La collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti

Data 16 settembre 2010
Categoria scienze_varie

Uno studio ha cercato di analizzare in dettaglio le conseguenze del rapporto tra medici di cure primarie e specialisti.

Pazienti ambulatoriali con malattie croniche ricevono cure sia da medici di cura primaria (MMG) sia da specialisti; tuttavia, la scarsa coordinazione tra MMG e specialisti contribuisce ad una morbilità e ad una mortalità che sono evitabili al paziente. Le iniziative attuali di miglioramento della cura di malattie croniche, quali quelle domiciliari, centrate-sul-paziente, aiutano a migliorare la collaborazione attraverso un team clinico che assume la responsabilità della cura e fornisce supporto per la sua coordinazione. Queste iniziative portano ad una cura di migliore qualità, riducono i costi e le disparità sociali. Questa rinnovata attenzione alla cura primaria, tuttavia, non ha enfatizzato la potenziale importanza della collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti. Se la effettiva integrazione della cura in questi setting pratici verrà a mancare, il successo di queste iniziative sarà limitato, soprattutto dato l'ampio numero di specialisti con i quali un singolo MMG deve tipicamente interagire. Queste iniziative, inoltre, necessitano di evidenze su cosa rappresenti il meglio per supportare la collaborazione.

Gli autori (poiché precedenti revisioni sul tema collaborazione MMG-specialisti variavano negli schemi concettuali e nelle definizioni operative , nel riferimento alla cura collaborativa , alla cura condivisa, o al disease management, o erano focalizzate sulla collaborazione che comprendeva una interazione indiretta tra medici e personale-non-medico) hanno derivato una struttura concettuale per delineare le caratteristiche chiave della collaborazione MMG-specialisti.
Ovvero, hanno centrato l'attenzione sugli accordi collaborativi che hanno permesso ai MMG e agli specialisti di conversare attraverso vari mezzi e li hanno definiti comunicazione interattiva. Ipotizzando che essa rappresenti il goal di qualità dei modelli di pratica attuali, si sono chiesti se interventi che comprendevano pianificazione, comunicazione interattiva tra MMG e specialisti migliorassero gli esiti per il paziente e – attraverso studi con questo focus – se altre caratteristiche di collaborazione o di studio influenzassero l'efficacia. Hanno cercato in 3 specialità che, a loro dire, potenzialmente rappresentano una sorta di sfida collaborativa: psichiatria, endocrinologia e oncologia.

[b]Caratteristiche Centrali e Associate di Collaborazione Pianificata tra Medici di Cura Primaria e Specialisti[/b]

[b]Caratteristiche Centrali[/b]
[b]Comunicazione Interattiva:[/b] I metodi o i sistemi consentono scambi opportuni e incorporazione di informazioni cliniche pertinenti condivise tra medici di cura primaria e specialisti (per esempio: attraverso faccia-a-faccia, videoconferenze, telefono o scambio di e-mail). Un meccanismo integrale deve promuovere la interazione tra medici collaborativi (la comunicazione non può essere ad una sola via).
[b]Qualità dell'informazione:[/b] Gli interventi (quali forme strutturate, percorsi, o reports) migliorano la qualità dello scambio di informazioni tra medici di cura primaria e specialisti. Non inclusi interventi specificamente mirati alla comunicazione come parte di un processo iniziale di invio.
[b]Valutazione dei bisogni:[/b] Gli interventi promuovono o assicurano che l'input del medico di cura primaria e degli specialisti per i pazienti sia basato sulla sistematica conferma della valutazione iniziale e sul rilevamento attivo dei nuovi bisogni.
Piano di cura condiviso: Gli interventi promuovono piani di cura condivisi tra medici di cura primaria e specialisti per assicurare che i pazienti ricevano la giusta gestione clinica da parte di medici adeguati, in setting idonei (per esempio: la introduzione di modelli strutturati). Tutto ciò deve essere applicato a livello di paziente individuale.

[b]Caratteristiche associate[/b]
[b]Gatekeeping:[/b] L'accesso alla cura specialistica è guidato o controllato attraverso invii da parte dei medici di cura primaria.
[b]Promozione dell'appropriatezza:[/b] Gli interventi promuovono l'appropriatezza degli invii allo specialista.
[b]Misure di performance:[/b] Viene regolarmente misurata la qualità o l'economia della cura che una organizzazione di salute o un gruppo sta fornendo.
[b]Parametri di performance:[/b] Vengono stabiliti definiti goals per la qualità o per l'economia fornite da una organizzazione di salute o da un gruppo.
[b]Responsabilità condivisa:[/b] Medici di cura primaria e specialisti sono ritenuti responsabili dei parametri di performance.
[b]Standardizzazione:[/b] Importanti processi di lavoro richiesti per la collaborazione sono stati standardizzati nell'organizzazione usando procedure operative standard, quali un percorso di cura strutturato, un protocollo o linee guida che dimostrano i passi chiave o il processo di cura.
[b]Supervisione condivisa del personale di supporto della collaborazione:[/b] I medici di cura primaria e gli specialisti supervisionano providers formati non-medici che facilitano il raggiungimento dei goals di

