

70^o Congresso
Nazionale



**Noi, orgogliosamente
Medici di Famiglia**
fiducia innovazione
competenza organizzazione

6 - 11 ottobre 2014

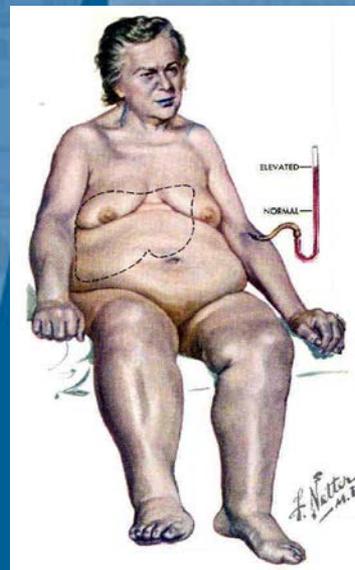
Forte Village
Santa Margherita di Pula

#orgogliosamentemmg

Il punto di vista del Medico di Medicina Generale

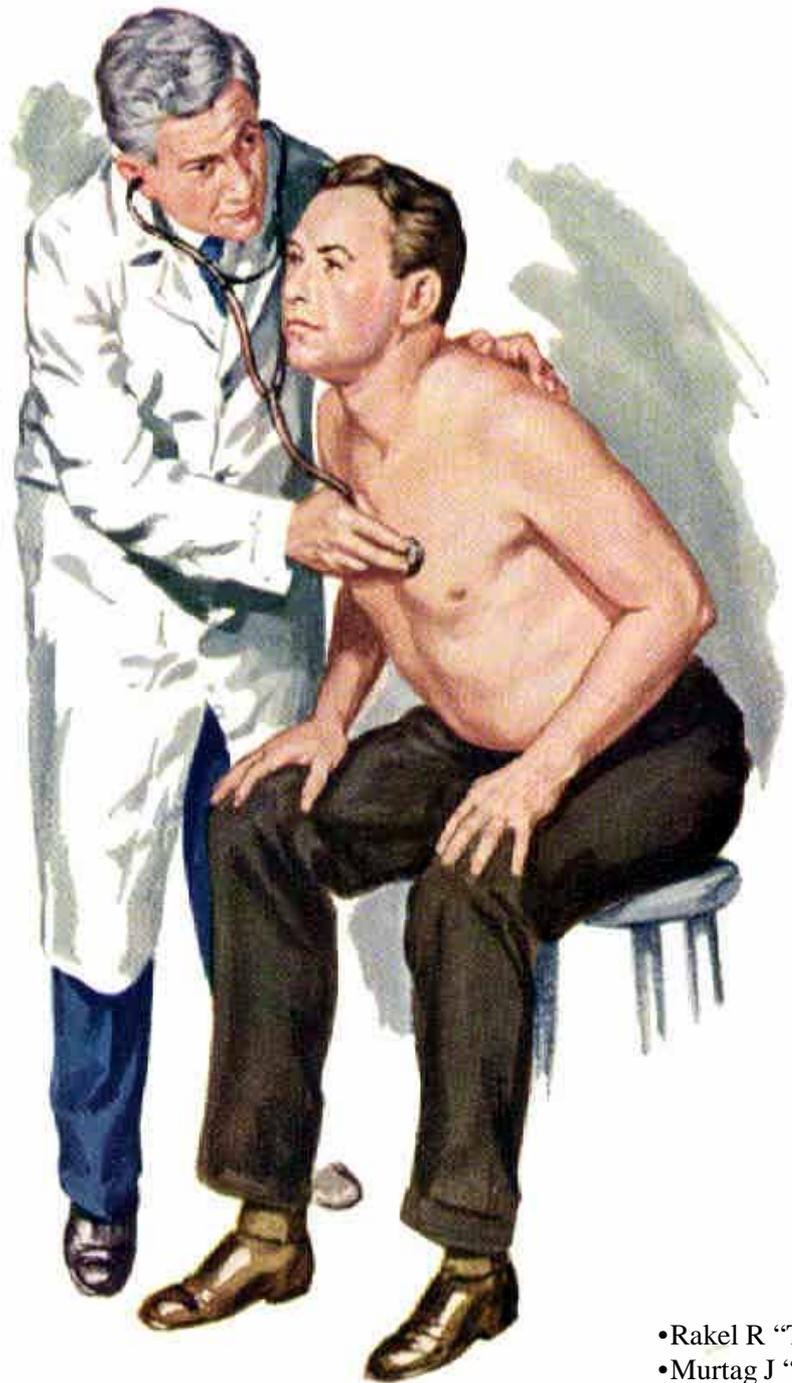
Andrea Pizzini

CIRCUITI ASSISTENZIALI E GESTIONE
TERAPEUTICA DEL PAZIENTE CON
SCOMPENSO CARDIACO: OBIETTIVI
CONDIVISI TRA MEDICINA
SPECIALISTICA E DEL TERRITORIO



I NUMERI NELLA MEDICINA GENERALE





MEDICO DI FAMIGLIA CON: 1.500 assistiti

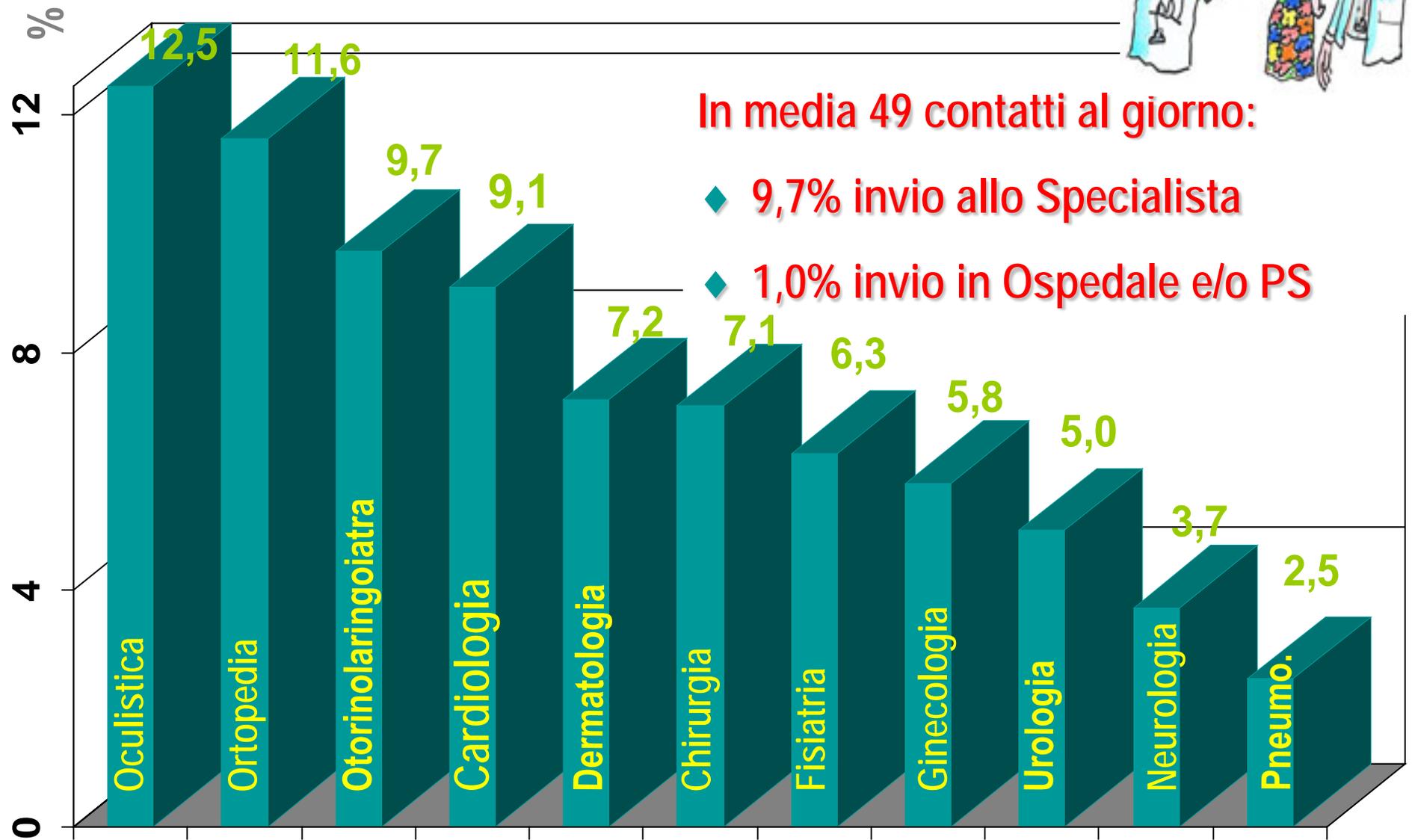
| | |
|---------------------------|-----------|
| ◆ Ipertesi (29%): | 435 |
| ◆ Artrosi (18%): | 270 |
| ◆ BPCO (14%): | 210 |
| ◆ Depressi (10%): | 150 |
| ◆ Diabetici (5%): | 75 |
| ◆ Scomp.Card.(2%): | 30 |

I SINTOMI DI PRESENTAZIONE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA -Classificazione ICPC-

- | | | | |
|----------------------|-------------|-------------------------------|-------------|
| • 1 - Tosse | 6,9% | • 11 - Mal di stomaco | 2,0% |
| • 2 - Mal di gola | 5,9% | • 12 - Dolore al ginocc. | 1,9% |
| • 3 - Mal di schiena | 4,7% | • 13 - Dolore alla spalla | 1,8% |
| • 4 - Astenia | 4,6% | • 14 - Dolore al collo | 1,8% |
| • 5 - Dolore addom. | 4,1% | • 15 - Mal d'orecchio | 1,7% |
| • 6 - Mal di testa | 2,5% | • 16 - Dolore al piede | 1,7% |
| • 7 - Febbre | 2,3% | • 17 - Vomito | 1,7% |
| • 8 - Vertigine | 2,0% | • 18 - Ansia | 1,6% |
| • 9 - Prurito | 2,0% | • 19 - Dolore toracico | 1,3% |
| • 10- Dispnea | 2,0% | • 20 - Dolore all'anca | 1,3% |

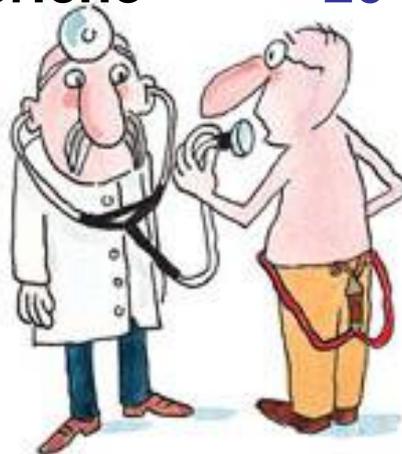


SPECIALITA' DI CONSULTAZIONE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA



