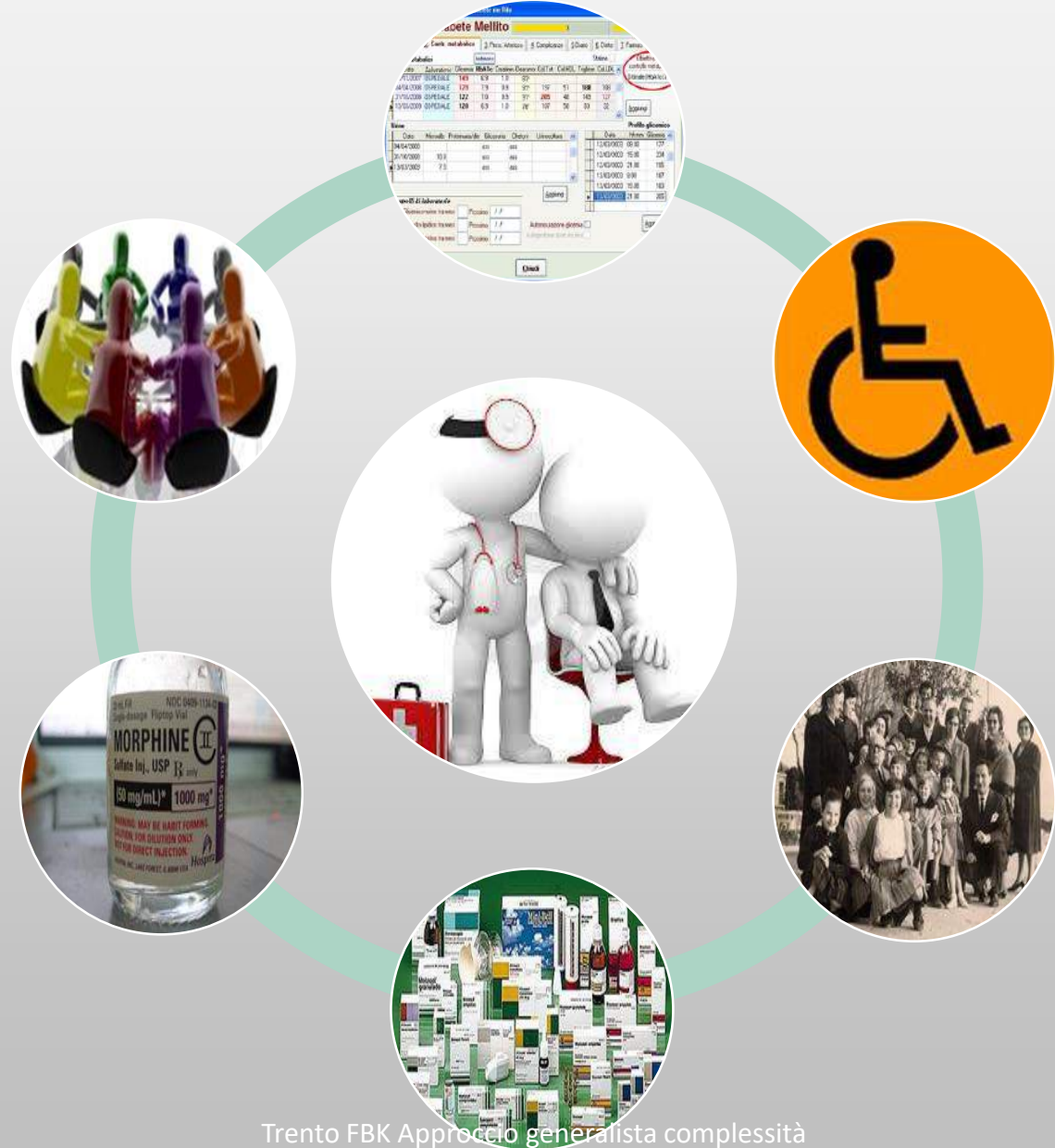
...ma anche da determinanti non biologici (status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità delle cure ecc.)..

che interagiscono fra di loro e con i fattori malattia-specifici in maniera dinamica a delineare la tipologia del 'malato

complesso' ...



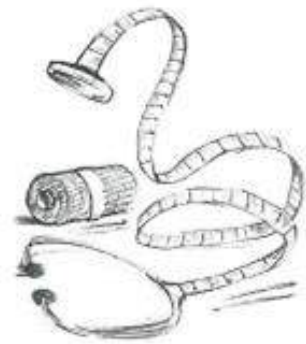
I DETERMINANTI DELLA COMPLESSITÀ



ALBERTO F. DE TONI
FRANCESCA GIACOMELLI B.
STEFANO IVIS

IL MONDO INVISIBILE DEI PAZIENTI FRAGILI

LA FRAGILITÀ INTERPRETATA
DALLA MEDICINA DI FAMIGLIA
MEDIANTE LA TEORIA
DELLA COMPLESSITÀ



UTET
UNIVERSITÀ

Ministero della Salute

Roma 15.12.2010

Ore 11

Classi di problemi

		2. RELAZIONI				
		poche	molte	moltissime		
1. VARIABILI	molte			PROBLEMA COMPLESSO	lineari e non-lineari	3. CARATTERISTICHE DELLE RELAZIONI
			PROBLEMA COMPLICATO		lineari	
	poche	PROBLEMA SEMPLICE				
		analitico		sistemico		
		4. APPROCCIO RISOLUTIVO				

(fonte: De Toni, Comello 2005)

Classi di pazienti

		2. RELAZIONI TRA VARIABILI DEI PROBLEMI			
		poche	molte	moltissime	
1. PROBLEMI	molti di varia natura (salute, disabilità, gestione e contesto)			PAZIENTE FRAGILE (F)	strutturale e di solito medio-alta
	uno o più di salute		PAZIENTE CRONICO (C)		possibile e di solito medio-bassa
	unico di salute	PAZIENTE ACUTO (A)			
		limitata (cura) guaribilità probabile	illimitata (presa in cura) guaribilità improbabile		
4. DURATA DELL'ASSISTENZA					

Esempi di problemi

		2. RELAZIONI TRA VARIABILI DEI PROBLEMI			
		poche	molte	moltissime	
1. PROBLEMI	molti di varia natura (salute, disabilità, gestione e contesto)			TOSSE RECENTE CON SIBILI RESPIRATORI E AUMENTO DELLA GLICEMIA, DEPRESSIONE E VEDOVANZA (FRAGILE)	strutturale e di solito medio-alta
	uno o più di salute		TOSSE RECENTE CON SIBILI RESPIRATORI E AUMENTO DELLA GLICEMIA (CRONICO)		possibile e di solito medio-bassa
	unico di salute	TOSSE RECENTE (ACUTO)			
		limitata (cura) guaribilità probabile	illimitata (presa in cura) guaribilità improbabile		
		4. DURATA DELL'ASSISTENZA			3. INSTABILITÀ CLINICA

Esempi di problemi

		2. RELAZIONI TRA VARIABILI DEI PROBLEMI				
		poche	molte	moltissime		
1. PROBLEMI	molti di varia natura (salute, disabilità, gestione e contesto)			ADOLESCENTE OBESO SCARSA ATTIVITA' FISICA ORFANO	strutturale e di solito medio-alta	3. INSTABILITÀ CLINICA
	uno o più di salute		ADOLESCENTE OBESO SCARSA ATTIVITA' FISICA		possibile e di solito medio-bassa	
	unico di salute	ADOLESCENTE OBESO				
		limitata (cura) guaribilità probabile	illimitata (presa in cura) guaribilità improbabile			
4. DURATA DELL'ASSISTENZA (fonte: De Toni, Giacomelli Ivis 2010)						

Esempi di problemi

		2. RELAZIONI TRA VARIABILI DEI PROBLEMI				
		poche	molte	moltissime		
1. PROBLEMI	molti di varia natura (salute, disabilità, gestione e contesto)			DIABETE MELLITO SCOMPENSATO IN ANZIANO FRAGILE A VITA SOLA IN TP CORTISONICA PER A.R. E BPCO RIACUTIZZATA	strutturale e di solito medio-alta	3. INSTABILITÀ CLINICA
	uno o più di salute		DIABETE MELLITO SCOMPENSATO		possibile e di solito medio-bassa	
	unico di salute	DIABETE MELLITO				
		limitata (cura) guaribilità probabile	illimitata (presa in cura) guaribilità improbabile			
		4. DURATA DELL'ASSISTENZA			(fonte: De Toni, Giacomelli Ivis 2010)	

Multipli ambiti da indagare...

