



# Capitolo 6

LA GESTIONE INTEGRATA  
DEL RCV

*Guido Sanna*

*Responsabile Divisione Ricerca*



# RCV: dimensioni del problema e intervento del MMG

# RCV: le dimensioni del problema nel Mondo

## WHO:

- 1999: 1/3 delle morti globali dovute a Malattia CV;
- 1999: paesi basso/medio reddito hanno contribuito al 78% morti CVD.
- 2010: CVD causa principale della morte in paesi in via di sviluppo.



**La malattia di cuore non ha limiti geografici,  
di sesso o confini socio-economici**

# RCV: le dimensioni del problema in Italia

**Tabella II** – Effetto delle quantità, dei prezzi e del “mix” sulla variazione totale della spesa farmaceutica SSN per categoria terapeutica: confronto tra i primi 9 mesi del 2005 e 2006.

Categoria terapeutica (ATC al I livello)	Spesa lorda 2006 (milioni di €)	Δ% 06/05				Δ% costo medio DDD
		spesa	quantità	prezzi	mix	
Sistema cardiovascolare	3.672	6,6	7,7	-2,7	1,6	-1,1
Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.501	10,5	11,6	-5,8	5,2	-0,9
Antimicrobici per uso sistemico	1.081	-8,0	-0,6	-7,5	0,1	-7,4
Sistema nervoso centrale	987	2,2	9,8	-12,1	5,8	-7,0
Sistema respiratorio	737	3,8	3,9	-3,8	3,9	-0,1
Sangue e organi emopoietici	546	2,4	10,7	-2,7	-5,0	-7,5
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	528	-2,6	-2,1	-5,3	5,0	-0,5
Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	435	-2,7	2,2	-8,0	3,5	-4,9
Sistema muscolo scheletrico	399	6,1	6,9	-6,2	5,8	-0,7
Prep. ormonali sistem. escl. orm. sessuali	174	5,1	8,8	-1,2	-2,2	-3,4
Organi di senso	143	4,2	7,2	-3,5	0,7	-2,8
Dermatologici	38	-12,2	8,1	-10,9	-8,9	-18,8
Vari	20	-6,3	2,5	-4,5	-4,2	-8,6
Antiparassitari	9	0,5	8,2	-2,8	-2,8	-7,1
<b>Totale nazionale</b>	<b>10.263</b>	<b>3,4</b>	<b>7,7</b>	<b>-5,2</b>	<b>1,3</b>	<b>-4,0</b>

\*Fonte: elaborazione OSHed.

## RCV: le dimensioni del problema nella MG

Stima popolazione a rischio cardiovascolare  
di un MMG con 1500 pazienti

	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Totale</b>
<b>Ipertesi</b>	<b>142</b>	<b>142</b>	<b>284</b>
<b>Ipertesi Border line</b>	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>146</b>
<b>Ipercolesterolemici</b>	<b>91</b>	<b>115</b>	<b>206</b>
<b>Obesi</b>	<b>78</b>	<b>101</b>	<b>179</b>
<b>Diabetici</b>	<b>39</b>	<b>27</b>	<b>66</b>
<b>Sindrome metabolica</b>	<b>99</b>	<b>105</b>	<b>204</b>
<b>Fumatori</b>	<b>129</b>	<b>96</b>	<b>225</b>

# RCV: ruolo del medico di MG nella prevenzione primaria e secondaria



## OBIETTIVI

- ✓ IDENTIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO
- ✓ RIDURRE IL LIVELLO DI RISCHIO CV NELLA POPOLAZIONE
- ✓ PREVENZIONE CARDIOEMBOLIA
- ✓ APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ESAMI

## AZIONI

- ✓ VISITA MEDICA
- ✓ VALUTAZIONE R. C. V. G.
- ✓ MODIFICA STILE VITA (Counselling)
- ✓ TERAPIE MIRATE SUI SINGOLI FATTORI DI RISCHIO
- ✓ RISCONTRO ARITMIE (F. A.) e VALVULOPATIE EMBOLIGENE
- ✓ T.A.O. / T. ANTIAGGREGANTE
- ✓ VISITA CARDIOLOGICA, ECG ECODOPPLER, HOLTER ECG E PA, ECOCARDIO, ECG DA SFORZO, SCINTIGRAFIA, CORONAROGRAFIA