collaborazione.
[b]Rimborso della collaborazione:[/b] Viene stabilito un sistema di rimborso per la cura specialistica collaborativa.
[b]Presenza di una rete basata-sulla-pratica:[/b] Strutture organizzative legano l'un l'altra pratiche cliniche di comunità.
[b]Supporto educazionale dei medici:[/b] Viene definito un sistema di supporto decisionale per insegnare, ricordare o guidare i pazienti e i medici circa la cura appropriata oltre che per l'educazione specifica sull'uso appropriato della specialistica e della cura primaria.
[b]Supporto del care manager:[/b] Un care manager è responsabile della valutazione, del triage, della coordinazione o di assicurare l'implementazione dei piani di cura.

Attraverso una ricerca su PubMed, PsycInfo, EMBASE, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, e Web of Science dal giugno June 2008 e riferimenti secondari senza restrizioni di lingua, gli autori hanno selezionato studi che avevano valutato gli effetti della comunicazione interattiva tra MMG e specialisti sugli esiti dei pazienti con diabete, condizioni psichiatriche, o cancro. Sono stati estratti interventi e dati di esito da 23 studi da uno dei revisori e controllati da un altro. La qualità degli studi è stata valutata con una checklist a-13-item. E' stata usata la metanalisi per valutare l'efficacia e, poiché la cura collaborativa è sfaccettata, la meta regressione per capire i contributi relativi delle caratteristiche specifiche di collaborazione.

Risultati: La metanalisi ha indicato effetti consistenti in 11 trials randomizzati di salute mentale (misura dell'effetto raggruppato, - 0.41), in 7 studi non randomizzati di salute mentale (misura dell'effetto, - 0.47), ed in 5 studi non randomizzati sul diabete (misura dell'effetto, - 0.64). Questi risultati sono rimasti significativi all'analisi di sensibilità. La meta-regressione ha indicato che gli studi che hanno incluso interventi per migliorare la qualità dell'informazione hanno avuto effetti più ampi sugli esiti del paziente rispetto a quelli che non l'avevano fatto (- 0.84 vs. - 0.27; P = 0.002).

Limiti: Poichè gli interventi collaborativi erano sfaccettati, non si è potuta stabilire l'efficacia della comunicazione interattiva di per sé. L'inclusione di disegni di studio con più bassa validità interna ha aumentato il rischio di bias. Non sono stati compresi studi di oncologia.

Conclusioni: Effetti consistenti e clinicamente importanti suggeriscono un ruolo potenziale della comunicazione interattiva nel miglioramento dell'efficacia della collaborazione tra MMG e specialisti..

Fonte:

Foy R. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. Ann Intern Med. 2010;152:247-258.

Commento di Patrizia Iaccarino

Da anni ormai nel mondo occidentale la psichiatria ha delineato e variamente attuato programmi di collaborazione tra medici di cura primaria e specialisti (per la necessità nata, da un lato dalla emergenza di patologie psichiatriche minori, dall'altra dal trattamento ambulatoriale di malattie psichiatriche maggiori, ma probabilmente anche dalla possibilità di condivisione che nasce spontanea tra due "specialità" che condividono, per loro assunto, la pratica di un tipo di medicina centrata sulla persona e non sulla malattia). Purtroppo, nel tempo, essi, pur dimostrando la loro validità, hanno finito per soffrire della mancanza di supporto e di implementazione. La crescente esigenza, per l'aumento di età delle popolazioni e il dilagare di patologie croniche, della cura sul territorio, spesso domiciliare (patologie gravi e oncologiche), ha acuito il bisogno di una condivisione della cura tra medici di cura primaria e specialisti. Ma, ancor oggi, spesso, al di là di iniziative emergenti, ancora giovani e non diffuse egualmente, di cura domiciliare, la strutturazione di tale cura condivisa è lasciata ad iniziative personali, a rapporti di fiducia cercati e gestiti individualmente (percorsi "protetti" spesso inventati dai medici di cura primaria), laddove sarebbe necessaria una sua implementazione ben strutturata e finanziata. Il presente lavoro, sottolineando un ruolo importante della cosiddetta comunicazione interattiva tra medici e specialisti, contribuisce a porre l'accento sul bisogno di implementazione di tali collaborazioni strutturate e, quindi, a sollecitarne l'applicazione. Ma basterà imporre programmi strutturati, mettere insieme sul territorio medici e specialisti a realizzare tale cura condivisa? Quanto della riuscita di questa collaborazione dipende dal fattore umano, dalla condivisione del tipo di approccio alla cura (centrato sul paziente o sulla malattia), dalla pratica della medicina basata sull'evidenza, dal tipo di rapporto che si ha con il sistema sanitario? Forse, immaginando di iniziare oggi ci vorrà tempo per realizzare una reale comunicazione interattiva che porti ad una cura condivisa di qualità per il paziente.