AUTONOMIA E RISCHIO CADUTE

- Indice di Karnofsky
- Activities of Daily Living (ADL)
- Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

-Get Up and Go Test

STATO MENTALE E PSICHICO

- Mini Mental State Examination
- Clock Test
- General Practice Cognitive Test
- Geriatric Depression Scale

STATO DI NUTRIZIONE

-Mini Nutritional Assessment

VALUTAZIONE DELLE COMORBIDITÀ

-Cumulative Illness Rating Scale

RISCHIO DECUBITI

- Scala di Norton
- Scala di Braden
- Scala di Exton Smith

STATO SOCIALE

INSTABILITÀ CLINICA

DISABILITÀ COMUNICATIVA

ASSISTENZA



SITUAZIONI CLINICHE E FUNZIONALI ELETTIVE SINGOLARMENTE SUFFICIENTI PER ADISp.

SITUAZIONI CLINICHE	DISABILITA'	IMPEGNO ORGANIZZATIVO
NUTRIZIONE ARTIFICIALE	NUTRIZIONE ORALE DIFFICOLTOSA + ALLETTAMENTO+ CATETERE A PERMANENZA+ INCONTINENZA FECALE	DIMISSIONI PROTETTE
PAZIENTE ONCOLOGICO (PERFORMANCE STATUS <50)		>2 ACCESSI\settimana MMG > 1 ACCESSO\settimana I.P (*)
TERAPIA INFUSIONALE PROGRAMMATA > 7 GG.	DIPENDENZA COMPLETA ADL 4,5,6	>5 ACCESSI\settimana I.P. 1 ACCESSO\settimana MMG (*)
INSUFF. CARDIACA CL. IV		PAZIENTI MULTIPROBLEMATICI CON RILEVANTE IMPEGNO EDUCATIVO TERAPEUTICO
SCOMPENSO DIABETICO CON INDICAZIONE ALLA TERAPIA INSULINICA		OPZIONE DEL PAZIENTE O DEI FAMIGLIARI PER LE CURE DOMICILIARI IN PRESENZA DI INDICAZIONE AL RICOVERO
UDD IV° STADIO		(*) In sede di proposta di Piano. Assistenziale da MMG e IP

LA DIMISSIONE COME MOMENTO DI FRAGILITA'

1. Paziente con Dipendenza completa nelle ADL 4 – 5 – 6
2. Paziente con Lesioni da decubito (II, III e IV stadio)
3. Paziente con Catetere vescicale posizionato durante la degenza
4. Paziente in Nutrizione artificiale
5. Paziente con Terapia infusione in corso
6. Paziente Anziano con frattura trattata chirurgicamente e significativa comorbidità associata
7. Paziente ricoverato per ictus cerebrale con deficit funzionale secondario
8. Paziente con significativi bisogni riabilitativi, eseguibili a domicilio
9. Paziente con Cardiopatia stabilizzata in compenso labile
10. Paziente con Diabete stabilizzato in compenso labile
11. Paziente con Patologia respiratoria stabilizzata in compenso labile
12. Paziente ricoverato per Scompenso ascitico e/o encefalopatia epatica
13. Paziente con Neoplasia in fase terminale o neoplasia avanzata con sintomatologia significativa
14. Paziente con Stomia o drenaggio chirurgico confezionato durante il ricovero
15. Pazienti che, rientrando nella categoria della fragilità, Necessitano di presidi, farmaci, prodotti dietetici, erogabili direttamente dall'ULSS
16. Paziente affetto da Demenza con gravi disturbi del comportamento e co-morbidità associata

Dati identificativi del paziente																							
Cognome e nome					Data di nascita .../.../.....		Peso kg _____		Sesso M F		Istruzione <input type="checkbox"/> Elementare <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Universitaria			Data .../.../.....		Medico curante _____							
Codice Fiscale -----							Altezza cm _____																
Assistenza attuata fino alla data odierna (vedi legenda 1)																							
A1	A2	A3	A4	A5	D1A	D1B	D1C	D2A	D2B	D2C	D3A	D3B	D3C	DH	R1A	R1B	R2A	R2B	R3	R4	R5A	R5B	H
Integrazione organizzativa dell'assistenza attuata fino alla data odierna (vedi legenda 2)															I0 - Nulla		I1 - Bassa		I2 - Media		I3 - Alta		
Osservazioni _____																							

Valutazione dei determinanti della fragilità (SDGC) (vedi legenda 3)												
Problemi	Classi				Osservazioni							
S – Salute	S0	S1	S2	S3	Patologie prevalenti (fino a 3):(n.codice)							
D – Disabilità	D0	D1	D2	D3								
G – Gestione	G0	G1	G2	G3								
C – Contesto	C0	C1	C2	C3								
Valutazione della fragilità (F) (vedi legenda 4)												
F – Fragilità	Classe					Osservazioni						
	F0	F1	F2	F3	T							

Assistenza proposta a partire dalla data odierna (vedi legenda 1)																							
A1	A2	A3	A4	A5	D1A	D1B	D1C	D2A	D2B	D2C	D3A	D3B	D3C	DH	R1A	R1B	R2A	R2B	R3	R4	R5A	R5B	H
Integrazione organizzativa dell'assistenza proposta a partire dalla data odierna (vedi legenda 2)															I0 - Nulla		I1 - Bassa		I2 - Media		I3 - Alta		
Osservazioni _____																							

Valutazione analitica della fragilità

VALUTAZIONE ANALITICA SDGC DELLA FRAGILITÀ - SDGC				
S - problemi clinici (gravità, comorbidità, Politrattamento)	S0 - assenza di patologie	S1 - patologia unica	S2 - patologie multiple	S3 - patologie instabili
D - problemi di disabilità fisica e cognitiva / comportamentale (ADL / IADL)	D0 - assenza di disabilità	D1- disabilità lievi (fisica: bastone; cognitiva/comportamentale: disabilità lieve)	D2 - disabilità parziali (fisica: carrozzina; cognitiva / comportamentale: disabilità media)	D3 - disabilità gravi (fisica: allettamento; cognitiva/ comportamentale: disabilità grave)
G - problemi di Gestione del paziente	G0 - assenza di problemi di gestione del paziente	G1 – problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi di un singolo professionista	G2 – problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi multiprofessionali	G3 - problemi di gestione del paziente risolvibili con interventi multiprofessionali ad alta integrazione
C– problemi di contesto familiare e socio - ambientale	C0 - assenza di problemi di contesto ambientale	C1 – problemi di contesto ambientale lievi (famiglia e relazioni deboli)	C2 – problemi di contesto ambientali medi (famiglia e relazioni molto deboli)	C3 - problemi di contesto ambientali gravi (famiglia e relazioni assenti)

Criteria di efficienza ed efficacia degli interventi, secondo criteri d'integrazione:

I0: Nulla, nessun coordinamento tra attori

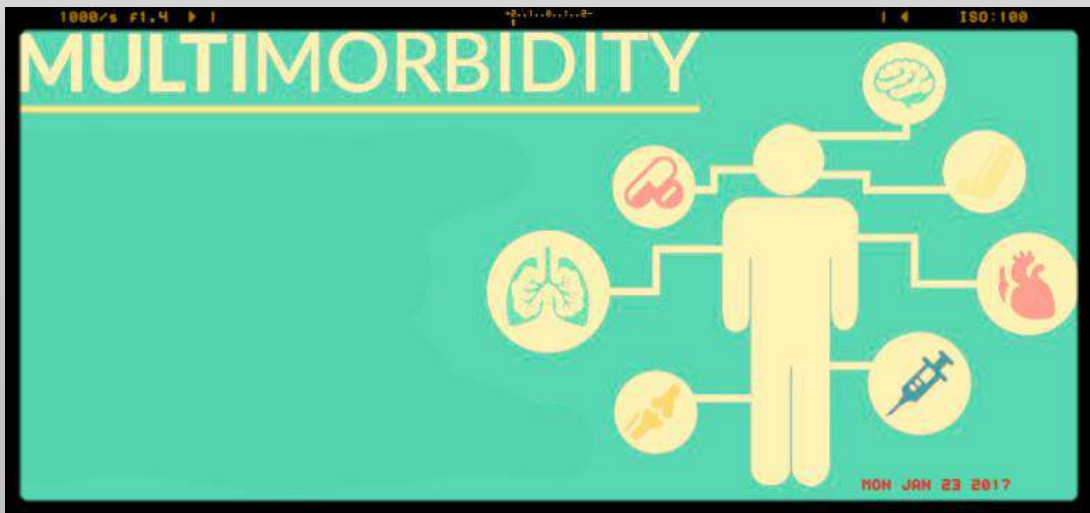
I1: Bassa, coordinamento tra paziente e famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate ed incontri (se assistenza residenziale mediante registro delle consegne)

I2: Media, coordinamento tra paziente e famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate ed incontri (se assistenza residenziale mediante registro delle consegne e PAI (Piano assistenziale individuale))

I3: Alta, coordinamento tra paziente e famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate ed incontri (se assistenza residenziale mediante registro delle consegne e PAI (Piano assistenziale individuale)) ed incontri periodici della U.O.I.