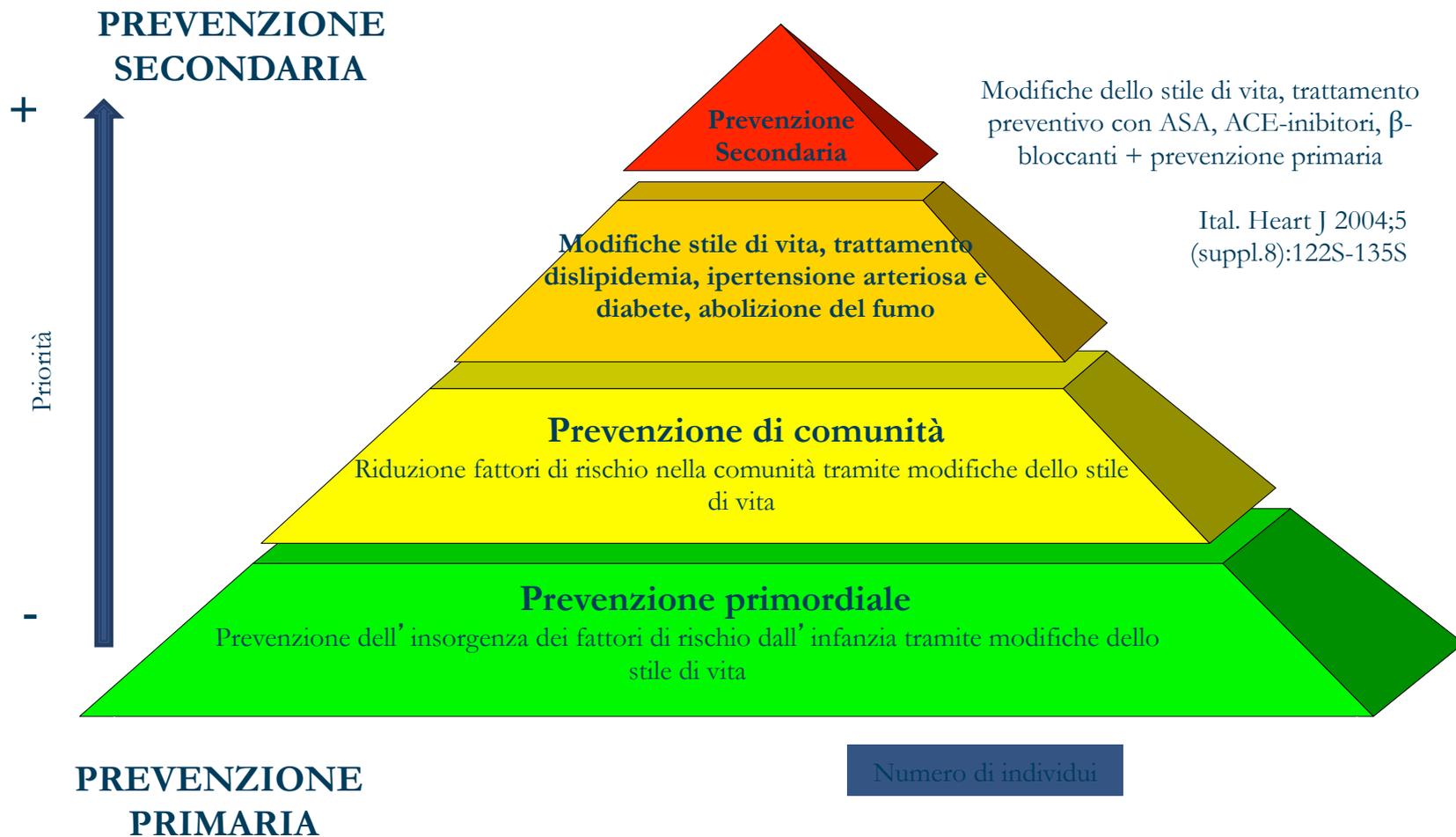
## RCV: intervento del MMG nella gestione

