

Il Medico di Medicina Generale con Particolare Interesse in Cure Palliative:

Descrizione delle attività

Documento di proposte condivise dalla Società Italiana di Cure Palliative e dalla Società Italiana di Medicina Generale

PREMESSA

L'Italia è uno dei Paesi al mondo in cui si vive più a lungo. L'aspettativa di vita è cresciuta e continua a crescere in modo esponenziale in questi ultimi anni (1,2)); contestualmente a questo incremento si assiste ad un imponente aumento delle patologie croniche degenerative (Cancro, BPCO, Scopenso Cardiaco Cronico, Patologie Croniche Neurologiche vascolari e degenerative, Insufficienza Epatica Grave, Insufficienza Renale Grave, Demenza, "Fragilità-Avanzata") e di conseguenza ad un incremento dei bisogni di assistenza per periodi di tempo sempre più lunghi. Anche l'avvicinamento alle fasi ultime della vita si è progressivamente allungato grazie ai successi della medicina: in questi malati i bisogni diventano progressivamente sempre più complessi e, con l'avvicinamento alla fine della vita, si manifestano con sempre maggiore evidenza bisogni specifici di cure palliative, per i quali i modelli "usuali" di cura ed assistenza risultano non adeguati. La numerosità di questi malati è stata stimata in letteratura al 1.5-2 % della popolazione totale (3)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (4) ha stimato che ogni anno in Europa muoiono circa 560 persone adulte con bisogni di cure palliative ogni 100.000 residenti (40% con malattia oncologica e 60% con patologie diverse dal cancro). Sempre l'OMS ha stimato che il 30-45 % di questi malati richiedono interventi di cure palliative specialistiche mentre il resto dei malati dovrebbe trovare risposte adeguate ai propri bisogni con un approccio palliativo garantito da tutti i medici, prevalentemente nell'ambito delle cure primarie.

A fronte di questi significativi cambiamenti demografici si assiste in questi ultimi anni ad una progressiva riduzione delle risorse complessive erogate dallo Stato per i Servizi Sanitari, con conseguenti maggiori oneri a carico delle famiglie (5); questa riduzione ha un impatto particolarmente importante sulla cura e l'assistenza ai malati con patologie cronico degenerative che si avviano alla fine della loro vita. E' noto peraltro che una parte consistente dei costi sanitari si concentrano nell'ultimo periodo di vita.

Questi nuovi scenari rendono necessaria una riorganizzazione del sistema sanitario nel suo complesso, delle cure primarie secondo modelli già in parte in fase di attuazione e delle cure palliative secondo modelli "a Rete" che garantiscano la continuità di assistenza nelle diverse fasi di progressione delle malattie e nei diversi setting di cura; questa riorganizzazione deve avere come obiettivo prioritario quello di associare qualità delle cure e appropriato utilizzo delle risorse.

Con l'obiettivo di assicurare cure di elevata qualità con un favorevole rapporto costo/efficacia e di riorientare sempre di più, quando possibile, il luogo di erogazione delle cure nel comparto extra-ospedaliero, alcuni Paesi (Gran Bretagna, Canada, Australia) hanno introdotto da alcuni anni nei propri sistemi organizzativi sanitari la figura del "*General Practitioner with Special Interest*" (GPwSI) (6-11). Uno dei settori nei quali questa figura professionale ha trovato una più concreta applicazione è quello delle cure palliative.

Nel 2012, la Società Italiana di Cure Palliative e la Società Italiana di Medicina Generale hanno pubblicato il “Core Curriculum del Medico di Medicina Generale con particolare interesse per le Cure Palliative”, che contiene la mappa delle competenze che questa figura professionale deve acquisire. Questa mappa delle competenze rappresenta il presupposto per definire in questo Documento i compiti del Medico di Medicina Generale con particolare interesse per le Cure Palliative.

Nel 2015, queste due Società Scientifiche hanno deciso di proporre un documento condiviso che definisca per il contesto italiano la descrizione delle attività del Medico di Medicina Generale con particolare interesse; per questo scopo è stato costituito un gruppo di lavoro inter-societario ad hoc.