Dare un significato, un senso ai problemi di salute e alla multimorbilità

- La risultante della multimorbilità è una malattia nuova, unica sempre diversa dalla somma delle varie componenti



L'IDENTITA' DELLA MEDICINA GENERALE



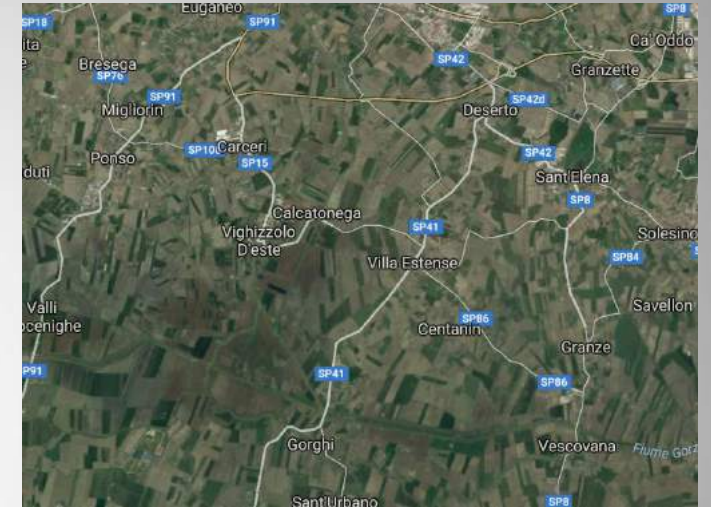
COMPETENZE COSTITUTIVE:

- Gestire il contatto con la persona e la famiglia per stabilire una relazione efficace medico-paziente
- **Adottare il modello bio-psico-sociale per la cura e l'assistenza della persona**
- Gestire l'insieme dei problemi di salute della persona, compresi quelli non selezionati e/o mal definiti
- **Cooperare con altri professionisti per la continuità delle cure della persona**
- **Attivare strategie di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria della malattia**

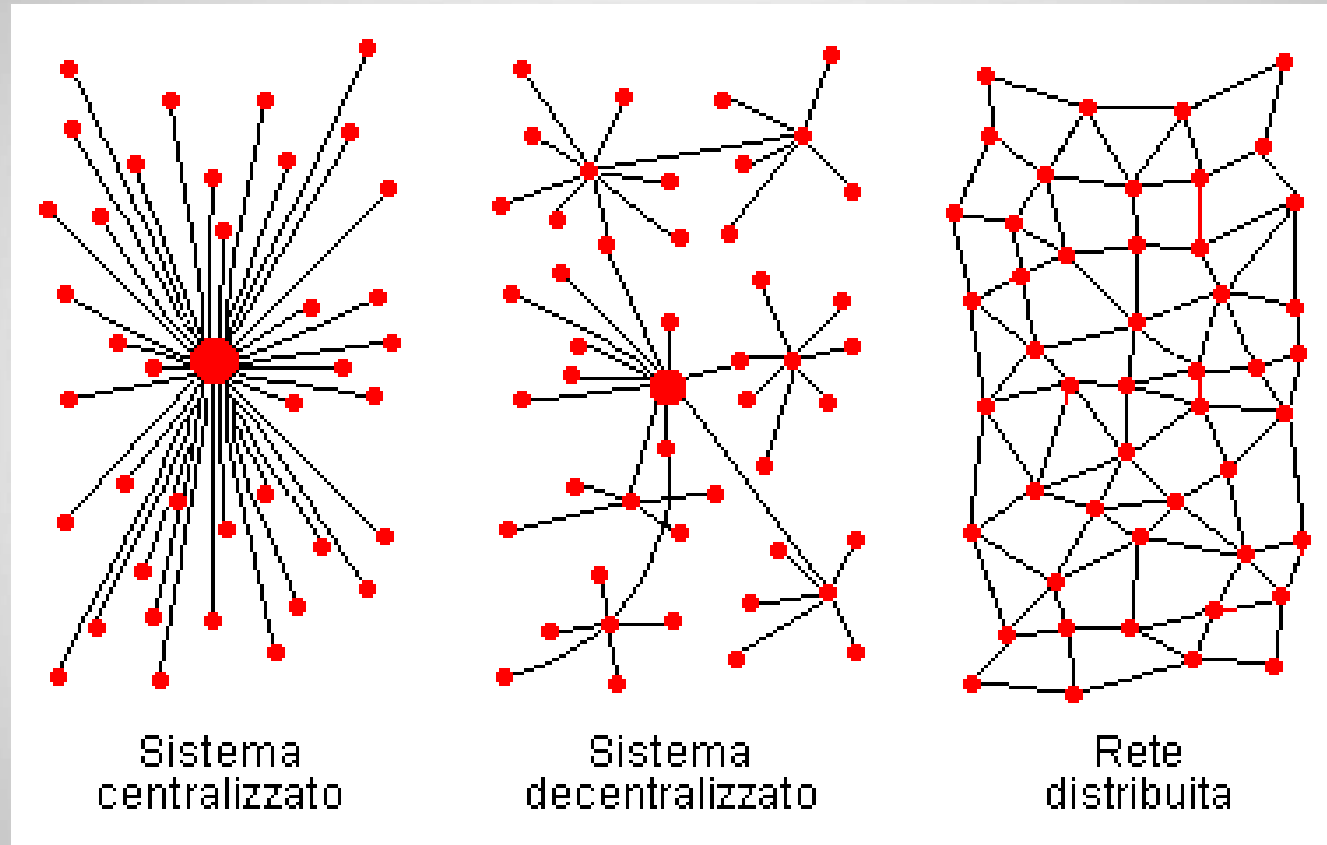
SEZIONE COMPETENZE OPERATIVE

- Esecuzione di 30 atti operativi di prescrizione

ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI E VARIABILITÀ ORO-GEOGRAFICA