- **VALUTAZIONE ANAMNESTICA (Conoscenza del paziente)**
- **RAPPORTO PECULIARE DELLA MG (“falsi negativi”)**
  - Obiettività CV di 1° livello:
    - ✓ PA, FC, Valutazione compenso clinico (dispnea, edemi, turgore giugulare, stasi polmonare),
    - ✓ Polso: arteriopatia, indice ABI (ankle brachial index)
    - ✓ Ritmo (tachicardia, FA, extrasistolia)
    - ✓ Soffi anomali
  - Diagnostica CV 1° livello nello studio del MMG:
    - ✓ ECG
    - ✓ HOLTER Pressorio
    - ✓ MIniDoppler o EcoColordoppler
  - MMG: si **PRENDE CURA** della **PERSONA**, non del colesterolo, del diabete, dell’ipertensione o della sindrome metabolica



# Strategie di prevenzione cardiovascolare

# Raccomandazioni e strategie di prevenzione



## Strategie di prevenzione cardiovascolare

- La Terza Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari ha elaborato delle raccomandazioni e strategie di prevenzione delle malattie cardiovascolari per la popolazione italiana basate sul controllo e la correzione dei fattori di rischio cardiovascolare. La prevenzione si attua secondo un concetto di priorità, considerando la prevenzione primaria e secondaria di massima priorità. Infatti, seppure indirizzata ad una parte numericamente meno rilevante della popolazione, essa ha un elevato impatto socioeconomico.