LE 20 DIAGNOSI PIU' FREQUENTI PER IL MEDICO DI FAMIGLIA

- 1 - ipertensione arteriosa
- 2 - diabete mellito
- 3 - dislipidemia
- 4 - mal. inf. vie aeree sup.
- 5 - sindrome ansiosa
- 6 - artrosi
- 7 - depressione
- 8 - BPCO
- 9 - laringiti / tracheiti acute
- 10- mal. vascolari periferiche
- 11 - **scompenso cardiaco**
- 12 - bronchite acuta
- 13 - cardiopatia ischemica
- 14 - infezioni urinarie
- 15 - ipertensione con danno
- 16 - cirrosi / epatopatie
- 17 - contraccezione
- 18 - gastrite / dist. digestivi
- 19 - lombosciatalgia
- 20 - faringite



LE DIAGNOSI DI RICOVERO PIU' FREQUENTI

- scompenso cardiaco 8.1%
- polmonite 6.5%
- neoplasia 5.7%
- BPCO 5.7%
- cirrosi / epatopatia cronica 5.7%
- angina instabile / IMA 4.9%
- dolori addominali 4.1%
- ernia inguinale 3.3%
- colelitiasi / colecistite 3.3%
- occlusione arteriosa 3.3%





"on demand"

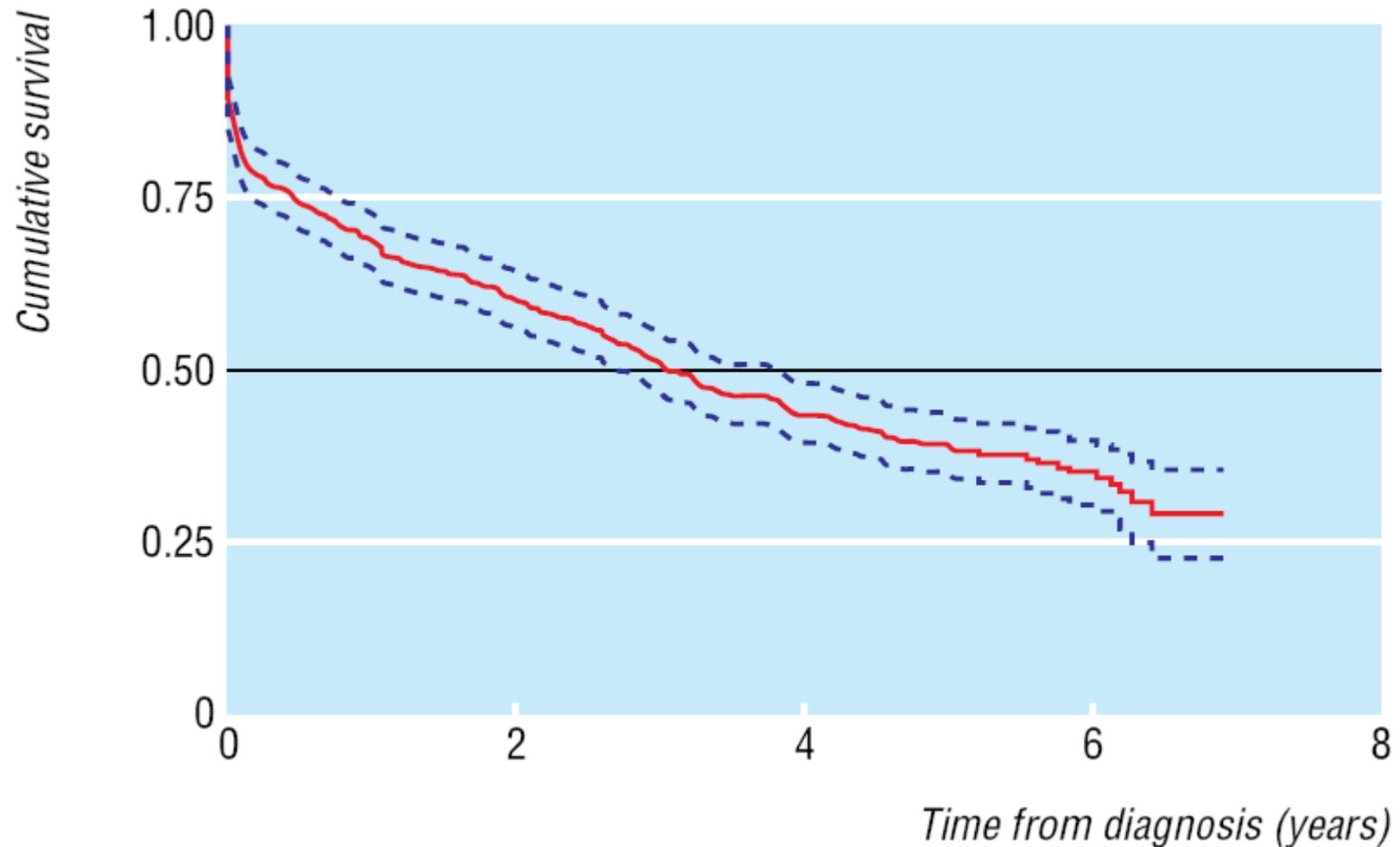
SINGOLO
paziente



30.000 problemi

contesto
clinico

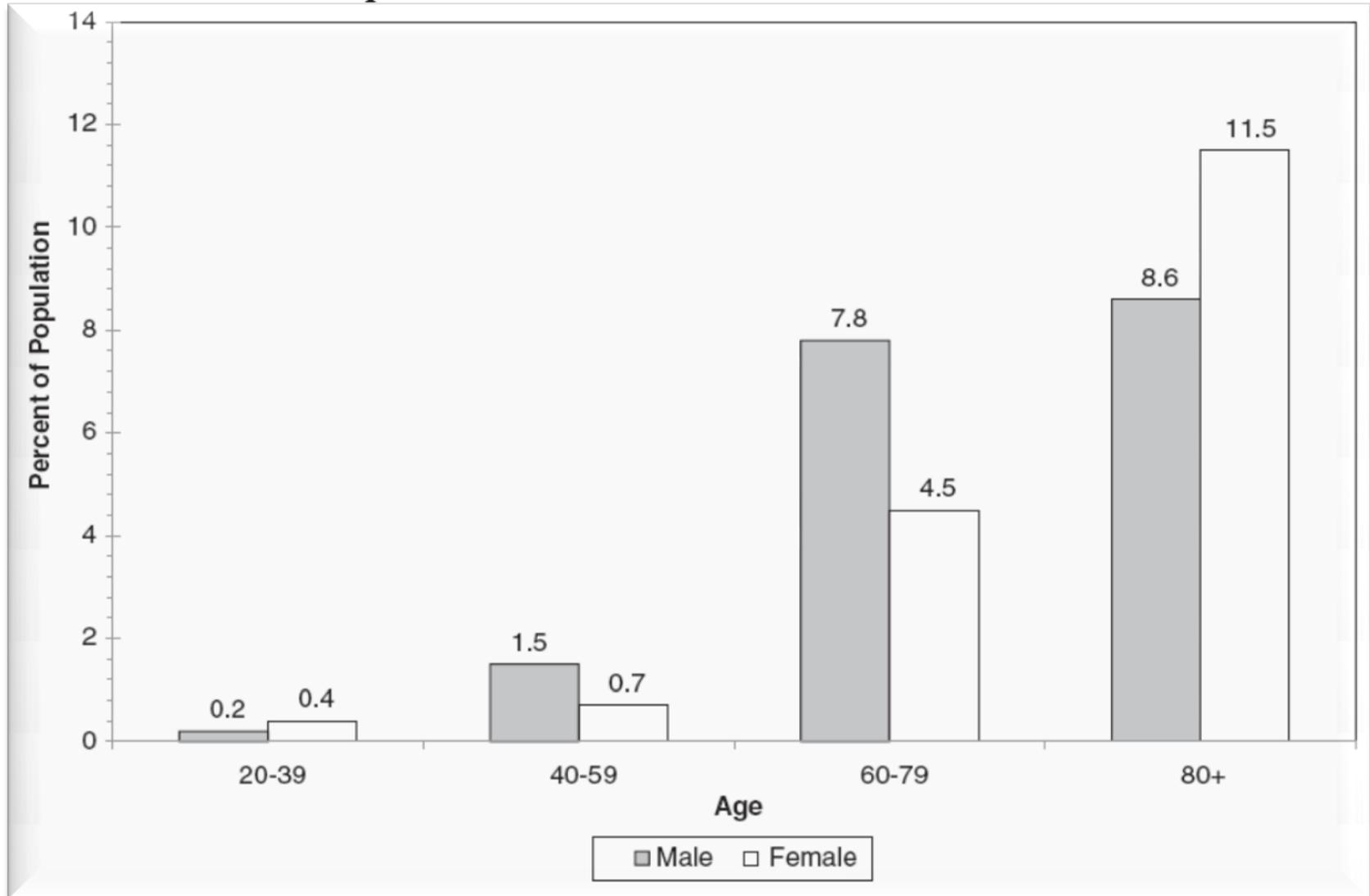
SOPRAVVIVENZA CUMULATIVA NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO



Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update

A Report From the American Heart Association

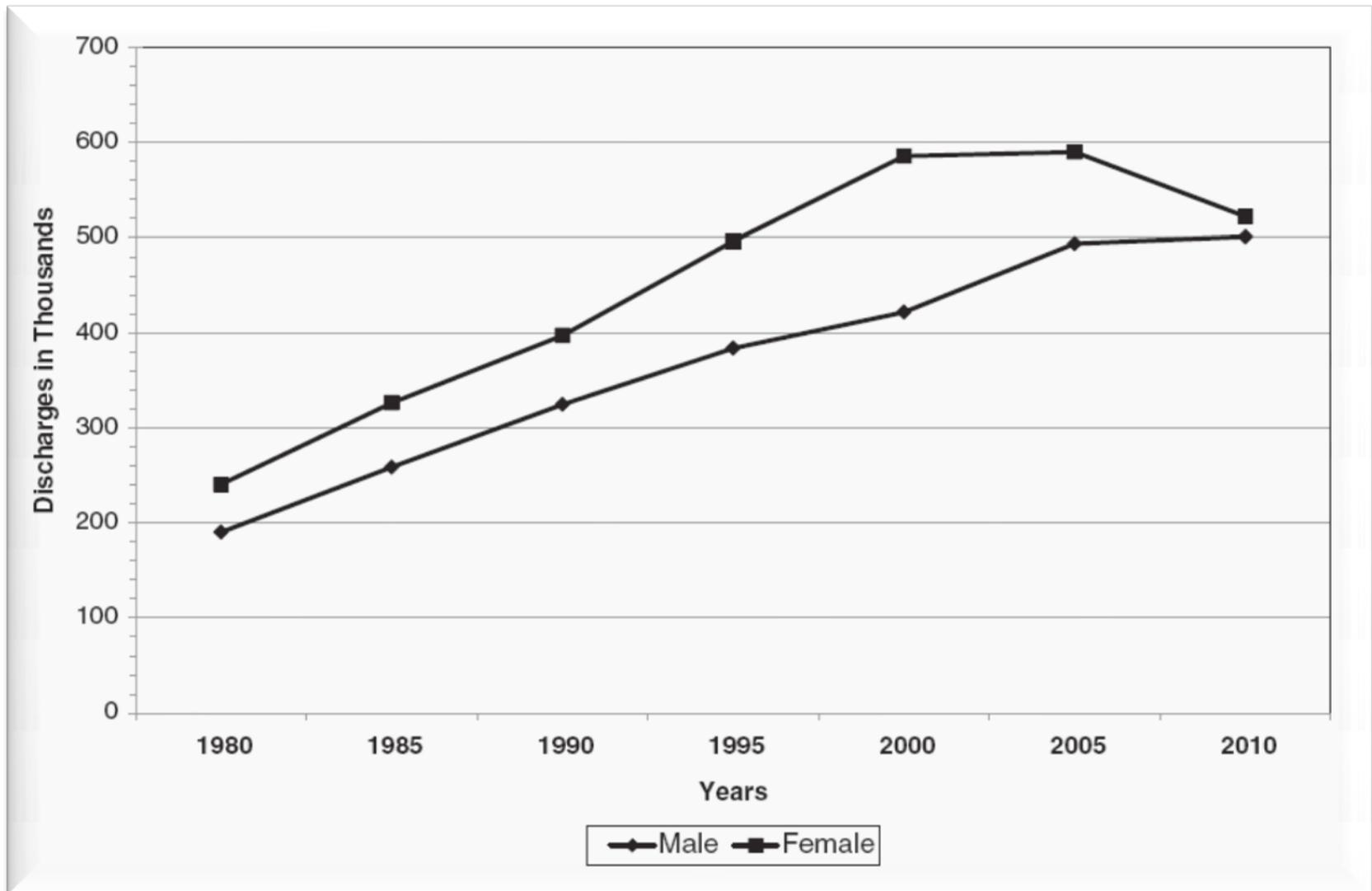
(*Circulation*. 2013;127:e6-e245.)



Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update

A Report From the American Heart Association

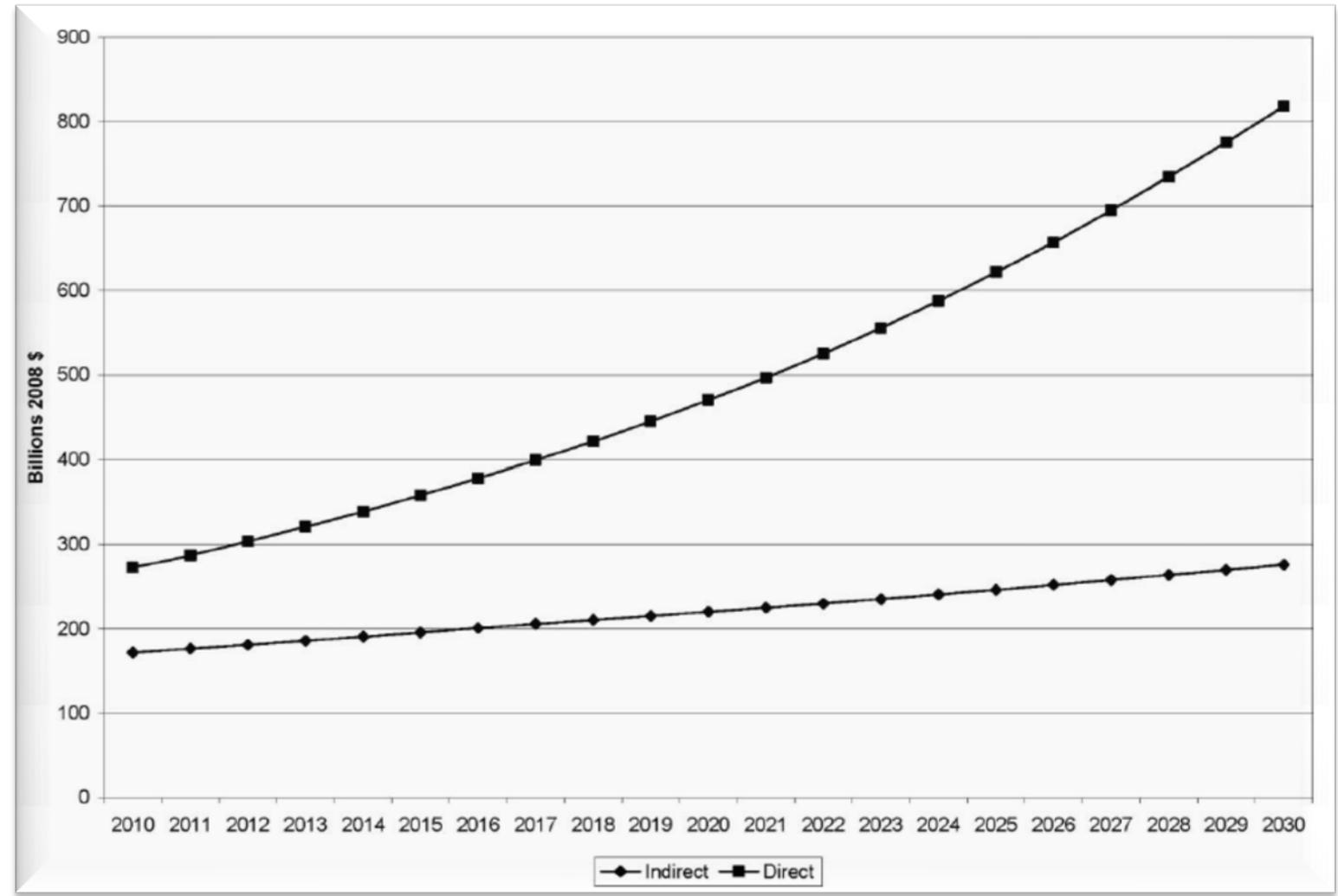
(*Circulation*. 2013;127:e6-e245.)



Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States

A Policy Statement From the American Heart Association

(Circulation. 2011;123:00-00.)



Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States

A Policy Statement From the American Heart Association

(Circulation. 2011;123:00-00.)

Table 1. Projections of Crude CVD Prevalence (%), 2010–2030 in the United States

| Year | All CVD* | Hypertension | CHD | HF | Stroke |
|----------|----------|--------------|------|------|--------|
| 2010 | 36.9 | 33.9 | 8.0 | 2.8 | 3.2 |
| 2015 | 37.8 | 34.8 | 8.3 | 3.0 | 3.4 |
| 2020 | 38.7 | 35.7 | 8.6 | 3.1 | 3.6 |
| 2025 | 39.7 | 36.5 | 8.9 | 3.3 | 3.8 |
| 2030 | 40.5 | 37.3 | 9.3 | 3.5 | 4.0 |
| % Change | 9.9 | 9.9 | 16.6 | 25.0 | 24.9 |

CVD indicates cardiovascular disease; CHD, coronary heart disease; HF, heart failure.

*This category includes hypertension, CHD, HF, and stroke.

Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States

A Policy Statement From the American Heart Association

(Circulation. 2011;123:00-00.)

Table 2. Projected Direct (Medical) Costs of CVD, 2010–2030 (in Billions 2008\$) in the United States

| Year | All CVD* | Hypertension | CHD | HF | Stroke | Hypertension as Risk Factor† |
|----------|----------|--------------|---------|--------|--------|------------------------------|
| 2010 | \$272.5 | \$69.9 | \$35.7 | \$24.7 | \$28.3 | \$130.7 |
| 2015 | \$358.0 | \$91.4 | \$46.8 | \$32.4 | \$38.0 | \$170.4 |
| 2020 | \$470.3 | \$119.1 | \$61.4 | \$42.9 | \$51.3 | \$222.5 |
| 2025 | \$621.6 | \$155.0 | \$81.1 | \$57.5 | \$70.0 | \$293.6 |
| 2030 | \$818.1 | \$200.3 | \$106.4 | \$77.7 | \$95.6 | \$389.0 |
| % Change | 200 | 186 | 198 | 215 | 238 | 198 |

CVD indicates cardiovascular disease; CHD, coronary heart disease; HF, heart failure.

Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States

A Policy Statement From the American Heart Association

(Circulation. 2011;123:00-00.)

Table 3. Projected Indirect (Lost Productivity) Costs of CVD, 2010–2030 (in Billions 2008\$) in the United States

| Year | All CVD* | Hypertension | CHD | HF | Stroke | Hypertension as Risk Factor† |
|----------|----------|--------------|---------|--------|--------|------------------------------|
| 2010 | \$171.7 | \$23.6 | \$73.2 | \$9.7 | \$25.6 | \$25.4 |
| 2015 | \$195.7 | \$27.2 | \$82.8 | \$11.3 | \$29.7 | \$29.3 |
| 2020 | \$220.0 | \$31.0 | \$92.0 | \$13.0 | \$34.0 | \$33.3 |
| 2025 | \$246.1 | \$35.1 | \$101.5 | \$15.1 | \$38.9 | \$37.8 |
| 2030 | \$275.8 | \$39.8 | \$112.3 | \$17.4 | \$44.4 | \$42.8 |
| % Change | 61 | 69 | 53 | 80 | 73 | 69 |

CVD indicates cardiovascular disease; CHD, coronary heart disease; HF, heart failure.

EPIDEMIOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA

Ospedalizzazione **20%** all'anno

(A.H.A. Heart and Stroke Statistical Update 1997)

Riospedalizzazione **27- 44%** in 6 mesi

Krumholz

(Arch Inter Med 1997)

44% a 6 mesi in pazienti oltre 65 anni

Vinson

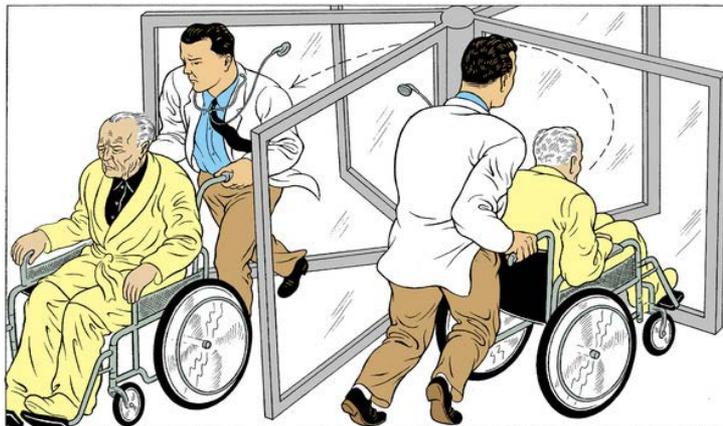
(J Am Geriatr Soc 1990)

47% a 3 mesi in pazienti oltre 70 anni

Gooding

(J Am Geriatr Soc 1985)