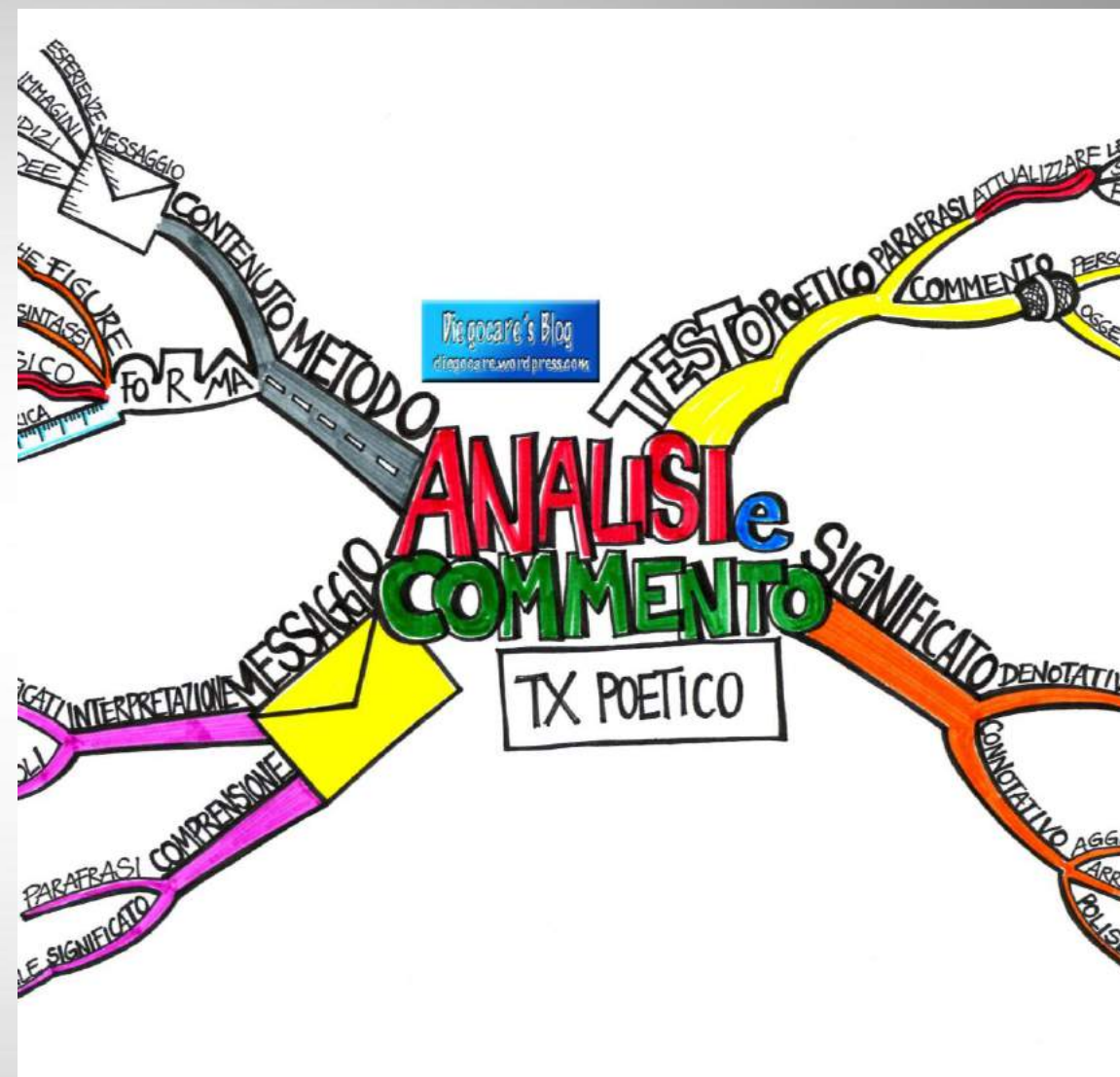


M.G.I. e reti



LA NARRAZIONE

- ECCELLENTE STRUMENTO TRASMETTERE LA VARIABILITA' E COMPLESSITA' :
- DEI TEMI DELLA SALUTE E DELLA MALATTIA,
- DEL BISOGNO DI CURE E DI ASSISTENZA
- LA PRIORITIZZAZIONE
- LUNGITUDINALITA' DEL RACCONTO
- PUNTEGGIATURA INTERNA
- PRIORITIZZAZIONE INTERNA
- LE CONNESSIONI APP. SISTEMICO



COME CAMBIANO LE STORIE E IL LORO UTILIZZO, NELL'ERA DELLA SALUTE DIGITALE

PROCESSO

- Punteggiatura
- Spezzettatura dei passaggi.
- Significato parziale temporale e globale e dinamico nel tempo.
- Da fotogramma al film che si completa se messo insieme ad altri pezzi a causa dei fattori emergenti.
- Gli attori del sistema di relazione di cura che si sta plasmando.
- Gli obiettivi di salute
- Gli interventi
- Gli esiti degli interventi

The screenshot displays a medical software interface for patient PINCO Danilo, 24-05-30, aged 87. The interface is divided into several sections:

- Diario**: A list of medical conditions and procedures, including "10 DISFAGIA presbifagia, con episodi di soffocamento", "17 DIABETE MELLITO TIPO 2 insulinotratato", "16 INFARTO MIOCARDICO CICATRIZZATO", and "10 ENFISEMA CON BRONCHITE CRONICA".
- Terapie**: A table of treatments with columns for date, drug name, dosage, frequency, and status. For example, on 21.01.18, COUMADIN 30CPR 5MG is administered 1 time per 12 hours.
- Accertamenti**: A section for examinations and tests, with a table showing results for 21.01.18.
- Follow-up**: A section for monitoring, including "Non a target o da monitorare" and "Controlla: PA (Assente)".
- Diagnosi**: A section for diagnosis, including "MIDAS (Questionario valutazione emoragica)" and "TEV Score (Rischio TEV a 30 gg MOLTO ALTO)".
- Scadenze**: A section for due dates, including "PA (Assente)" and "FRA-HS Score (Probabilità fratture: Osteoporotiche, Anca e Femora)".
- Det. prescrittivi**: A section for prescriptions, including "ANTICOAGULANTE ORALE TAO (Ultima modifica: Stefano Hs)" and "COUMADIN 30CPR 5MG Concesso SSN".

IL PAZIENTE CHE NON PARLA

- ▶ LONG TERM CARE
- ▶ ASSISTENZA FINE VITA
- ▶ PALLIATIVE

PEG X EPISODI DI SOFFOCAMENTO 799.9/00

Correlato a problema:
2010 DISFAGIA presbifagia, con episodi di soffocamento

Problema in Info
 Piano in Info

Dal Codifica

ad anni Testo libero

Attivo Lungo termine Sospetto

Aggiungi Sostituisci

[Altro](#) [Evoluzione del problema](#)

[Elenco cronologico](#)

S oggettività

2018 21 Gen ✓
✓ Il personale della RSA riferisce ripetuti episodi di soffocamento nonostante il cibo sia omogeneizzato e somministrato con estrema cautela.

O ggettività

2018 21 Gen ✓
✓ Qualche rantolo localizzato alla base polmonare dx

V alutazione

2018 21 Gen ✓ Data la presenza dei requisiti compatibili con quelli indicati dal comitato etico si propone inserimento PEG

2017 10 Dic ✦

P iano

2018 21 Gen ✓
✓ Poichè il paziente non è capace di esprimere le volontà si contattano i famigliari per concordare il tutto prima di procedere

seguito da

2018 21 Gen ✓

Problema in Info
 Dal
Codifica

ad anni
Testo libero

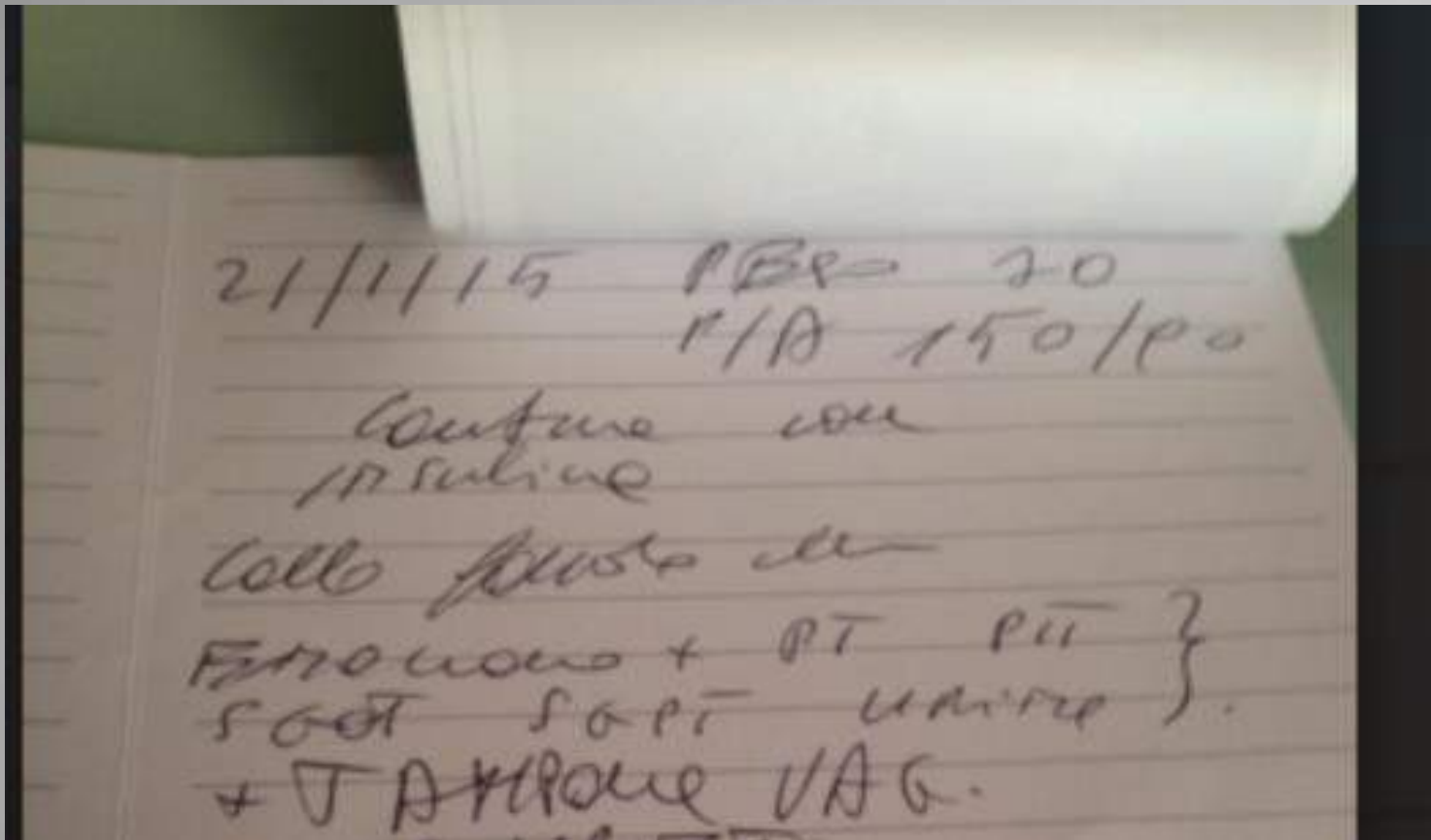
Attivo
 Aggiungi

Lungo termine
 Sostituisci

Sospetto
 [Altro](#)