- La prevenzione primordiale si attua nelle giovani generazioni mettendo in opera azioni per prevenire lo sviluppo di fattori di rischio. La prevenzione di comunità si attua negli individui adulti e sulla comunità per ridurre i livelli medi dei fattori di rischio. La prevenzione primaria si attua sui soggetti ad alto rischio, individualmente, da parte del medico, con trattamenti farmacologici e non. La prevenzione secondaria riguarda l'insieme di misure messe in atto per prevenire le complicanze e le ricadute nei pazienti con malattie cardiovascolari.

## Quali strumenti possiede la MG per un'efficace Educazione Sanitaria?

### COUNSELLING

- Uso della Relazione Abile e Strutturato che conduca all'auto consapevolezza, all'accettazione ed alla crescita.
- Può essere mirato alla definizione e soluzione di problemi specifici, alla presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a migliorare le relazioni con gli altri.
- Ruolo del Counsellor è facilitare il lavoro del Cliente in modo da rispettarne i valori, le risorse personali e l'autodeterminazione.

*British Association for Counselling - 1992*

# Quale comunicazione??





# La situazione attuale

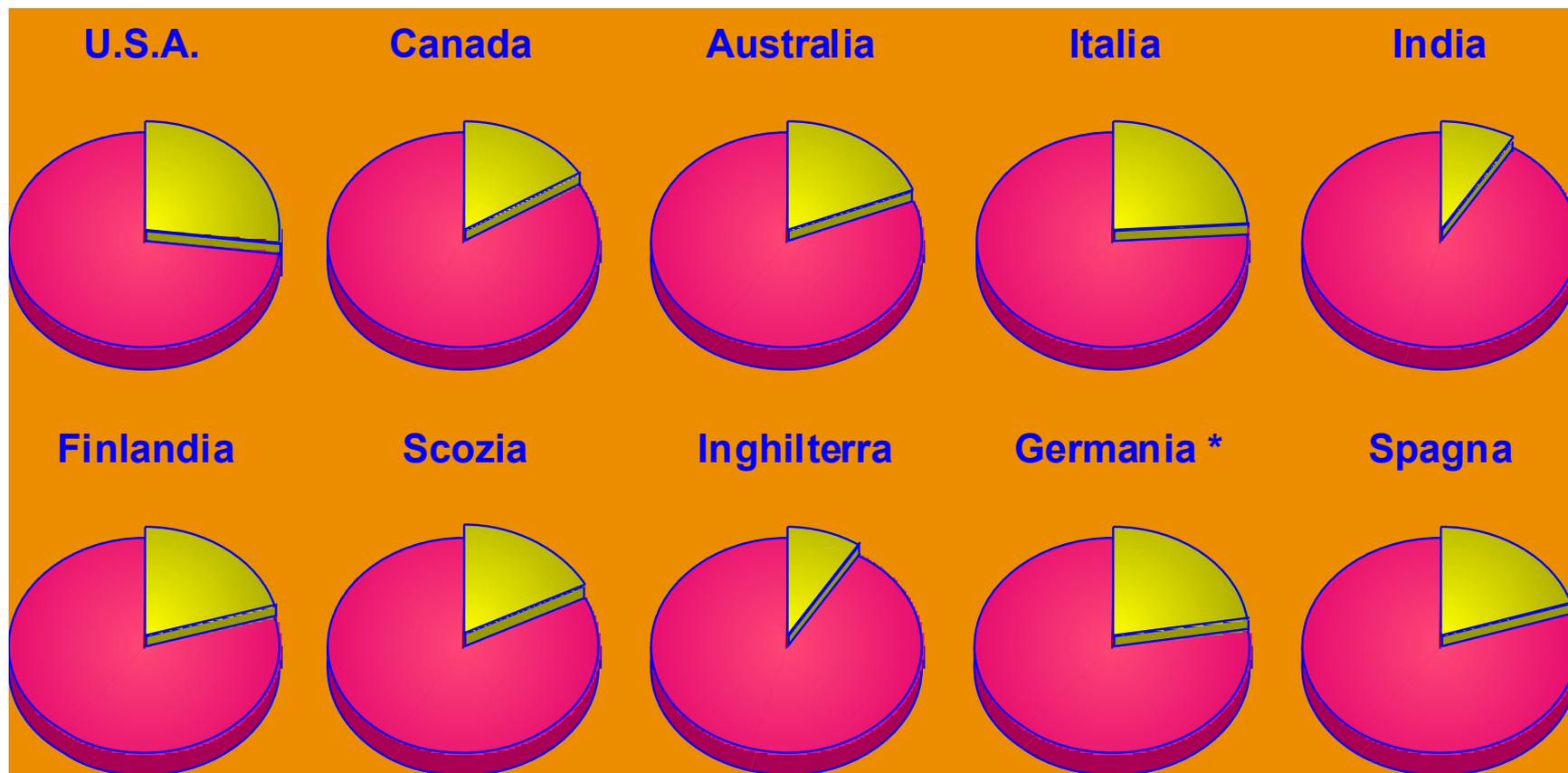
Ipertesi in trattamento con valori  
PA < 140/90 mmHg  
e precedente evento CV

