

AISLA Firenze

La Persona con SLA: PDTAS regionale e Pianificazione condivisa delle cure (PCC)

Webinar gratuito
crediti ECM: 2,1



venerdì 19 giugno 2020
ore 14.45-18.00



Alessandro Bussotti
MMG

Il ruolo del Medico di Medicina
Generale nella condivisione delle
scelte

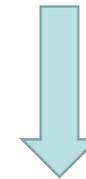
Linee di indirizzo Regione Toscana

PDTA SLA USL Toscana Centro

MMG



Formulazione sospetto
diagnostico



Attivazione del Percorso corretto

«Qualora un paziente con sintomi e/o segni sospetti per SLA si presenti nell'ambulatorio del MMG o di un altro Medico Specialista, questi compila una richiesta per "visita neurologica»

La comunicazione della diagnosi

Linee di indirizzo Regione Toscana

PDTA SLA USL Toscana Centro

«La **comunicazione della diagnosi** al paziente richiede una particolare attenzione per il profondo impatto emotivo ed esistenziale. Ad essa sono dedicate linee-guida europee e raccomandazioni del Gruppo di Studio per la Bioetica e le Cure Palliative in Neurologia della Società Italiana di Neurologia. **La comunicazione è effettuata dal neurologo referente. Se il paziente acconsente questi sarà affiancato da uno psicologo.** Le modalità sono quelle della rivelazione di malattia modulata e progressiva in rapporto alle necessità ed alle richieste del paziente (indicazioni SPIKE). Previo assenso del paziente segue un colloquio con i familiari ai quali è comunicata la diagnosi.»

Comunicazione della diagnosi

Il MMG è molto spesso il medico di riferimento del paziente per un tempo molto lungo, prima della malattia, durante il processo diagnostico e dopo, durante il follow up

E' spesso anche il medico della famiglia.

Definizione di Medicina Generale

(WONCA Europe, 2002)

1. La Medicina Generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona
2. Si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale

Legge 219/2017

Articolo 5 comma 1

” Nella relazione tra paziente e medico di cui all’articolo 1, comma 2, rispetto all’evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l’equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”

Legge 15 Marzo 2010 n. 38: «disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»

Art.2 Definizioni

Ai fini della presente legge si intende per: f) **«assistenza domiciliare»:** insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono **l'erogazione di c.p. e di tp del dolore al domicilio della persona malata**, per ciò che riguarda

- sia gli **interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale,**
- sia quelli delle **equipe specialistiche di c.p. di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta.**”

DELIBERAZIONE 3 aprile 2018, n. 352

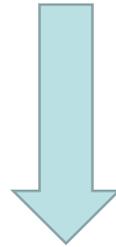
Umanizzazione delle cure e autodeterminazione del cittadino: primi indirizzi per l'attuazione della legge 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

REGIONE
TOSCANA



«il principale **punto di riferimento** del cittadino in tutto il complesso percorso assistenziale della cronicità deve essere individuato nel **medico di medicina generale**»

**La comunicazione della
diagnosi**



**Opportuno il coinvolgimento
del MMG**

Linee di indirizzo Regione Toscana

PDTA SLA USL Toscana Centro

«Valutazione multidisciplinare

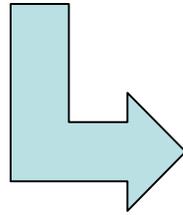
In seguito alla diagnosi è attivato il team multidisciplinare/multiprofessionale.

Il neurologo responsabile clinico del percorso informa il MMG della diagnosi e della certificazione, fornendo i recapiti telefonici ed email di riferimento.

Il MMG segnala il caso al responsabile delle cure primarie ai fini dell'attivazione del servizio sociale e dell'assistenza infermieristica/territoriale.

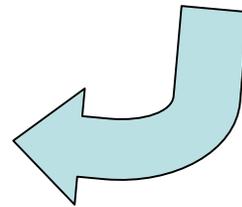
Il MMG ed il neurologo di riferimento contribuiscono congiuntamente alla definizione del progetto assistenziale-riabilitativo personalizzato nell'ambito dell'UVMD della Zona Distretto di residenza (il "Progetto di Vita")»

SLA patologia complessa



Necessario l'intervento
di professionalità
diverse

Problema: continuità
assistenziale



-Intraospedaliera

-Extraospedaliera

-Ospedale - Territorio

La costituzione delle ACOT in Toscana



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 12-07-2016 (punto N 28)

Delibera

N 679

del 12-07-2016

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore MARCO TAGLIAFERRI

Oggetto

Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto.
Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

La comunicazione Ospedale Territorio

L'ACOT, come da DGR 679/2016, definisce con il MMG il percorso di continuità assistenziale, attivando, in presenza di un bisogno socio-sanitario complesso, l'UVMD zonale, in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza

**Il percorso di continuità
assistenziale territorio –
ospedale-territorio non
coinvolge attualmente in
modo fluido e omogeneo il
MMG**

Linee di indirizzo Regione Toscana

PDTA SLA USL Toscana Centro

Follow-up

Il paziente è rivalutato dai medici specialisti ogni tre mesi, in ambito ambulatoriale o di Day Service Multidisciplinare.

Quando possibile i referti delle prestazioni sono archiviati sull'applicativo ARGOS. E' comunque fornita ed archiviata una copia cartacea dei referti.

Qualora a livello domiciliare si ravvisi la necessità di apportare modifiche sia in termini di assistenza (es: necessità di fornire il comunicatore, necessità di modificare il programma riabilitativo, ecc.) sia residenziale (es: necessità di ricovero in strutture protette), ne viene data comunicazione al referente clinico neurologo (direttamente o tramite l'infermiere *case manager* ospedaliero) che provvede ad attivare il Team per la rivalutazione del caso e la rimodulazione del piano personalizzato già approvato dall'UVMD

SLA e Medicina Generale

Difficoltà

- Prevalenza 6 per 100000
- Prevalenza di 0.06 pazienti con SLA sui 1000 assistiti medi di un MMG
- Probabilità molto scarsa che un MMG abbia fra i suoi assistiti un paziente con SLA

SLA (Malattie rare) - MMG

- Sapere dove andare a cercare l'informazione e non conoscere tutto
- Inviare allo specialista adatto
- Dare informazioni e assistere nell'iter diagnostico
- Dare indicazioni sulle Associazioni dei pazienti

SLA (Malattie rare) - MMG

Formazione

- Sull'approccio diagnostico
 - Attenzione ai sintomi e ai segni
 - Attenzione all'andamento anomalo
 - Sistemi esperti
- Mirata ai MMG che hanno un paziente affetto dalla malattia

Prospettive e aspettative

- Integrazione del MMG in una vera rete territoriale di presa in carico delle patologie croniche
- I MMG sono per oltre il 50% in prossimità della pensione
- La Medicina di Famiglia andrà rapidamente incontro ad un completo rinnovamento generazionale
- Approfittiamone!