[Elenco cronologico](#)
[Evoluzione del problema](#)

S oggettività	2017 19 Ott <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senta dottore, questa spalla è proprio un tormento, la notte non dormo, le medicine non mi fanno nulla, sto un pò meglio solo quando non ci penso, ma sa è difficile, sempre soli, il pensiero va sempre là
O ggettività	2017 21 Ott ✓
V alutazione	2017 21 Ott ✓
P iano	2017 21 Ott ✓
seguito da	2017 21 Ott ✓



- Invia la foto degli esami richiesti dal Ginecologo dott. XX.
Purtroppo non riesco a tradurre la scrittura, la prescrizione per PT e PTT ce l'ho già fatta dall'ospedale.
Grazie
Cordiali saluti
V.

Telemedicina rischi

Il temibile W.A.

MATTINA ORE 8

BISOPROLOLO 1,25mg. 1c.
KEPPRA 500mg. 1/2 c.
NORVASC 10mg. 1/2 c.
FOLINA 5mg. 1c.
LEVO PRAID 25mg. 1c.

MEZZOGIORNO

LEVO PRAID 25mg. 1c.
PANTOPRAZOLLO 20mg. 1c.

SERA

TORVASC 80mg. 1/2 c.
KEPPRA 500mg. 1/2 c.
LEVO PRAID 25mg. 1c.





- 17/04/18, 08:33 - : L impegnativa è errata
- 17/04/18, 08:35 - : La segretaria ha detto che va bene lo stesso. Ma stiamo scherzando?
- 17/04/18, 08:47 - : Ho chiesto senta il dottore. Mi ha risposto che era impegnato con la signora che doveva partorire. Li non ci ho visto dandogli della maleducata visto che la signora stava bene e partorisce a metà luglio.
- 17/04/18, 08:49 - : Che ha tante carte da preparare x il parto e che lei deve lavorare.
- 17/04/18, 08:50 - : Scusi lo sfogo io visto che non era pronta impegnativa ho aspettato sono arrivata con mezz'ora di ritardo al lavoro ma non importa

Il temibile W.A.

IL DIGITALE PUO' ESSERE UTILE AGLI ESITI DI SALUTE E ALL'EQUITA' DEL SISTEMA?

Si purchè:

- Opportunamente collocato, sperimentato e stabilizzato.
- Adeguato nella parte grafica
- Spazi dedicati alle narrazioni, al qualitativo oltre che al quantitativo
- Campi di compilazione dedicati all'empatia e agli esiti degli interventi



Narrazioni e processo di cura condiviso

- Per tutti?

- No

- Per chi?

- 33% si, 33% no, 33% forse.

- Da tutti?

- No

- Da chi?

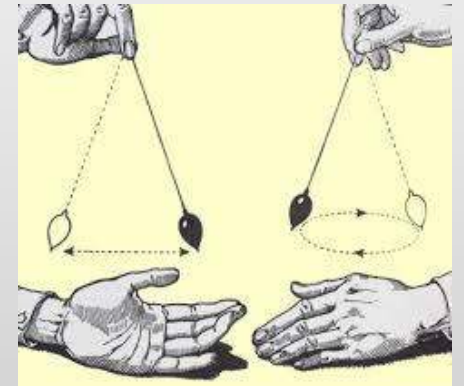
- 33% si, 33% no, 33% forse.



LA DIFFICOLTÀ DI PERSONALIZZARE L'INTERVENTO, TRA POLARITÀ PRIORITÀ DINAMICHE

MEDICINA 5 P

1. **Prevenzione** (di malattie da cause di tipo sociale e ambientale)
2. **Predizione** (analisi DNA e predisposizione di malattia per poterla ritardare)
3. **Personalizzazione** (diagnosi accurata con follow up ed intervento al momento giusto) (psico-cognitiva)
4. **Partecipazione** (attiva del paziente e comunità alla modifica degli stili di vita)
5. **Permanente** (monitoraggio attivo continuo con tecnologie moderne es. smartphone)



Disease



Patient



Person

DARE UN SENSO AL NOSTRO TEMPO



Kronos

il tempo misurato

Kairos:

il tempo opportuno

Aion:

l'eternità

Grazie per l'attenzione

Internet e narrazioni

Cure collaborative

La specificità della medicina generale

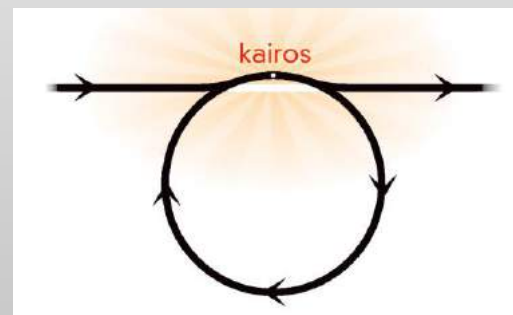
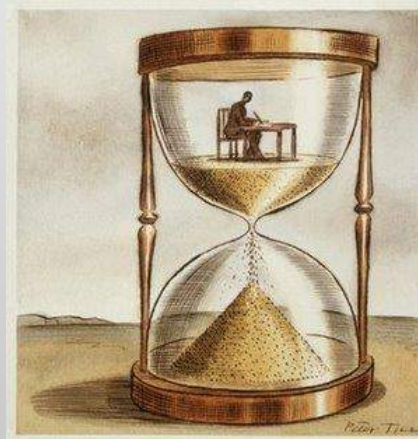
Agenda

1. L'approccio generalista
2. Il paziente ad alta complessità
3. La multimorbilità
4. La specificità della medicina generale
5. Competenze costitutive
6. Internet
7. Modelli organizzativi
8. Modelli di cure collaborative



Le nuove esigenze a fronte della spezzettatura del sistema di informazione, valori, obiettivi e redistribuzione del tempo

- Tempo kairos contro
- t cronos e
- tAion



Le nuove esigenze a fronte della spezzettatura del sistema di informazione, valori, obiettivi e redistribuzione del tempo

- Ricognizione ricongiunzione terapeutica accertamenti calendario visite riabilitazione controllo



Le nuove esigenze a fronte della spezzettatura del sistema di informazione, valori, obiettivi e redistribuzione del tempo

- **Dimissioni Valdivio Attività sostitutiva di pronto soccorso**



Le nuove esigenze a fronte della spezzettatura del sistema di informazione, valori, obiettivi e redistribuzione del tempo

- **Barbuglio spiegazione diabete in disabile con mamma ansiosa**



Gianfranco Domenighetti, economista sanitario (1942-2017)



Gianfranco Domenighetti, economista sanitario (1942-2017)

- **Qual è il bilancio di Alma Ata dopo tanti anni? Al di là delle dichiarazioni e di qualche esperienza andata a buon fine, la realizzazione dei principi delle varie “carte” promosse dall’Organizzazione Mondiale della Sanità è stata in larghissima misura disattesa. Le disuguaglianze di salute, anche all’interno dei paesi industrializzati che garantiscono un accesso “universale” alle prestazioni, invece di diminuire si sono accentuate. La promozione della salute, tecnologia per definizione “povera”, è stata quasi totalmente oscurata dalla sistematica medicalizzazione della società e della vita promossa dal marketing dell’industria con il sostegno dei media, dei professionisti della sanità e dei vari “guru” locali e nazionali di riferimento.**



Risultati emersi

- **Medicina partecipativa**
- **Adolescenti**
 - Disabili
 - Obesi
 - Tossici
 - Dipendenti
 - Adottivi
- **Anziani**
 - Fine vita
 - AD infermieristica
 - AD alta intensità
- **Valore delle relazioni di cura**
 - Medico-paziente
 - Uso dei servizi

Tipo Bisogno: B-P-S(Ac-Cr-Ge-Com.)
T° dedicato Ascolto Min?Sec?
T° dedicato ClinicaSec.6)
T° dedicato Ricognizione, ricongiunzione, Prescrizione Sec.
T° dedicato Connessione servizi Telefonate mail Sec.