<b>Ictus / TIA</b>	<b>41,3%</b>
<b>IMA</b>	<b>50,8%</b>
<b>Diabete Mellito</b>	<b>41,1%</b>

Livelli Colesterolo LDL a target (<100 mg/dl) in pazienti in trattamento con statine e precedente evento CV

<b>Ictus / TIA</b>	<b>34,3%</b>
<b>Angina Pectoris</b>	<b>39,4%</b>
<b>IMA</b>	<b>42,6%</b>

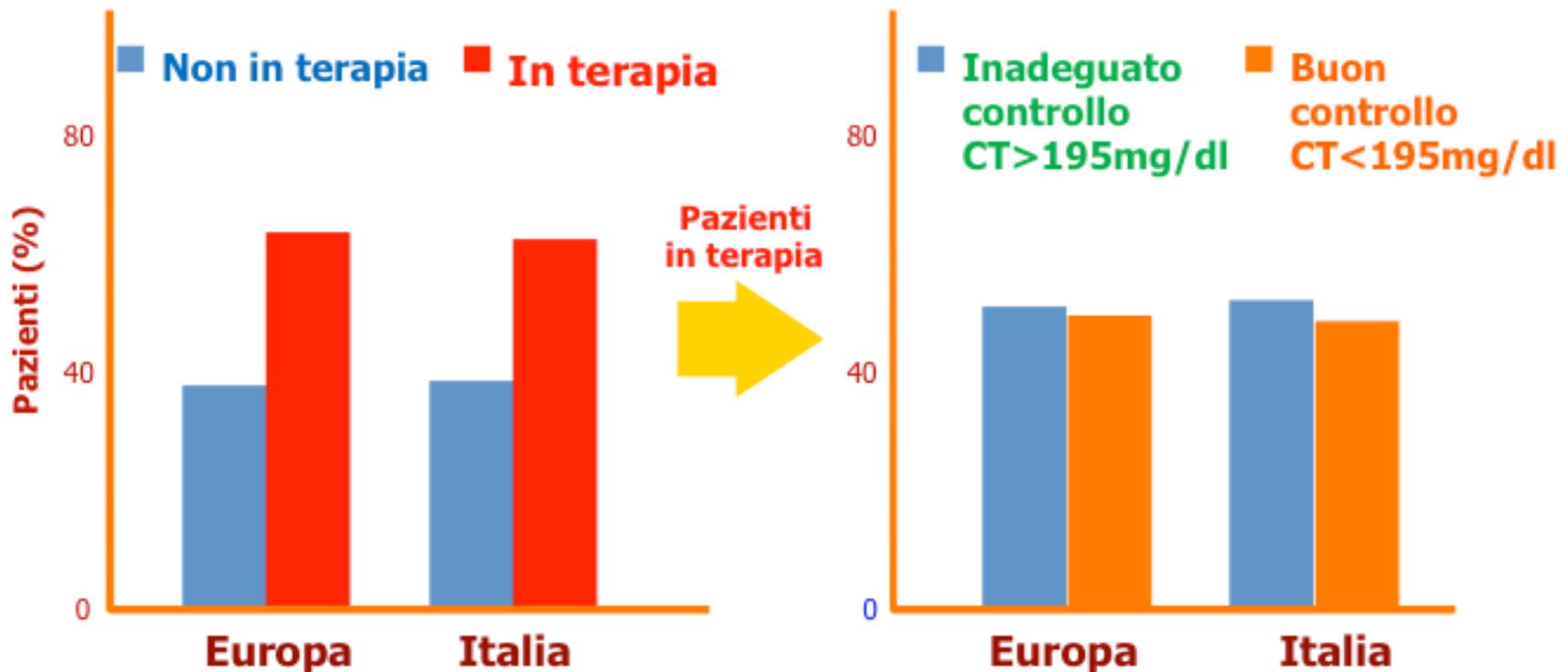
# Controllo dell'ipertensione



In U.K., negli Stati Uniti e in Italia per controllo pressorio si intende la presenza di PA < 140/90 mmHg; in tutti gli altri paesi, il valore di PA è < 160/95 mmHg

# Studio Euroaspire II [1999-2000 n=3379]

Controllo terapeutico dell'ipercolesterolemia in pazienti con cardiopatia ischemica (prevenzione secondaria)



## Studio Euroaspire II

- I dati europei possono essere ricavati dallo studio Euroaspire. Considerando i soggetti che sono già coronaropatici, cioè in prevenzione secondaria, in cui da tempo si è concordi sui vantaggi di un intervento farmacologico di riduzione della dislipidemia, solo il 50% circa dei pazienti è effettivamente in terapia sia in Europa sia in Italia, e tra costoro solo il 50% raggiunge un accettabile controllo della colesterolemia totale.
- Questi dati sembrano dunque confermare la regola di quel 50% sequenziale che fino a non molto tempo fa ha caratterizzato l'applicazione della terapia antipertensiva nella pratica clinica e che oggi sembra tuttavia essere stata in parte superata sul fronte del trattamento dell'ipertensione.

Nonostante le evidenze,  
la situazione attuale è insoddisfacente!!