DEFINIZIONE

La definizione che la “Standing Education Conference for General Practice in the Northern Deanery” (12) ha dato del GPwSIs è la seguente: “un professionista che integra il suo ruolo di generalista offrendo un ulteriore servizio di alta qualità per soddisfare le esigenze dei pazienti [...] Egli lavora principalmente nella comunità e fornisce un servizio clinico al di là della portata del suo ‘normale ruolo professionale di base’, erogando servizi avanzati che non sono normalmente eseguiti dai suoi colleghi”.

Le “core activities” del GPwSI nel campo delle Cure Palliative, definite dal Department of Health in Gran Bretagna (13) si riferiscono principalmente alle aree di supporto clinico, educativo, organizzativo (facilitazione dei percorsi e collegamento con i servizi specialistici), ricerca.

SICP e SIMG hanno condiviso la seguente definizione, riportata nel “Core Curriculum del Medico di Medicina Generale con particolare interesse per le Cure Palliative”: “Per *Medico di Medicina Generale con particolare interesse nel campo delle Cure Palliative (MMGcPI)* si intende il Medico di Cure Primarie (MCP) che mantenendo la specificità della propria attività come medico di famiglia e avendo acquisito maggiori competenze in Cure Palliative, svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.”

In questo documento si intende sottolineare preliminarmente e con forza che:

- Il MMGcPI resta un Medico di Medicina Generale, esperto in cure primarie e non deve in alcun modo sostituire o sovrapporsi al Medico Specialista in Cure Palliative
- Il MMGcPI opera prima dell'attivazione del livello base delle CP domiciliari; la sua attività è primariamente rivolta all'identificazione dei malati candidabili ad entrare nel percorso di cure palliative. Il suo ruolo è, infatti, di facilitatore per l'attivazione di tali percorsi.
- Alcune delle attività proprie del MMGcPI si possono modulare, in termini di intensità, in rapporto alle caratteristiche del territorio dove egli opera: ad esempio la presenza di questa figura professionale, come riportata in alcune esperienze internazionali, è più diffusa ed efficace nelle aree a minor concentrazione urbana ed in quelle disagiate con maggiori difficoltà nei collegamenti (11,13,14)
- La numerosità dei MMGcPI e l'intensità delle loro attività può variare in rapporto allo sviluppo dei servizi specialistici di Cure Palliative nel territorio di riferimento, sottolineando tuttavia il fatto che l'obiettivo fondamentale resta quello di dare piena attuazione a quanto previsto dalla Legge 38/2010 e dai successivi Provvedimenti attuativi in tutti i livelli e setting assistenziali (10,12,15,16)

ATTIVITA' DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CON PARTICOLARE INTERESSE IN CURE PALLIATIVE

Sono stati selezionati (sulla base della loro rilevanza) ed in parte rielaborati alcuni compiti del MMGcPI contenuti nel "Core Curriculum del MMGcPI", pubblicato nel 2012 dalla SICP e dalla SIMG. A questi sono stati aggiunti alcuni ulteriori compiti, scelti sulla base di un confronto avvenuto all'interno del gruppo di lavoro inter-societario.

Nelle Tabelle 1,2,3 sono elencati i compiti, le azioni, le modalità-strumenti ed il carico di lavoro stimato, suddivisi in tre Aree: Clinica, Formazione, Organizzazione.