- **N° Atti burocratici (prescrizioni-modulistica-altro)Carta\Online**
- **T°Computer**
- **Livello di complessità media percepita (+/++/+++)(area prevalente?)**
- **Livello di stress relazionale medio percepito(+/++/+++) (area prevalente?)**
- **T° dedicato alla condivisione della decisione**
- **(Esito +/-/-)**
- **Componenti**
- **Percepiti Esito Med/Paz./MP**
- **Fattori confondenti**

*I PROBLEMI DI SALUTE COME
PERTURBAZIONE DELLA VITA:*

*TUTTO E' FRETTA PAURA (TEMPO
ED EMOZIONI),*

*MA PER FORTUNA C'E' IL DOTTOR
GOOGLE E L'AMBULATORIO
AMAZON ON LINE.....*

DARE UN SENSO AL NOSTRO TEMPO



Kronos

il tempo misurato

Kairos:

il tempo opportuno

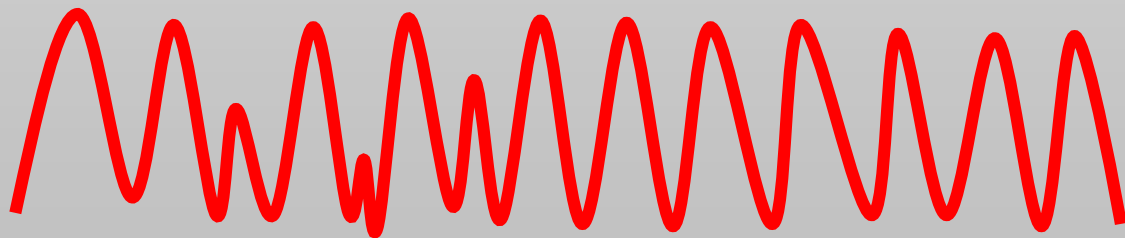
Aion:

l'eternità

Problemi di salute

—

—————

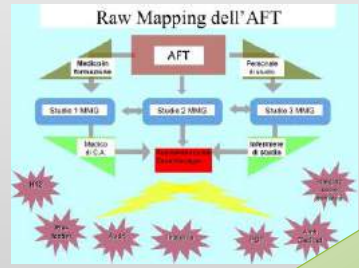


La proporzionalità degli interventi

Problem solving

- La complicità
- La conversazione (ascolto)
- La generazione di:
 - un'idea
 - un progetto sperimentale
 - un progetto advanced
- La formalizzazione
- La diffusione





TRA RESILIENZA E DESISTENZA

SPENDING REVUE



I presupposti della complicità





MULTIMORBILITA'

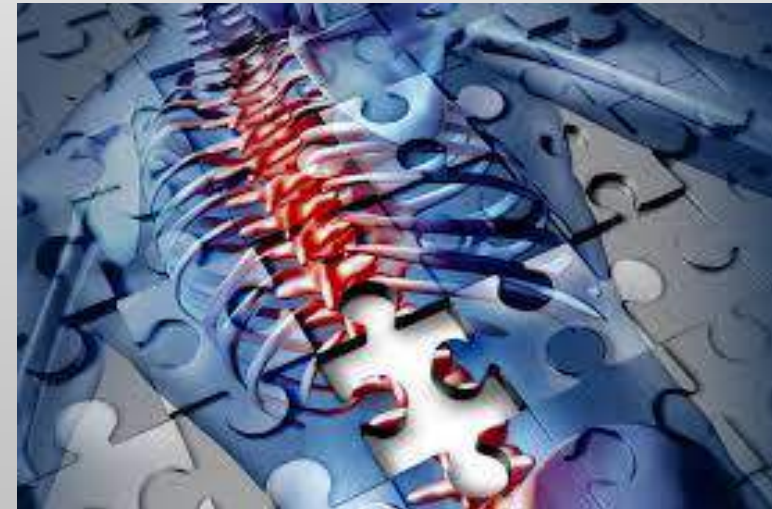
..qualsiasi combinazione di una malattia cronica con almeno un'altra malattia (cronica o acuta) o fattore bio-psico-sociale (associato o meno) o fattore di rischio somatico....

..fa emergere lo spinoso problema della gestione clinica di pazienti per cui si renderebbe necessario seguire le indicazioni di due o più linee guida (per ogni singola malattia)

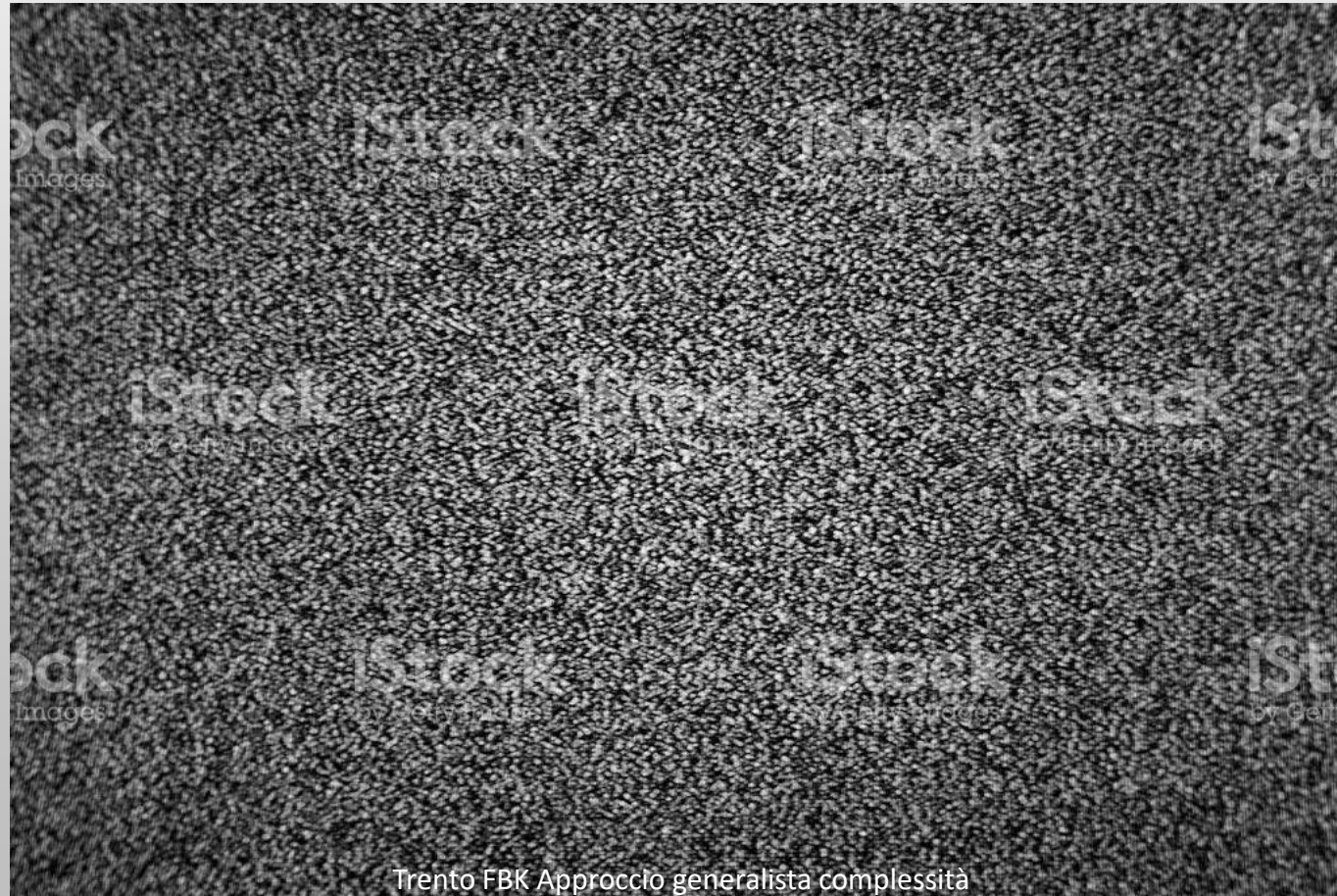
con la conseguenza di far fronte ad eventuali incompatibilità o eventuali scelte da compiere tra i vari percorsi diagnostico-terapeutici presentati singolarmente ma non nella sua complessità interazionale appunto.