**Della popolazione  
con indicazione a  
terapia con statine...**



**... meno della metà  
riceve la terapia ...**



**... e molto meno  
di metà è ben  
curata**

*EUROASPIRE II Study Group, Eur Heart J 2001, 22:554-572.*

*Schrott et al., JAMA 1997;277:1281.*

*Harnick et al., Am J Cardiol 1998; 81:1416-20.*

*Pearson et al., Arch Intern Med 2000; 160:459-67*

*Hoerger et al., Am J Cardiol 1998; 82:61-5*

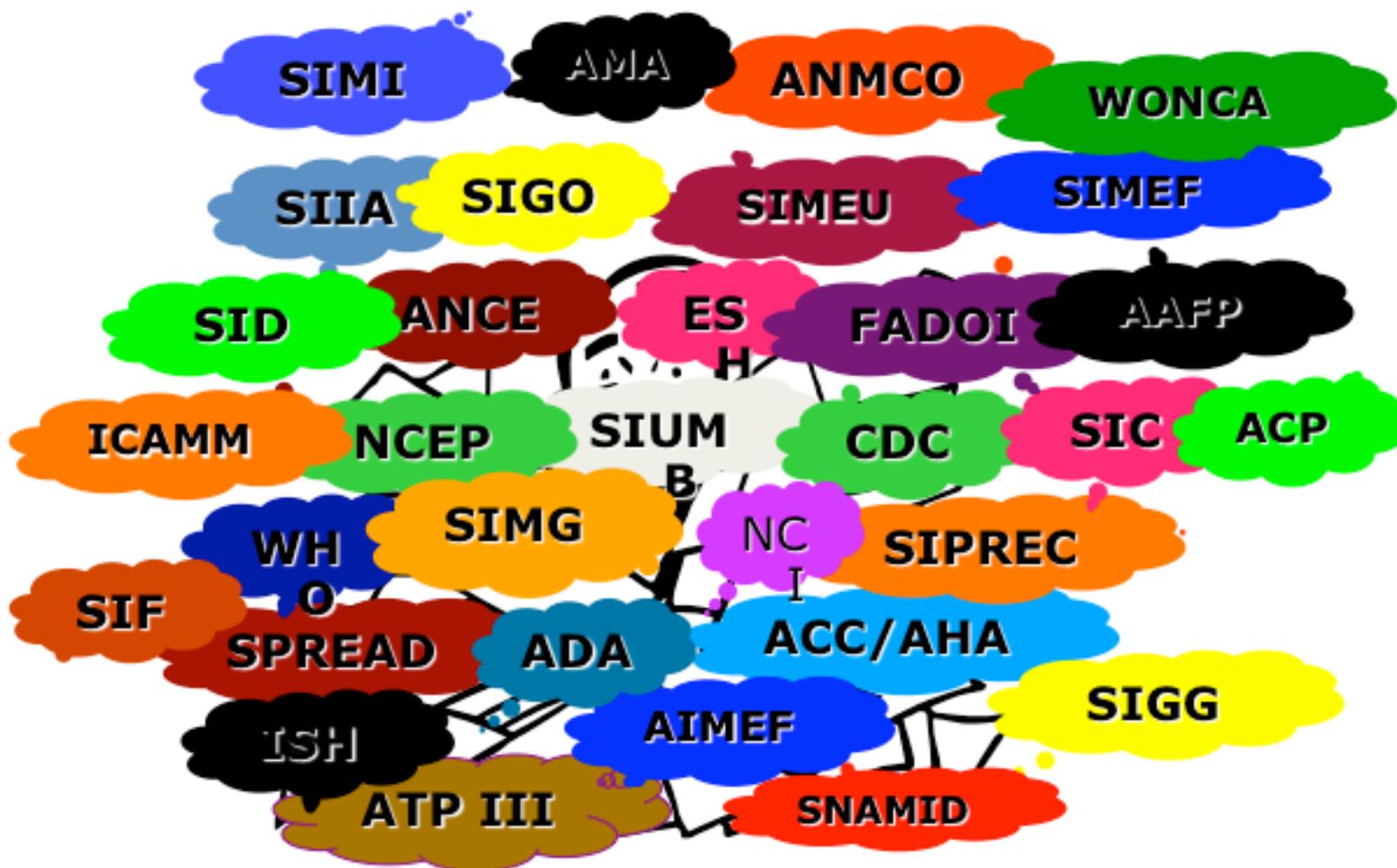
## Nonostante le evidenze, la situazione attuale è insoddisfacente!!

- Alla difficoltà di raggiungere il target utilizzando i trattamenti disponibili si aggiunge il dato di una popolazione candidata alla terapia che per oltre il 50% non viene trattata e che assai spesso risulta comunque sotto-trattata; cosicché in pratica solo il 10% circa dei pazienti che presentano l'indicazione terapeutica viene effettivamente trattato e raggiunge realmente il target desiderato.