TABELLA 1: AREA CLINICA

Compito	Azioni	Cosa occorre (metodi, strumenti)	Carico lavoro, per 100 MMG
Identificata la necessità di una rotazione degli oppiacei, supportare il MMG nella corretta gestione del passaggio alla nuova terapia	Consulenza telefonica/ Mail	-Telefono in orario dedicato -Computer -Account Mail e risposta differita entro 48 h	2 ore mese
Durante una consulenza con i Colleghi contrari a rendere consapevole il malato sulla prognosi della malattia, saper proporre gli argomenti a favore della comunicazione della prognosi quando non controindicato.	Incontro con il MMG "face-to-face"	-Orario dedicato per incontro	30 minuti per incontro 4 ore al mese
Supportare il MMG nel decodificare le richieste di "aiuto a morire" del malato, identificando il bisogno inespresso e riportando, se necessario, questo bisogno all'interno dell'equipe specialistica dedicata di Cure Palliative.	Consulenza telefonica <i>oppure</i> Incontro "face-to-face" <i>oppure</i> facilitazione per supporto dell'equipe specialistica	-Telefono in orario dedicato -Orario dedicato per incontro	1 ora al mese
Sostenere un confronto con i Colleghi che richiedono consulenza per un dubbio su accanimento - ostinazione terapeutica- abbandono, pianificazione anticipata delle cure, differenza tra sedazione terminale/palliativa ed eutanasia anche attivando i supporti della Rete di Cure Palliative.	Consulenza telefonica <i>oppure</i> Incontro "face-to-face" <i>oppure</i> facilitazione per supporto équipe specialistica	-Telefono in orario dedicato -Orario dedicato per incontro	1 ora al mese
Argomentare, con i Colleghi che richiedono consulenza, sull'opportunità della rimodulazione terapeutica negli ultimi giorni di vita anche attivando i supporti della Rete di Cure Palliative.	Consulenza telefonica <i>oppure</i> Incontro "face-to-face" <i>oppure</i> facilitazione per supporto équipe specialistica	-Telefono in orario dedicato -Orario dedicato per incontro	1 ora al mese

TABELLA 2: AREA FORMAZIONE

Compito	Azioni	Cosa occorre (metodi, strumenti)	Carico lavoro, per 100 MMG
Insegnare attraverso la formazione sul campo (tutoraggio) l'applicazione pratica del metodo di approccio al dolore descritto nel Manuale "Il dolore cronico in medicina generale" (AGENAS, 2012)	Tutoraggio attivo nel proprio ambulatorio su casi clinici selezionati	-Kit per diagnosi tipo di dolore	10 ore anno
Insegnare i criteri e gli strumenti che possono essere utilizzati per una valutazione della prognosi nei malati con patologie croniche degenerative	Lezioni d'aula e tutoraggio	-Aula -Videoproiezione	3 ore anno
Condividere durante eventi formativi gli argomenti a favore della comunicazione della prognosi quando non controindicato	Lezioni d'aula	-Aula -Videoproiezione	2 ore anno
Sensibilizzare i colleghi MMG all'importanza di applicare le opportune tecniche di comunicazione, per indagare il livello di consapevolezza del malato e la comunicazione delle cattive notizie.	-Lezioni d'aula -Simulazioni e "role-playing", anche in collaborazione con la Struttura Organizzativa della Rete	-Aula -Videoproiezione	20 ore anno
Condividere durante eventi formativi gli argomenti a favore della opportunità della rimodulazione terapeutica negli ultimi giorni di vita.	- Lezioni d'aula	-Aula -Videoproiezione	2 ore anno
Insegnare, nel Corso Specifico per Medici di Medicina Generale, le competenze del Medico di Famiglia all'interno della Rete di Cure Palliative	Lezioni d'aula	-Aula -Videoproiezione	24 ore per anno di corso
Progettare e condurre, in piena sinergia e collaborazione con la Struttura Organizzativa della Rete di Cure Palliative, corsi di formazione continua per i Medici di Medicina Generale	Lezioni d'aula Riunioni di preparazione	-Aula -Videoproiezione	6 ore anno