COMORBILITA'

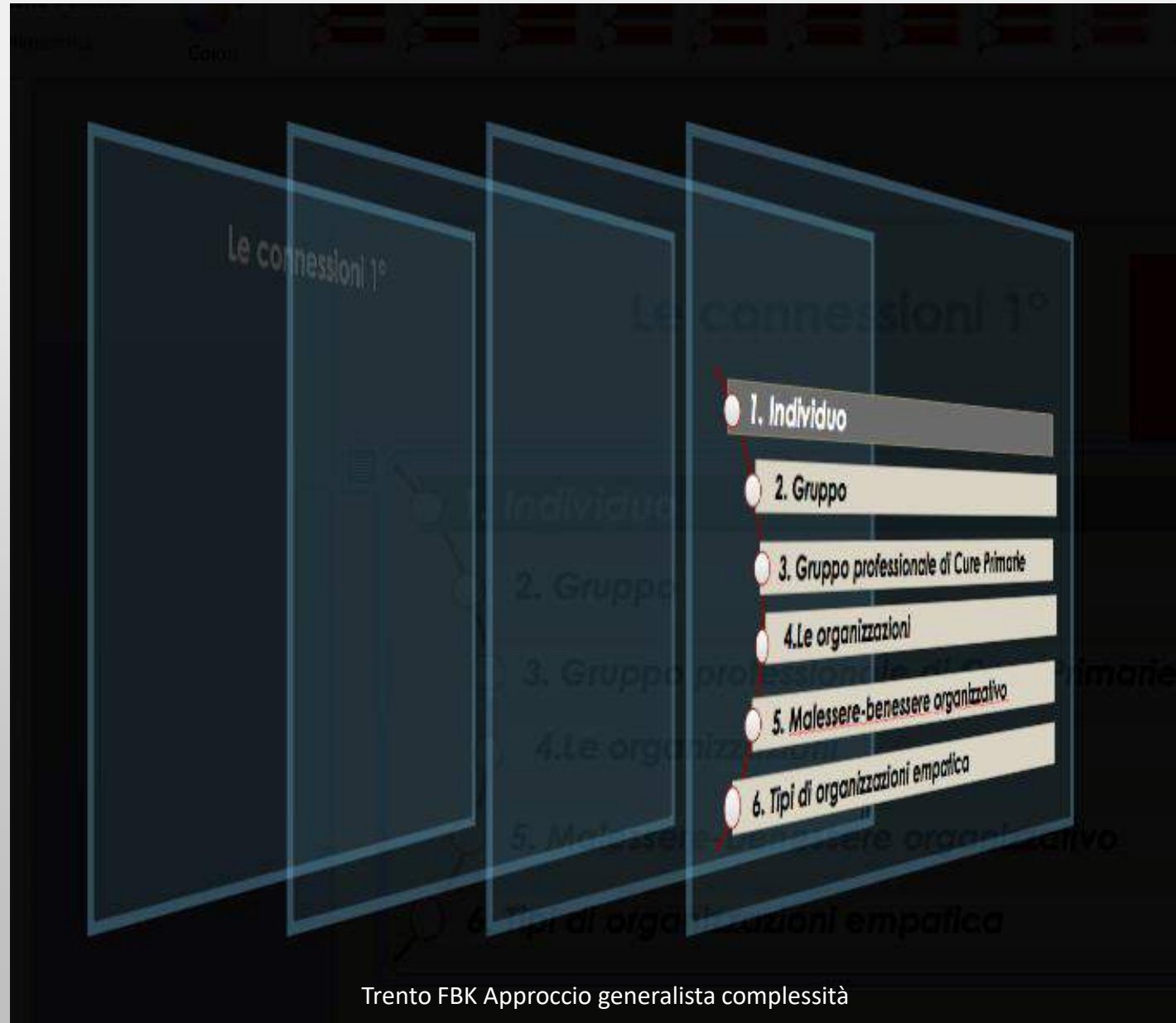
- **Se consideriamo poi la consultazione ad opera di questi pazienti di numerose figure professionali specialistiche, spesso indipendenti tra loro senza una corretta comunicazione o integrazione dei risultati, ci rendiamo ben conto di come spesso e mal volentieri ci si concentri erroneamente sul trattamento della singola malattia piuttosto che sul malato nella sua interezza e complessità. La possibile mancata comunicazione inoltre tra i vari operatori sanitari può portare anche a ripetizioni diagnostiche o terapeutiche con ripercussioni notevoli anche sul piano della spesa sanitaria.**



Una buona modellistica organizzativa riduce il rumore, non elimina il caos



LA COMPLESSITÀ



Le connessioni 1°

1. Individuo
2. Gruppo
3. Gruppo professionale di Cure Primarie
4. Le organizzazioni
5. Malessere-benessere organizzativo
6. Tipi di organizzazioni empatica

Formare un buon medico? Il segreto sta nelle discipline umanistiche

Due università americane, la Thomas Jefferson University di Philadelphia e la Tulane University di New Orleans, hanno condotto un'indagine attraverso un sondaggio online per verificare quanto e se la cultura umanistica possa influire sul miglioramento delle competenze mediche. Con tale finalità tutti gli studenti iscritti a cinque scuole di Medicina degli Stati Uniti durante l'anno accademico 2014-2015 sono stati invitati via email a prendere parte al sondaggio online. Su 3107 studenti di Medicina 739 hanno risposto completando il sondaggio (23,8%). Dall'analisi delle risposte si è rilevato che l'esposizione alle discipline umanistiche era significativamente correlata con qualità personali positive degli studenti, tra cui empatia, tolleranza per ambiguità, saggezza, valutazione emotive, auto-efficacia e abilità spaziali, mentre era significativamente e inversamente correlata con alcuni componenti del burnout. La conclusione della ricerca pubblicata sul *Journal of General Internal Medicine* è che se si vogliono formare dei medici più tolleranti, empatici e resilienti bisogna reintegrare le discipline umanistiche nel curriculum medico, modificando anche i test di accesso alla facoltà di Medicina.

In un'intervista, pubblicata su *Corriere.it*, Salvatore Mangione, che ha diretto la ricerca, ha dichiarato: "I test multiple choice insegnano a pensare che una cosa è nera o bianca. Ma così quando i nostri studenti si trovano finalmente davanti a un letto di ospedale non sanno più cosa fare. E nell'ansia da controllo prescrivono al paziente un esame dopo l'altro. Non solo non fanno il suo bene, ma finiscono anche per costare più del necessario".

Nell'intervista Mangione ha anche tenuto a sottolineare che: "La Medicina è un'arte che usa la Scienza. Non puoi separare un aspetto dall'altro. Senza la Scienza saremmo fermi agli sciamani. Ma senza cultura umanistica ci consegniamo ai tecnici".



Medici di medicina generale sempre più telematici

- I medici di famiglia utilizzano sempre di più la condivisione telematica di documenti clinico-assistenziali. È quanto emerge dalla ricerca realizzata in collaborazione tra il Centro Studi della Fimmg e l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, con il sostegno di Doxapharma, su 600 Mmg, presentata di recente a Milano. Senza considerare i dati inoltrati attraverso la normale attività prescrittiva (ricette dematerializzate), il 55% del campione afferma di inviare e ricevere telematicamente informazioni clinico-assistenziali dei pazienti, anche se solo il 19% riferisce di partecipare a PDTA condivisi. Il 69% dei medici si dichiara interessato ad utilizzare uno strumento informatico per definire un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), usato al momento solo dal 9%. Perplexità emergono sull'ipotesi di essere coinvolti direttamente nella prenotazione delle prestazioni, ritenuta praticabile dal 63% dei medici, solo ad alcune condizioni: disponibilità di personale di studio dedicato, massima rapidità nell'automatismo informatico della proposta dell'appuntamento, valorizzazione economica del compito, sono le condizioni più frequentemente riportate. L'interazione con i pazienti viene svolta utilizzando sempre di più i mezzi che nella vita di tutti i giorni servono per comunicare: l'uso di WhatsApp, in particolare, appare in continua crescita ed è usato dal 63% dei medici del campione (53% nel 2017). "L'indagine evidenzia ancora una volta la tendenza della MG, forse più di altri settori del mondo sanitario, ad allinearsi con le evoluzioni dell'ICT" afferma Paolo Misericordia, responsabile del Centro Studi della Fimmg. "E questo avviene a fronte di competenze digitali che i medici stessi ritengono di non possedere su livelli elevati. Uno dei rischi maggiori, in questo momento, è che il Mmg venga trascinato, nella rincorsa di adeguamento a questi processi, in situazioni di difficoltà nella relazione con il paziente, anche alla luce degli aggiornamenti sugli obblighi nella tutela della privacy." A questo proposito il 61% del campione ritiene rilevante la minaccia di un attacco informatico e il 50% ha il timore che i dati dei propri pazienti possano, in qualche modo, essere sottratti. "L'utilizzo di strumenti digitali per comunicare con i propri pazienti è un segnale positivo di come i medici stiano sempre più acquisendo consapevolezza sull'importanza del digitale, che consente di rendere più veloce ed efficace lo scambio di informazioni - osserva Chiara Sgarbossa, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità -. Si parla tuttavia di strumenti basilari, che spesso non necessitano di formazione specifica né di un cambiamento profondo a livello culturale. È importante, invece, che i medici siano sempre più attenti alla propria formazione rispetto alle competenze digitali necessarie allo sviluppo di nuovi progetti di innovazione digitale utili a migliorare i processi e i servizi sanitari".