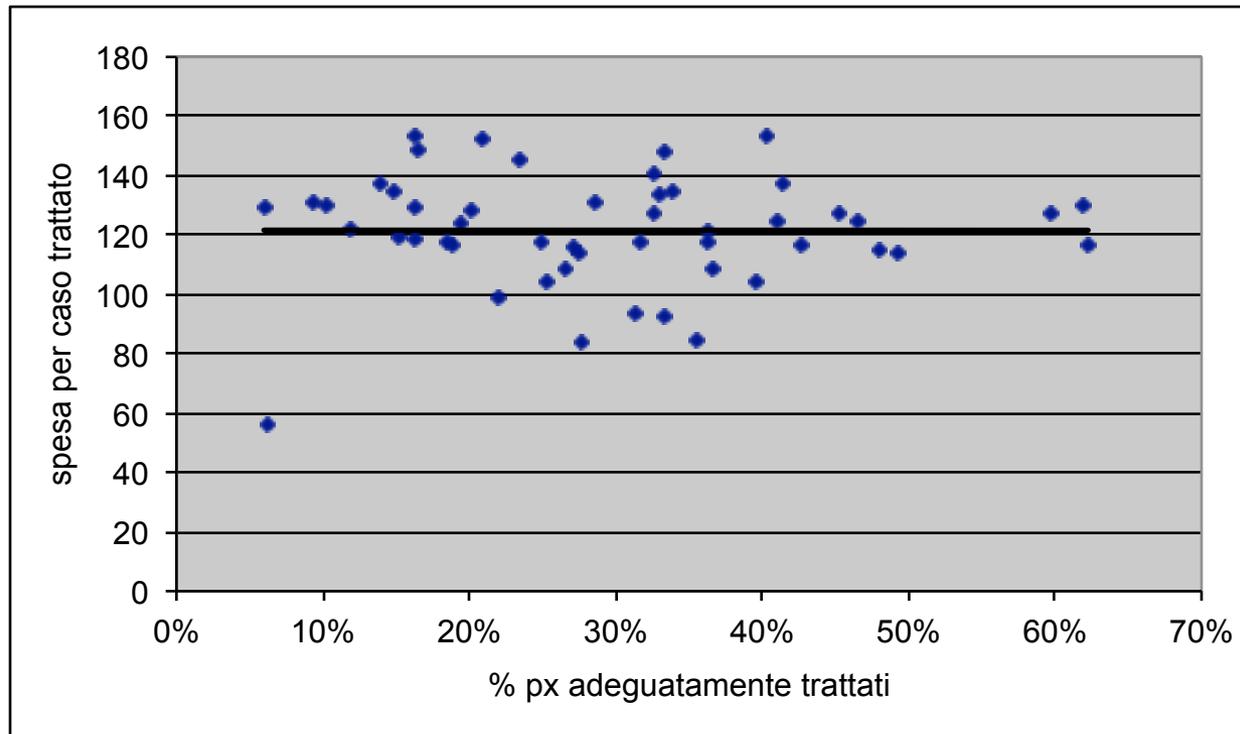
## I limiti del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale

- Ipertrafia Centri Specialistici (confronto “impari”)
- Inappropriatezza e Ridondanza delle prestazioni
- Attribuzione Esenzione per Patologia
- Liste attesa ipertrofiche (chi le genera?)
- Note AIFA / Piani Terapeutici
- Scarsità delle risorse
- Investimenti insufficienti per PREVENZIONE
- Provvedimenti Regionali (limitazioni regionali, report spesa farmaceutica, iniziative aziendali, etc.)

# Di quante Linee Guida abbiamo ancora bisogno?



# L'appropriatezza nel controllo dell'ipertensione: livello di controllo e spesa per caso trattato



*Fonte: Area CV SIMG: indagine su 18926 ipertesi (2007)*

## Il MMG quale unico “protagonista”

- > 90% dei pazienti ipertesi
- Tutti i soggetti con CHD a basso rischio clinicamente stabili
- Tutti i pazienti con FA permanente, asintomatici, che non necessitano di cardioversione, con buon controllo della frequenza: controllo TAO e del compenso CV
- I soggetti con diabete tipo 2, senza complicanze e ben controllati

## Può la MG raggiungere queste performance?

- Indicatori specifici per la MG
- Miglioramento ed Estensione di Intervento
- Appropriately prescrizione degli esami diagnostici
- Organizzazione e Personale di Studio
- Forme organizzative di risorse umane e strumentali della MG, che il SSN e SSR devono riconoscere e finanziare
- Ambulatori dedicati per Patologia
- Unità Associate dei MMG (AFT, UCCP, etc.)

# Treatment GAP: il divario tra EFFICACIA TEORICA ed EFFICACIA PRATICA



*“Causa principale della inefficienza dei sistemi sanitari è l’insufficiente integrazione tra le varie articolazioni che compongono la complessa organizzazione sanitaria”*

**Economist.com**

- La mancanza di una **CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**: spesso è il paziente stesso l’**ANELLO DI CONGIUNZIONE** tra i vari sistemi che compongono la macchina sanitaria
- Attualmente le **CURE PRIMARIE** e quelle **SPECIALISTICHE** funzionano **in maniera indipendente** senza aver strutturato un sistema di regole comuni sia per il **GOVERNO CLINICO** che per i **PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI**