TABELLA 3: AREA ORGANIZZAZIONE

Compito	Azioni	Cosa occorre (metodi, strumenti)	Carico lavoro, per 100 MMG
Supportare il MMG nell'identificazione precoce dei malati con bisogni di cure palliative e, nell'ambito della Rete di Cure Palliative, nella identificazione dei malati che necessitano di cure palliative di base o di cure palliative specialistiche	Consulenza Telefonica e/o Incontri di Audit con la Struttura organizzativa di coordinamento della Rete	-Telefono in orario dedicato -Aula con videoproiettore	6 ore anno
Rilevare le criticità nei processi di attivazione della Rete di Cure Palliative (setting di base e specialistico)	Consulenza Telefonica e/o Incontri di Audit con Struttura organizzativa di coordinamento della Rete	-Aula con videoproiettore	6 ore anno
Rilevare e contribuire ad elaborare gli indicatori di performance dei Medici di Medicina Generale prima e dopo la attivazione della Rete di Cure Palliative e restituirli attraverso processi di audit.	Consulenza Telefonica e/o Incontri di Audit con Struttura organizzativa di coordinamento della Rete	-Aula con videoproiettore -Computer con software dedicato	10 ore anno
Confronto periodico con la Struttura di coordinamento della Rete di Cure Palliative con l'obiettivo di facilitare i percorsi di accesso ai servizi e condividere le soluzioni delle criticità rilevate, monitorare la qualità delle cure erogate e partecipare ai percorsi di miglioramento	Incontro con la Struttura di coordinamento		3 ore per 4 riunioni (12 ore all'anno)
Promozione e partecipazione ad eventi informativi e di sensibilizzazione alla popolazione in piena sinergia con la Rete di Cure Palliative	Incontro pubblico	-Sala adeguata	4 ore all'anno
Progettazione e coordinamento per attività di Ricerca in piena sinergia con la Rete di Cure Palliative	Attività di ricerca	-Raccolta dati con "health records"	In relazione ai singoli progetti di ricerca

Conclusione

In conclusione la Società Italiana di Cure Palliative e la Società Italiana di Medicina Generale auspicano che, preliminarmente alla eventuale implementazione di Programmi Sanitari che prevedano l'attività di questa nuova figura professionale:

1. Sia attuato uno studio specifico di valutazione costo-efficacia secondo le metodologie dell'Health Technology Assessment (HTA) (17);
2. Sia attuata una formazione specifica per il Medico di Medicina Generale con Particolare Interesse in Cure Palliative in sinergia e collaborazione tra le due Società Scientifiche;
3. Sia avviata una Sperimentazione in alcune aree del Paese a potenziale maggiore impatto positivo (es. aree disagiate montane, aree con difficoltà di comunicazione, ecc.) che ne valuti la concreta ed efficiente applicabilità anche nel nostro Paese.

Bibliografia

1. Atella V., Francisci S. et al. "La salute degli italiani, 1861-2011", "Politiche Sanitarie" 12,4
2. Christensen K. Et al. "Ageing population: the challenges ahead" Lancet 2009;374:1196-2008
3. Gòmez-Batiste X. et al. « Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach." Curr. Opin. Support Palliat. Care, 2012; 6:371-378.
4. Global Atlas of Palliative Care at the end of life, WPCA and WHO 2014
5. Ricciardi W., Atella V. et al. "La tempesta perfetta" Ed. Vita e Pensiero 2015
6. Jones R. et al "General Practitioner with special clinical interests: a cross-sectional survey" British Journal of General Practice 2002; 52: 833-834
7. Medea G., Cricelli C. "Nuove forme organizzative della Medicina Generale e "Medici con speciali interessi" Rivista Società Italiana di Medicina Generale 2015;1:3-5
8. Rosen R. et al. "General practitioners with special clinical interests" B.M.J. 2003;327:460-62
9. "Palliative Care subspecialty in the offing" CMAJ 2012, Sept.4, E653-4
10. Nocon A. et al. "The role of UK general practitioners with special clinical interests: implications for policy and service delivery" British Journal of General Practice 2004; 54: 50-56

11. Wilson E. et al. "Community palliative care development: evaluating the role and impact of a general practitioner with a special interest in palliative care" *Palliative Medicine* 2007; 21:527-535
12. <http://www.northerndeanery.nhs.uk/NorthernDeanery/primary-care/continuingpractice/gps-with-a-special-interest/GPwSI-20PCT-20Guidance-20Notes-1.pdf>
13. Guidelines for the appointment of General Practitioners with special interests in the delivery of clinical services – Palliative Care" Great Britain Dept. Of Health 2003
14. Fins J.J. "The expert generalist: a contradiction whose time has come" *Academic Medicine* 2015; 90:1-5
15. Legge 15.3.2010, N.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
16. Intesa stipulata dalla Conferenza Stato-Regioni il 25.07.2012 sulla definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di Cure Palliative e della terapia del dolore.
17. Cicchetti A. "La formazione delle strategie nelle Aziende Sanitarie: il ruolo del Health Technology Assessment." *Sviluppo e Organizzazione* 2000; 182: 80-85