36% a 6 mesi in pazienti oltre 70 anni

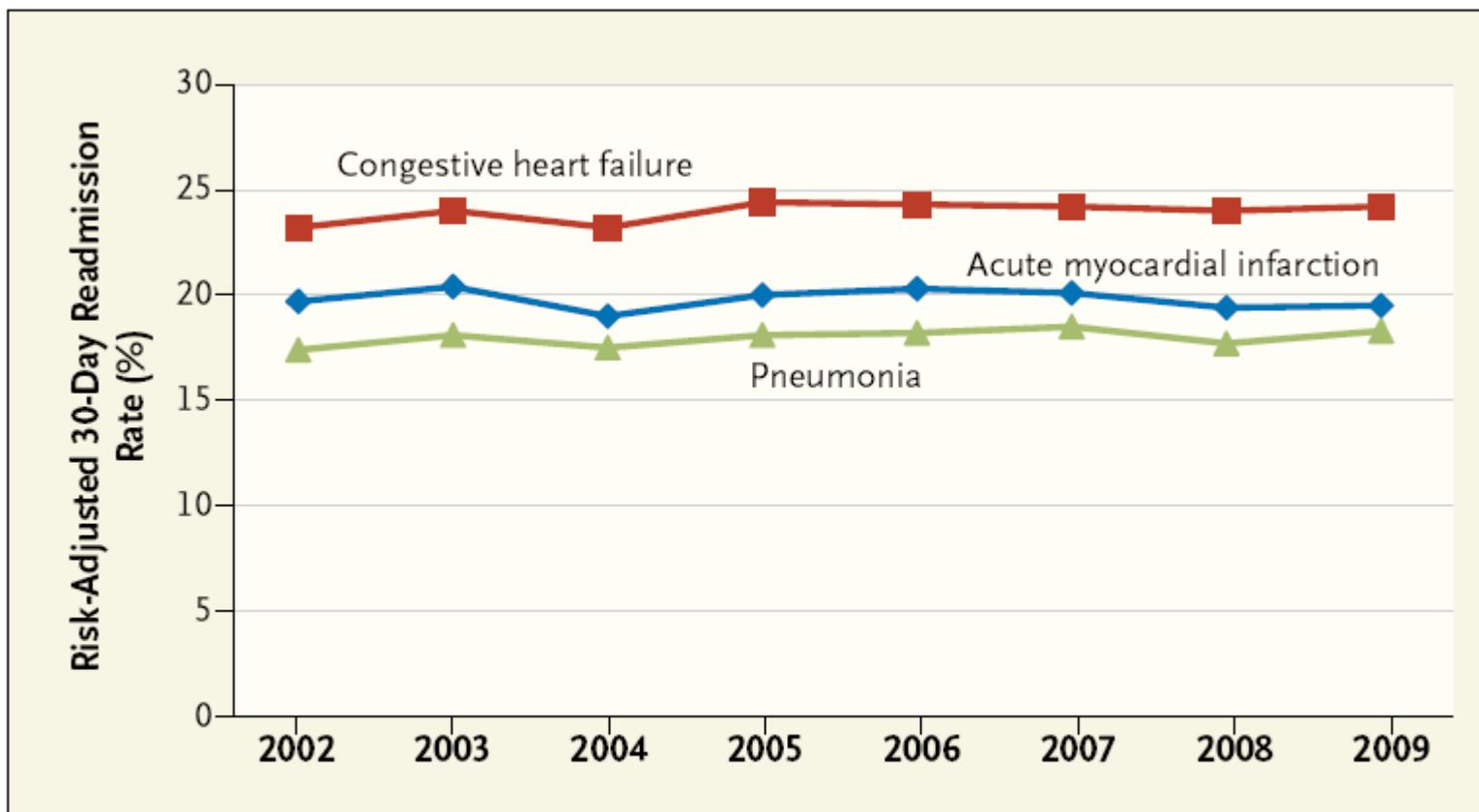




Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences

Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H.

N ENGL J MED 366:15 APRIL 12, 2012



National Trends in 30-Day Readmission Rates, 2002–2009.

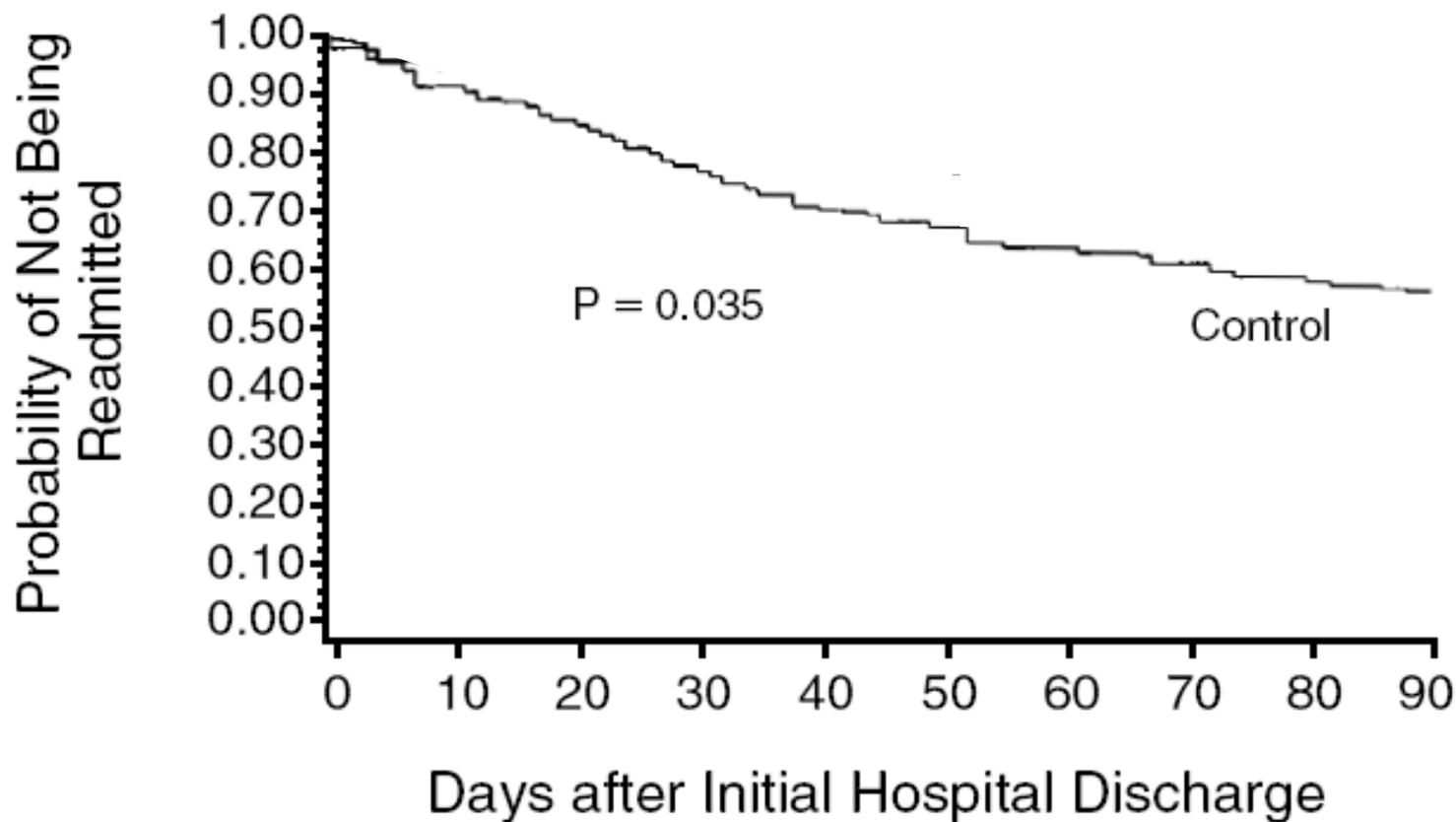
Rates are authors' calculations based on Medicare data.



A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION TO PREVENT THE READMISSION OF ELDERLY PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

MICHAEL W. RICH, M.D., VALERIE BECKHAM, R.N., CAROL WITTENBERG, R.N., CHARLES L. LEVEN, PH.D.,
KENNETH E. FREEDLAND, PH.D., AND ROBERT M. CARNEY, PH.D.

(N Engl J Med 1995;333:1190-5.)





A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION TO PREVENT THE READMISSION OF ELDERLY PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

MICHAEL W. RICH, M.D., VALERIE BECKHAM, R.N., CAROL WITTENBERG, R.N., CHARLES L. LEVEN, PH.D.,
KENNETH E. FREEDLAND, PH.D., AND ROBERT M. CARNEY, PH.D.

(N Engl J Med 1995;333:1190-5.)

Table 5. Costs of Care for the Study Patients.

| COMPONENT OF CARE | CONTROL GROUP | TREATMENT GROUP | DIFFERENCE |
|--------------------|----------------|-----------------|-----------------------|
| | | | <i>\$ per patient</i> |
| Intervention | Not applicable | 216 | +216 |
| Care givers | 828 | 1,164 | +336 |
| Other medical care | 1,211 | 1,257 | +46 |
| Readmission | 3,236 | 2,178 | -1,058* |
| All | 5,275 | 4,815 | -460 |

*P = 0.03 for the difference between groups.



Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program

N Engl J Med 2009;360:1418-28.

| Condition at Index Discharge | 30-Day Rehospitalization Rate | Proportion of All Rehospitalizations | Most Frequent | 2nd Most Frequent |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---|
| | <i>percent</i> | | | |
| Medical | | | | |
| All | 21.0 | 77.6 | Heart failure (8.6) | Pneumonia (7.3) |
| Heart failure | 26.9 | 7.6 | Heart failure (37.0) | Pneumonia (5.1) |
| Pneumonia | 20.1 | 6.3 | Pneumonia (29.1) | Heart failure (7.4) |
| COPD | 22.6 | 4.0 | COPD (36.2) | Pneumonia (11.4) |
| Psychoses | 24.6 | 3.5 | Psychoses (67.3) | Drug toxicity (1.9) |
| GI problems | 19.2 | 3.1 | GI problems (21.1) | Nutrition-related or metabolic issues (4.9) |

CONCLUSIONS

Rehospitalizations among Medicare beneficiaries are prevalent and costly.



Relationship Between Early Physician Follow-up and 30-Day Readmission Among Medicare Beneficiaries Hospitalized for Heart Failure

JAMA. 2010;303(17):1716-1722

Conclusions Among patients who are hospitalized for heart failure, substantial variation exists in hospital-level rates of early outpatient follow-up after discharge. Patients who are discharged from hospitals that have higher early follow-up rates have a lower risk of 30-day readmission.