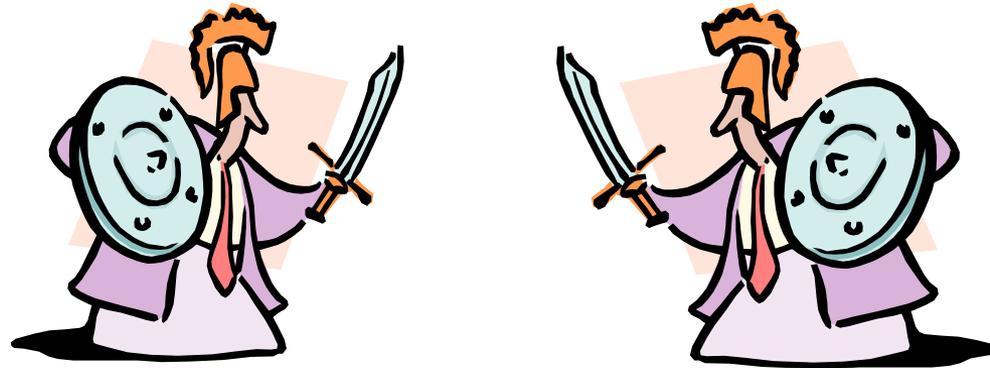
## L'invio allo Specialista

- Dal 5 al 12 % dei pazienti che consultano il MMG ottiene una prescrizione di Visita Specialistica o di Esame Strumentale (eseguito dallo Specialista).
- Gli Specialisti più frequentemente consultati sono: Oculista, Ortopedico, ORL, Cardiologo.
- Il ricorso allo Specialista privato oscilla tra il 10 ed il 20%

## Appropriatezza prescrittiva: il paradigma dell'ECG da sforzo

- In Italia si eseguono 200.000 - 250.000 ECG da sforzo all'anno
- Prescrizione: Cardiologi (52%); MMG (48%)
  - ✓ 70% risulta normale
  - ✓ 15% non diagnostico
  - ✓ 15% presenta una referto patologico.
- Occorre eseguire 100 prove da sforzo per individuare 15 soggetti con esito patologico del test.
- L'appropriatezza prescrittiva è piuttosto bassa: solo nel 40% il test possiede una indicazione corretta, indipendentemente da chi lo prescrive. I test prescritti dai Cardiologi risultavano più sovente positivi, ma di poco rispetto a quelli prescritti dai MMG.

# Richiesta di Consulenza Cardiologica



Momento Critico:  
“Conflitto” o “Partnership”?

## Richiesta di Consulenza Cardiologica

- **Da parte del MMG:** richiesta chiara, motivata, formalizzata su modulistica SSN e se necessario accompagnata da breve relazione
- Spiegare al paziente perché lo si invia dallo Specialista: non lo “si scarica”, bensì si chiede un Parere Qualificato all’Esperto

## Richiesta di Consulenza Cardiologica

- **Da parte del Cardiologo:** breve sintesi (non solo referto) clinica e terapeutica (RAZIONALE...)
- Prescrizione farmaci su ricettario SSN.
- Fornitura “1° ciclo terapeutico” tramite la Farmacia Ospedaliera alla dimissione.
- Indicazione del nome generico e note AIFA su lettera dimissione.
- Piano Terapeutico (ove previsto)
- Prescrizione su ricettario SSN ulteriori accertamenti clinici e strumentali.
- Re – invio al MMG al termine dell’iter diagnostico e terapeutico

## Collaborazione Ospedale / Territorio

- **Cardiologo e MMG:** concordare follow-up, timing dei controlli.
- **COMUNICAZIONE:** email, sms, telefono, gestione integrata in RETE
- **Realizzare I PERCORSI DI CURA:** adozione delle medesime procedure diagnostiche e terapeutiche in MG e nella Specialistica/Ospedaliera
- **FORMAZIONE PERMANENTE**
  - ✓ Condivisa
  - ✓ Multidisciplinare
  - ✓ Integrata



METIS  
Societa' scientifica  
dei medici  
di medicina generale  
socio unico FIMMG  
Piazza G. Marconi, 25  
00144 Roma  
tel. 0654896627  
fax 0654896647  
metis@fimmg.org  
P.I. 05344721005  
metis@fimmg.org  
P.I. 05344721005