Da stop fumo a dieta, è medico base il più bravo a convincere

- ANSA, giovedì 03 maggio 2018re
Studio Passi (Iss), funziona anche per screening, ma poco usato (ANSA) - ROMA, 03 MAG - Più che il web o gli amici, è il medico di base che può convincere anche i più reticenti a fare la dieta o a smettere di fumare. Lo affermano i dati della sorveglianza Passi dell'Istituto Superiore di Sanità, secondo cui ad esempio la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è tre volte maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico. "I dati - spiegano gli esperti - mostrano che il consiglio del medico è rilevante nell'incoraggiare la scelta del paziente ad adottare comportamenti più salutari: anche nella promozione degli screening oncologici il consiglio del medico è rilevante, la quota di persone che si sottopone a screening oncologico, a scopo preventivo, è maggiore fra chi riceve il consiglio da parte del medico o di un operatore sanitario e persino l'adesione allo screening organizzato aumenta se alla lettera della ASL si accompagna il consiglio del proprio medico". Al momento però, segnala Passi, i buoni consigli sono dati più che altro a persone con patologie croniche o con comportamenti particolarmente a rischio (forti fumatori, forti bevitori, persone in forte eccesso ponderale e persone che hanno un aumentato rischio cardiovascolare). Poco più del 50% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, ancor meno persone in eccesso ponderale riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso, solo il 30% degli assistiti dichiara di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica e appena il 6% dei consumatori di alcol a maggior rischio (per consumo abituale elevato o binge drinking o consumo prevalentemente fuori pasto) riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno. (ANSA).





*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*



SALA STRINGA FBK - Povo (TN)

sabato 26 maggio 2018 dalle 09.00 alle 17.00

***“L’APPROCCIO
GENERALISTA NELLA
CURA DEI PAZIENTI
AD ALTA COMPLESSITÀ”***

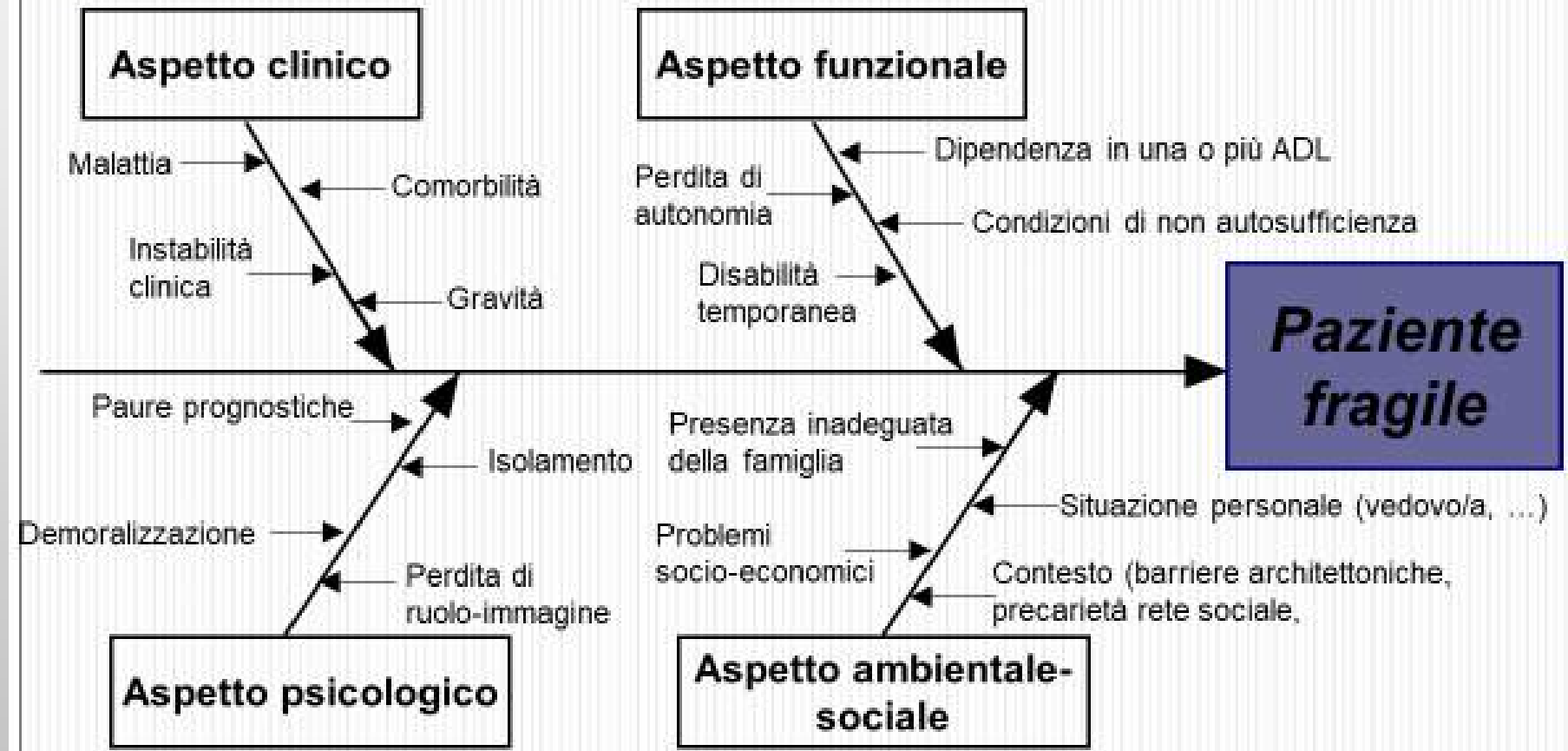
**Ciclo di Incontri:
I PROFILI DI
COMPETENZE NELLE
NUOVE FORME
ORGANIZZATIVE DELLA
MEDICINA GENERALE**

INTERNET

- **Grande velocizzatore**
- **Grande parcelizzatore**
- **Dominatore prepotente di una nuova idea del tempo**



FRAGILITÀ SECONDO IL DIAGRAMMA CAUSA-EFFETTO



Prof. A. De Toni, F. Giacomelli Progetto Ricerca Finalizzata Reg. Veneto, 2006

Sarcopenia

“...sindrome caratterizzata da una progressiva e generalizzata perdita di massa muscolare scheletrica e di forza con il rischi di conseguenti eventi avversi come disabilità fisica, ridotto qualità di vita e morte...”

(EWGSOP, Gruppo Europea sulla Sarcopenia nelle persone anziane)

Epidemiologia

- Prevalenza **5-13%** tra i 60 e i 70 anni, **11-50%** oltre gli 80 anni
- Nel mondo più di **50 milioni** di persone affette
- Nei prossimi 40 anni saranno più di **200 milioni**.

Classificazione

Primaria o legata all'età

Secondaria quando sono evidenti **anche** altre cause (attività, patologie, nutrizione)

Dynapenia \neq Sarcopenia

Trento FBK Approccio generalista complessità

LA COMUNICAZIONE COME VALUE

NARRAZIONI:

Il Terzo assioma della Comunicazione

spiega che il modo di interpretare una comunicazione dipende da come viene punteggiata (o ordinata) la sequenza delle comunicazioni fatte.