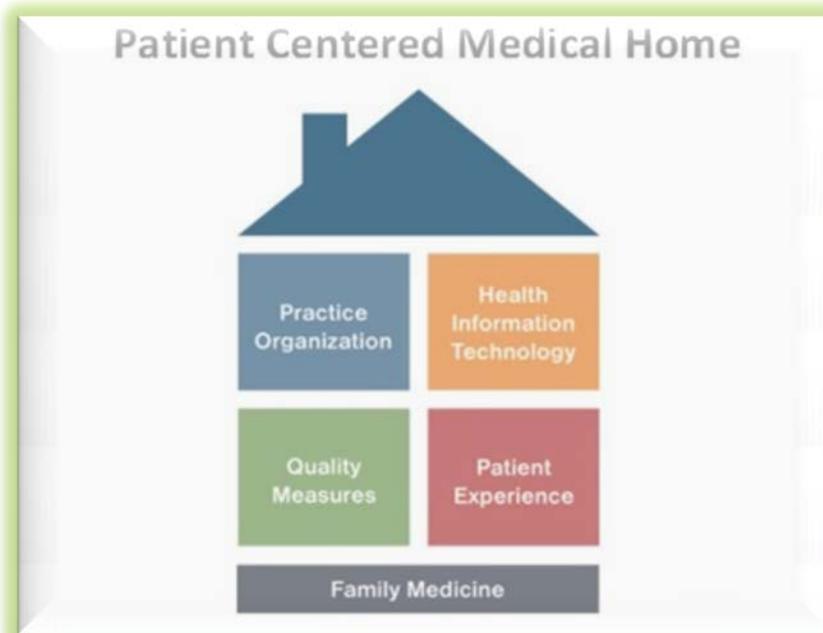
HEALTH CARE REFORM

Effectiveness and Cost of a Transitional Care Program for Heart Failure

Arch Intern Med. 2011;171(14):1238-1243

COMMENTARY

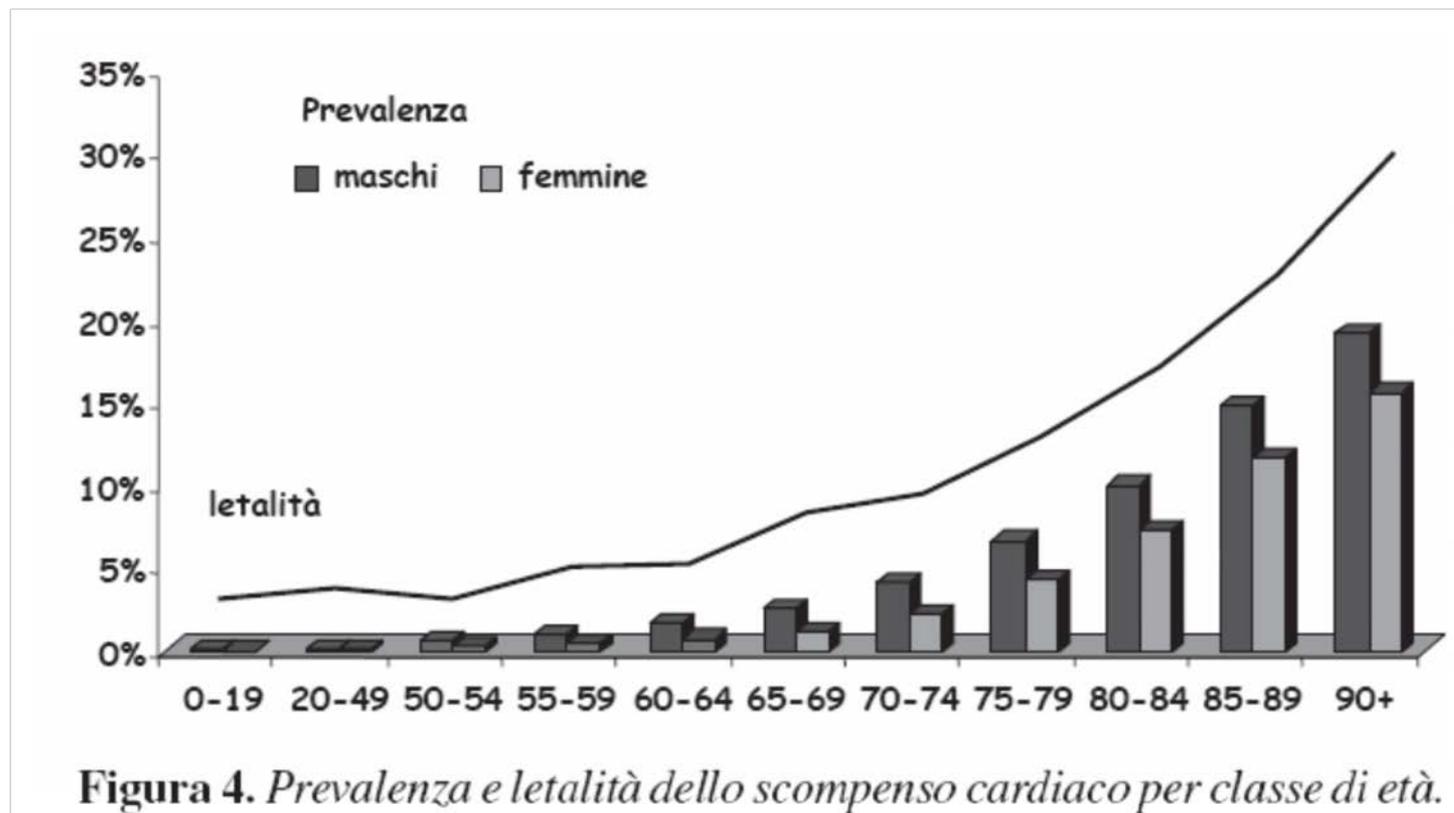
The Patient-Centered Medical Home Will It Stand the Test of Health Reform?

JAMA, May 20, 2009—Vol 301, No. 19

Consensus Conference

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco

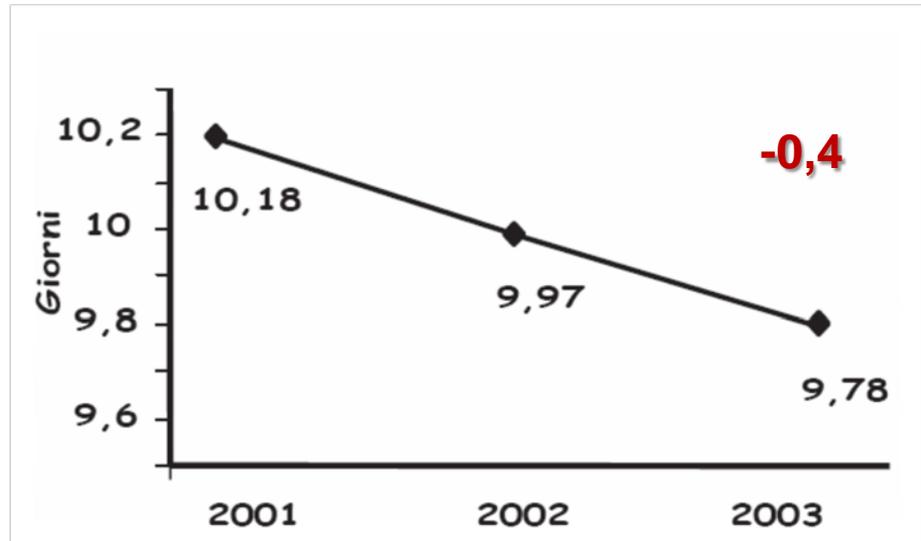
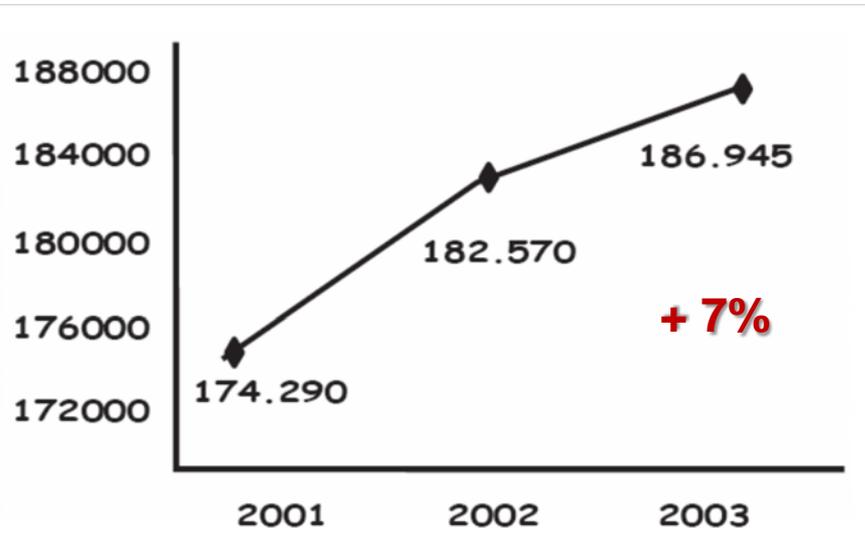
(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)



Consensus Conference

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)



Consensus Conference

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)

■ Cardiologia ■ Medicina □ Altro

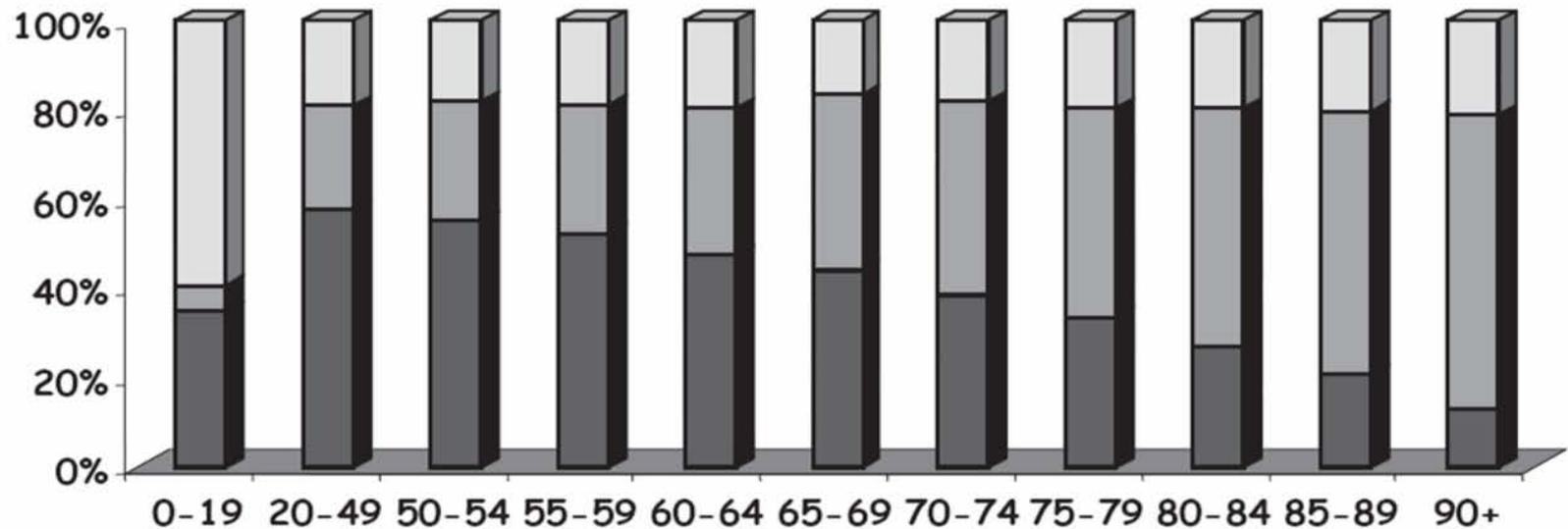
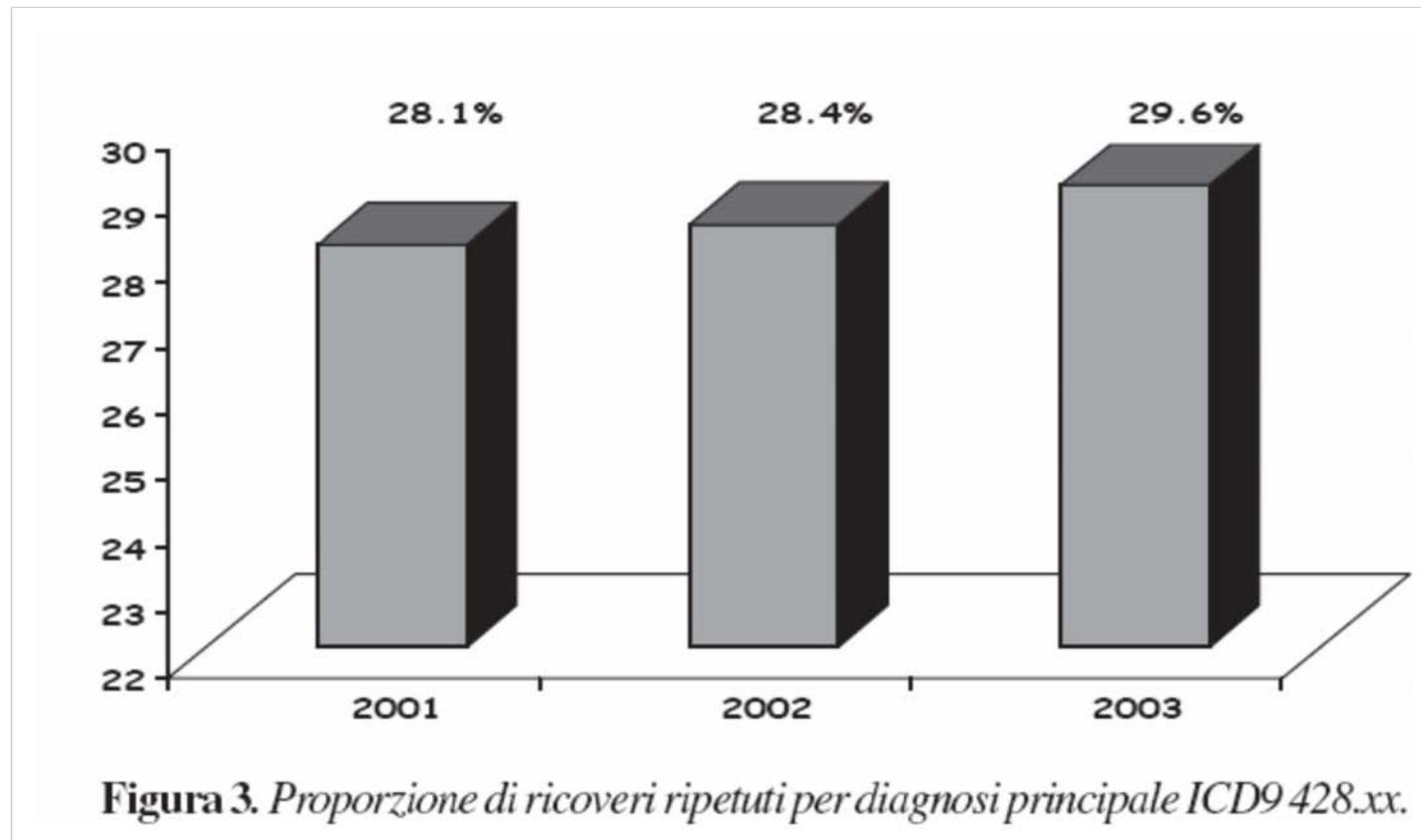


Figura 5. *Reparto di dimissione dei ricoveri con diagnosi principale ICD9 428.xx nel 2004.*

Consensus Conference

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)



Consensus Conference

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)

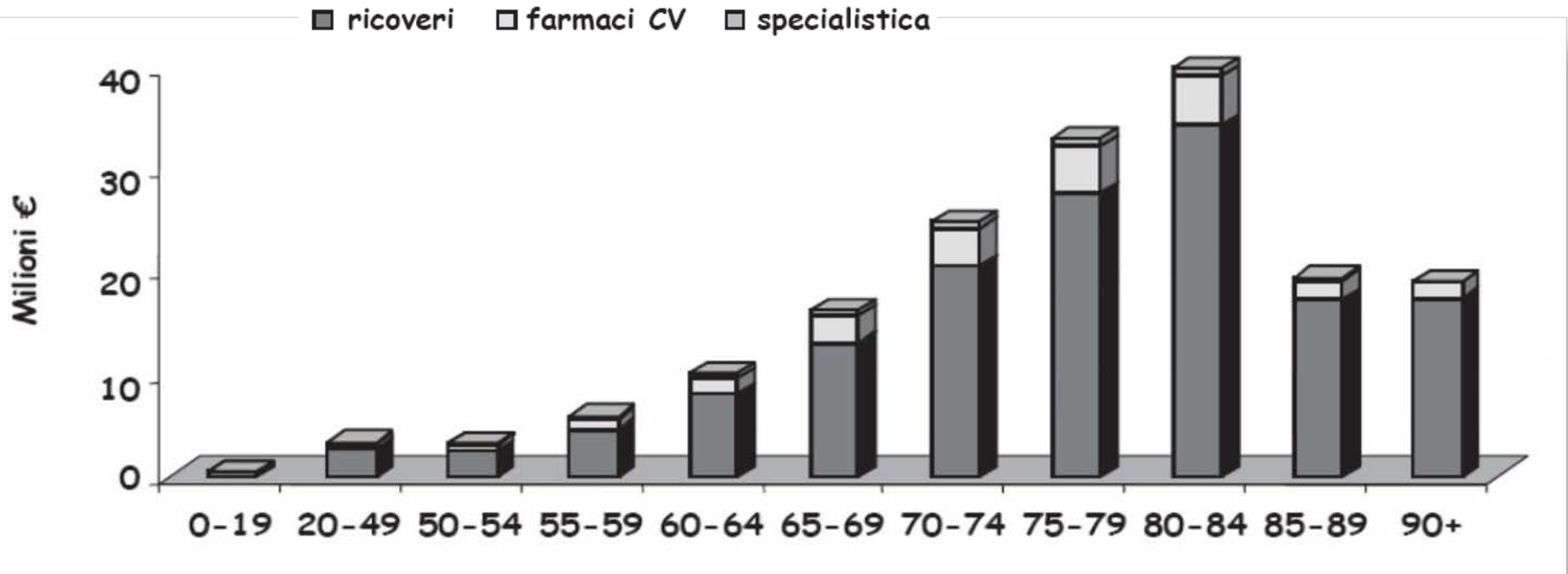
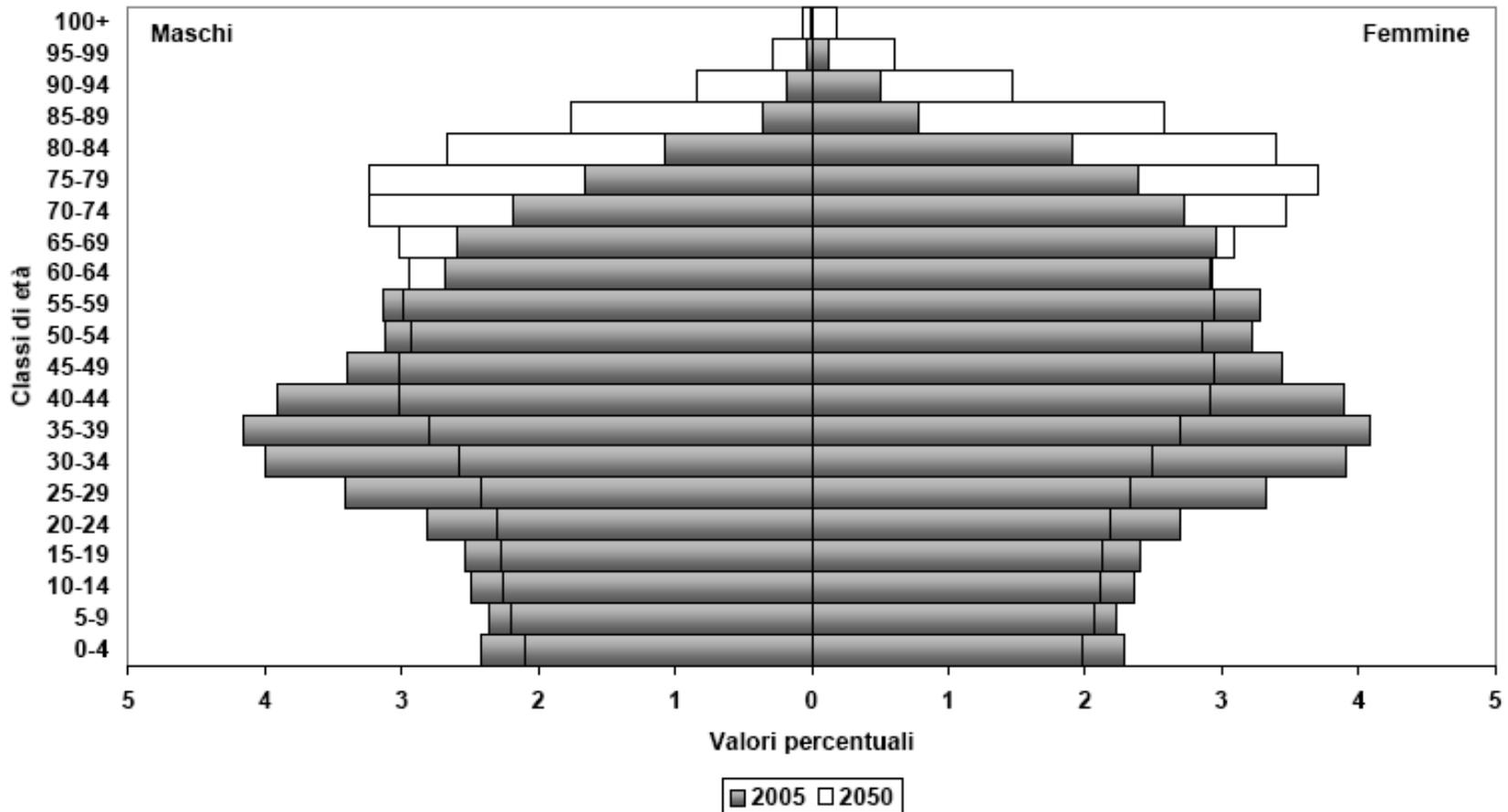


Figura 8. Valori assoluti e distribuzione percentuale dei costi per l'assistenza ospedaliera, farmaceutica e specialistica ambulatoriale nello scompenso cardiaco (ICD9 428.xx) 2004. CV = cardiovascolari.

La Piramide dell'Età della Popolazione Italiana, confronto 2005-2050

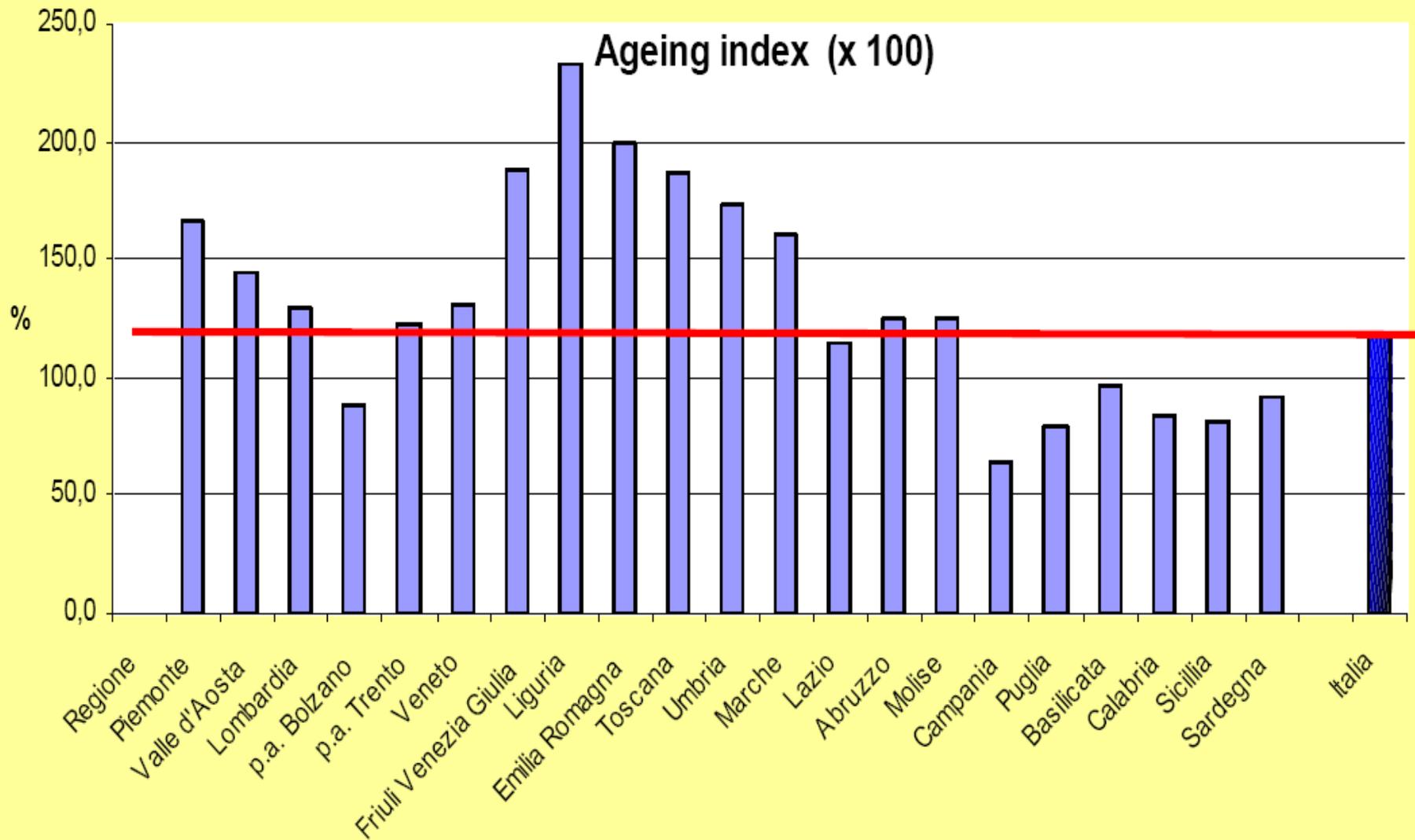


AUMENTANO GLI ANZIANI

| Paese | Indice di Vecchiaia |
|---------------------|---------------------|
| Austria | 88,27 |
| Belgio | 91,27 |
| Danimarca | 84,64 |
| Finlandia | 76,73 |
| Francia | 80,15 |
| Germania | 97,49 |
| Grecia | 100,08 |
| Irlanda | 49,98 |
| Italia | 116,54 |
| Lussemburgo | 76,51 |
| Olanda | 72,83 |
| Portogallo | 86,07 |
| Regno Unito | 81,46 |
| Spagna | 98,86 |
| Svezia | 92,89 |
| Unione Europea (15) | 91,28 |

**Indice di Vecchiaia nei paesi
dell'Unione Europea 1997**

AUMENTANO GLI ANZIANI



- ✓ **Il Medico di Famiglia deve poter combinare una strategia dell'alto rischio con una strategia di popolazione**
- ✓ **E' l'unico che può operare in questo modo perché è l'unico che può agire:**
 - **su tutta la popolazione**
 - **utilizzando il tempo**
- ✓ **Le modalità a disposizione del MMG descritte dalla letteratura sono 3**



Strategie di opportunità: valutando il Rischio/Patologia di chiunque lo consulti

Strategie di pianificazione: valutando le caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita e definendo a priori le modalità di intervento



Strategie di iniziativa: richiamando periodicamente tutti i soggetti che sono oggetto della pianificazione

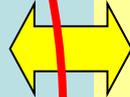
NECESSITA' DI AFFIANCARE

Medicina "on demand"



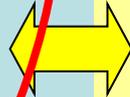
Medicina Attiva

Medicina del Singolo



Medicina di Popolazione

Medicina di Attesa



Medicina di Iniziativa

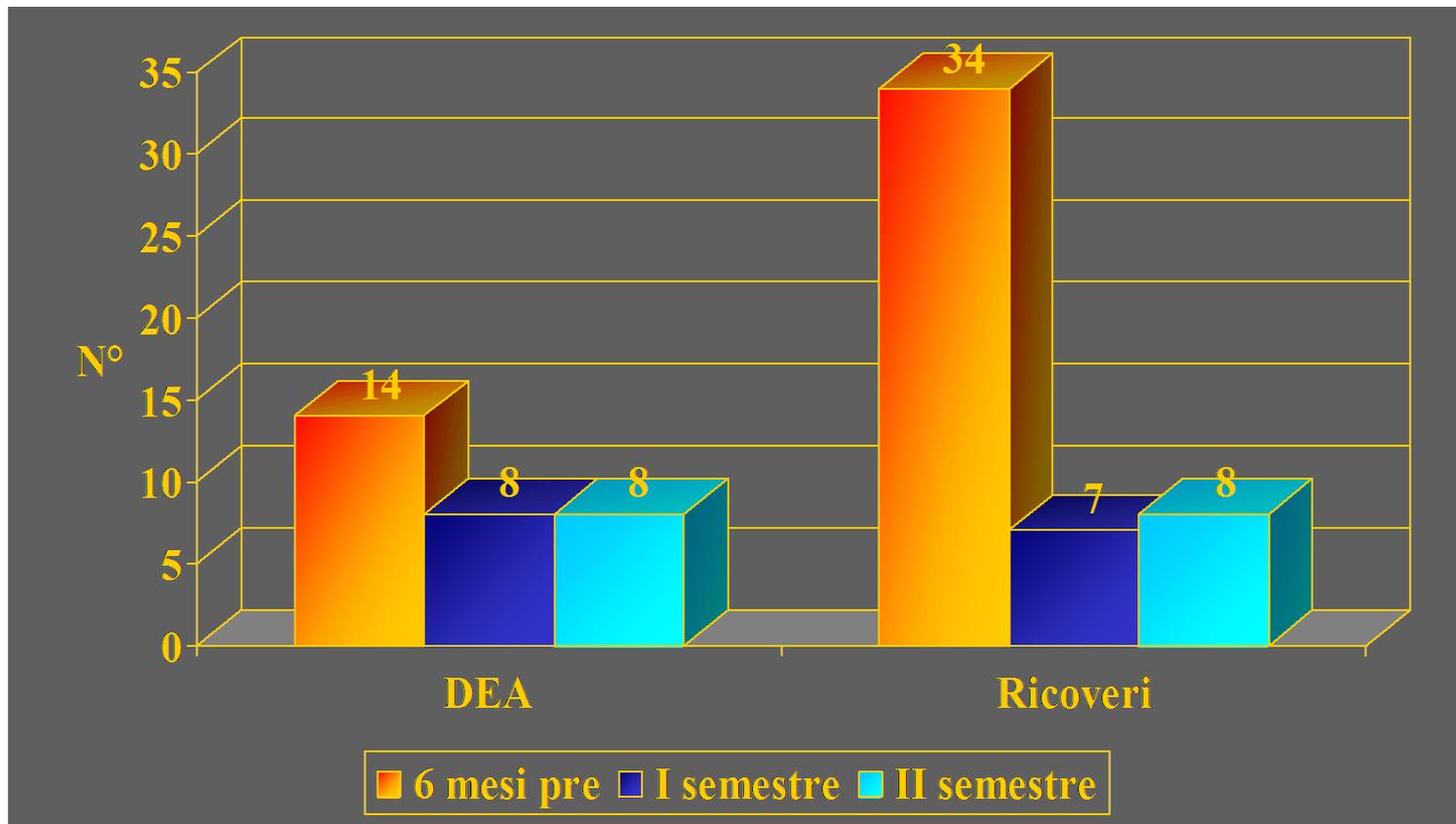
MALATTIE ACUTE

MALATTIE CRONICHE

PROGETTO SCOMPENSO CARDIACO OSPEDALE – TERRITORIO ASL TORINO 2

*Risultati sui ricoveri ospedalieri
per Scompenso Cardiaco*

p<0,005



PROGETTO SCOMPENSO CARDIACO

OSPEDALE – TERRITORIO ASL TORINO 2

| | 6 Mesi prima | 6 mesi dopo | Differenza |
|---------------------|-----------------|----------------|--------------|
| Ambulatorio Nursing | 0 | 216 | +216 |
| Ospedalizzazione | 1189 | 354 | -835 |
| Passaggi in DEA | 51 | 23 | -28 |
| TOTALE | 1240 | 593 | -647€ |

- **Dati ottenuti sui 107 pazienti inseriti nel Progetto Scompenso**
- **Euro di risparmio per 1 paziente in 6 mesi**

Aress

Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari

Ente strumentale della Regione Piemonte istituito con L.R. n. 10 del 16.03.2008



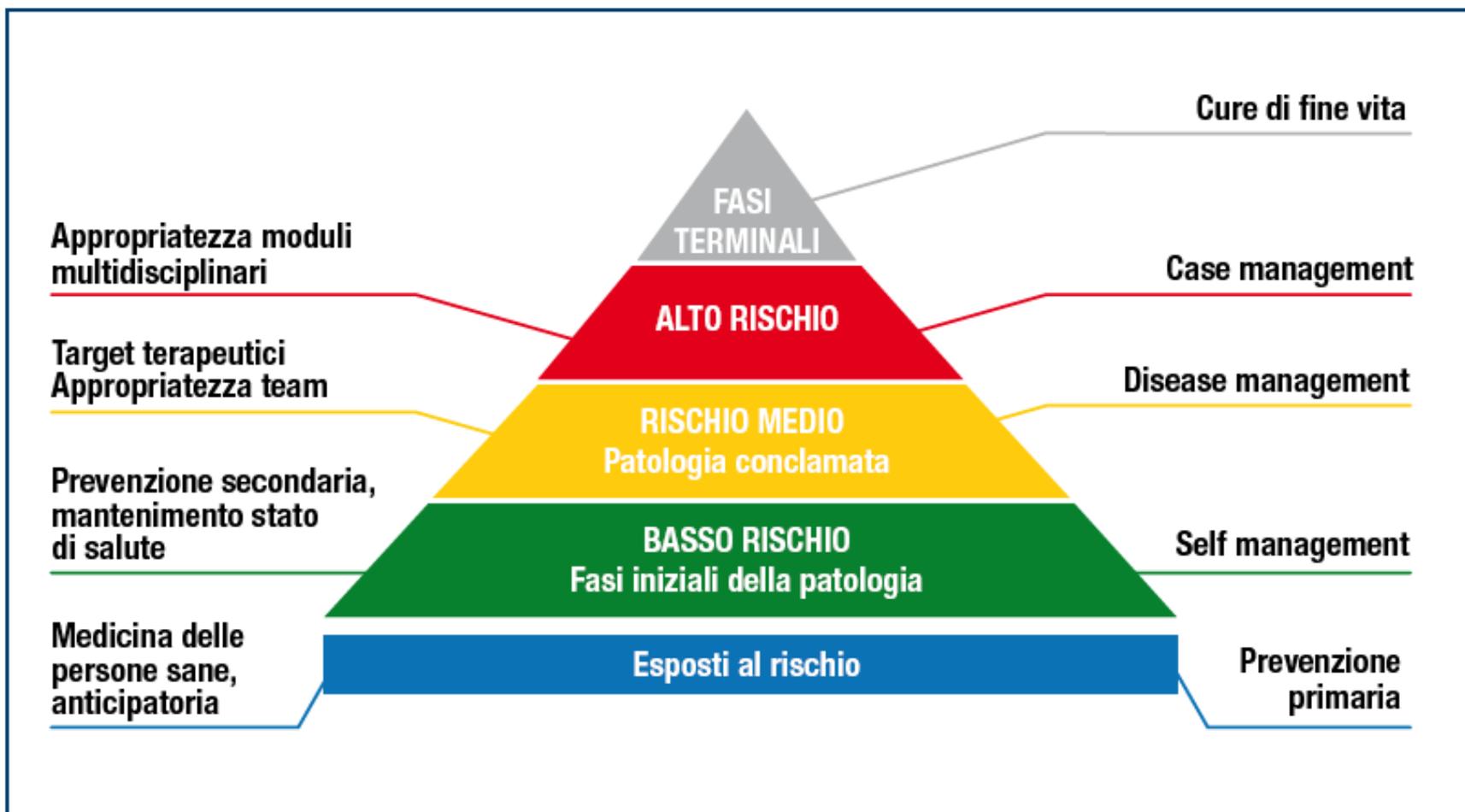
**PROFILO
INTEGRATO DI
CURA
DELLO
SCOMPENSO
CARDIACO**

2009



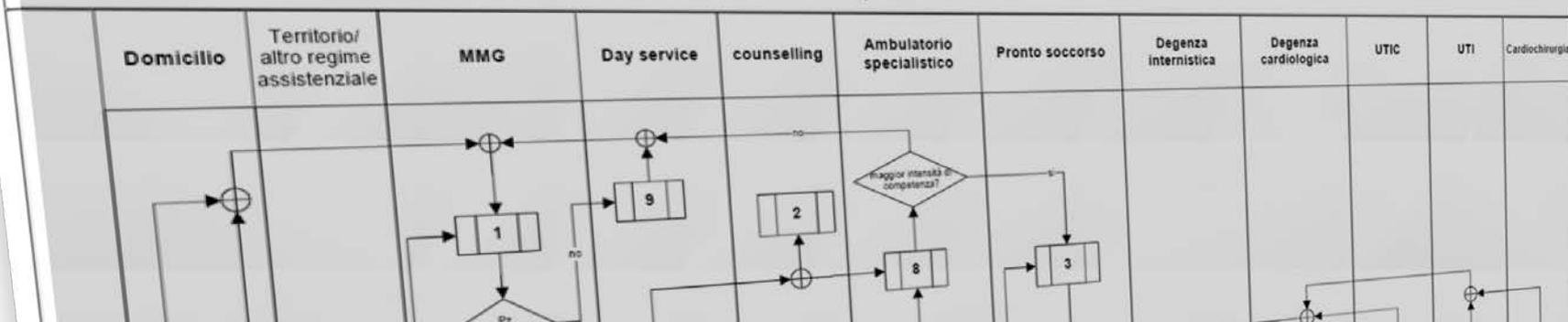
Percorso Integrato di Cura del Paziente affetto da Scoppeso Cardiaco

| Domicilio | Territorio/ altro regime assistenziale | MMG | Day service | counselling | Ambulatorio specialistico | Pronto soccorso | Degenza internistica | Degenza cardiologica | UTIC | UTI | Cardiochirurgia |
|-----------|--|-----|-------------|-------------|------------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|------|-----|-----------------|
| | | | | | | | | | | | |



macroattività

Percorso Integrato di Cura del Paziente affetto da Scoppio Cardiaco



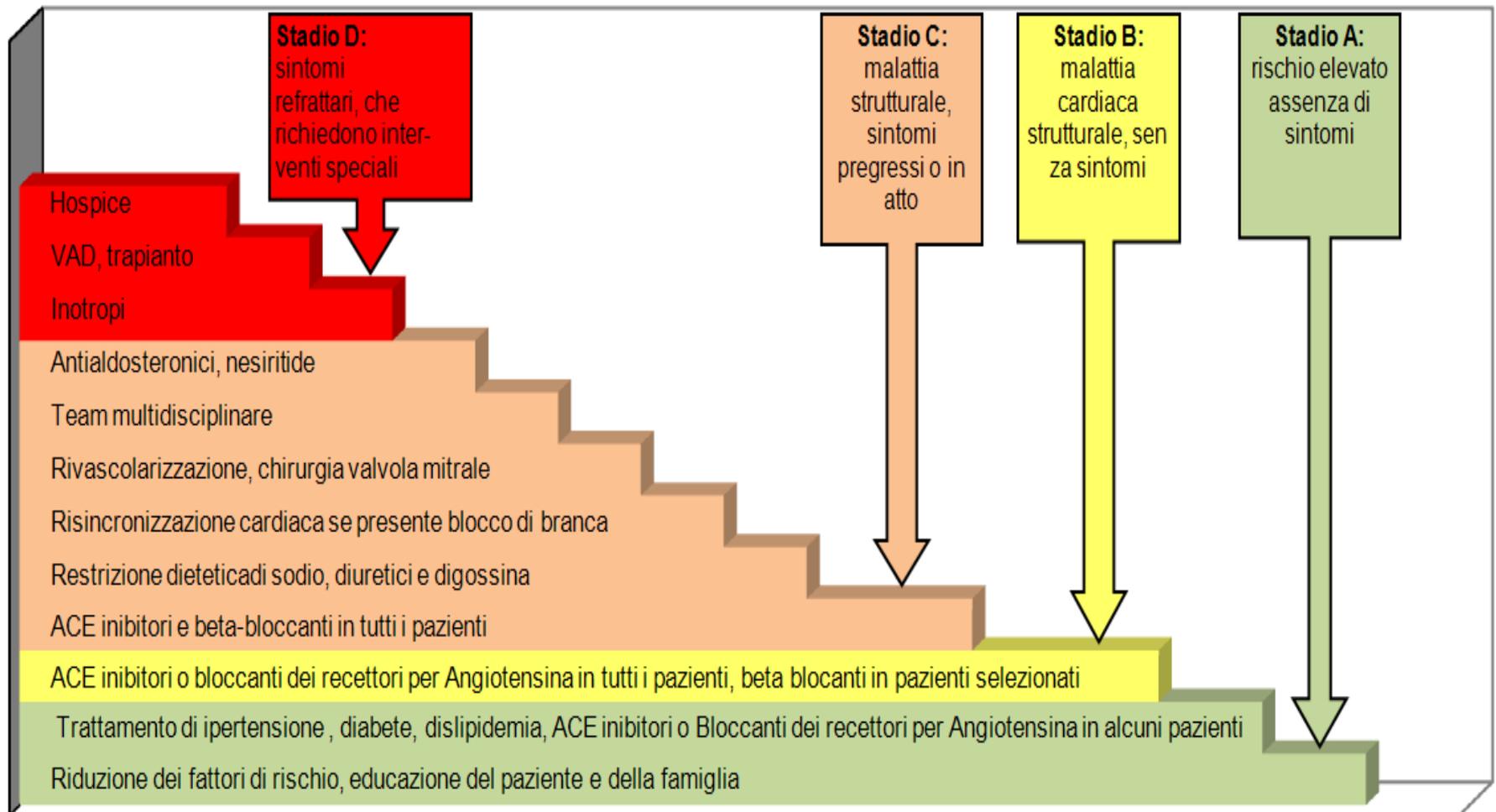
Per il MMG i compiti sono:

- l'individuazione del Paziente e la sua stratificazione secondo la classificazione in Stadi di Jessup (A-B-C-D) con la definizione eziologica della sua origine mediante l'eventuale consulenza specialistica.
- la gestione cronica del paziente in fase di stabilità mediante un protocollo condiviso per gli Stadi A-B-C
- la sorveglianza e gestione delle riacutizzazioni
- la gestione domiciliare degli Stadi avanzati (D) in ADI

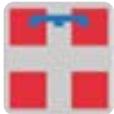
macroattività



Stadiazione di Jesupp



Parametri minimi diagnostico terapeutici nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco



STADIO A Pazienti a rischio di sviluppare SCC.

Presenza di condizioni patologiche fortemente associate con lo sviluppo di SCC: Iperensione arteriosa, Diabete Mellito, Ipercolesterolemia, Sindrome Metabolica, Malattie coronariche, Malattie valvolari, esposizione ad agenti cardiotossici (antineoplastici, droghe, ecc...), ecc...

| Parametro | Ogni 3-4 mesi | Ogni 6 mesi | Ogni anno | Ogni 2 anni | Ogni 5 anni |
|--|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| Valutazione medica generale [#] | | | ✓ | | |
| Pressione Arteriosa* | | | ✓ | | |
| Peso e altezza per BMI | | | ✓ | | |
| Counseling stile di vita | | | ✓ | | |
| Frequenza cardiaca | | | ✓ | | |
| Glicemia* | | | | ✓ | |
| Col. Tot - HDL - Trigliceridi | | | | ✓ | |
| TSH | | | | | ✓ |

STADIO B Pazienti con disfunzione ventricolare sinistra asintomatici.

Si tratta di pazienti con malattie cardiache fortemente associate con l'insorgenza di SCC ma senza sintomatologia attuale o pregressa (Ipertrofia Ventricolare Sinistra, pregresso IMA, Valvulopatie sintomatiche)

| Parametro | Ogni 3-4 mesi | Ogni 6 mesi | Ogni anno | Ogni 2 anni | Ogni 5 anni |
|-------------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| Pressione Arteriosa | | ✓ | | | |
| Segni di scompenso* | | ✓ | | | |
| Frequenza cardiaca | | ✓ | | | |
| Peso e altezza per BMI | | ✓ | | | |
| Counselling stile di vita | | ✓ | | | |
| Valutazione medica generale# | | | ✓ | | |
| ECG | | | ✓ | | |
| Valutazione Classe NYHA | | | ✓ | | |
| Emocromo | | | ✓ | | |
| Creatinina | | | ✓ | | |
| Esame urine | | | ✓ | | |
| AST, ALT, GGT, ALP | | | ✓ | | |
| Glicemia | | | ✓ | | |
| Sodio, Potassio | | | ✓ | | |
| Col. Tot – HDL - Trigliceridi | | | ✓ | | |
| Ecocardiogramma | | | | ✓ | |
| Valutazione cardiologica | | | | ✓ | |
| TSH | | | | | ✓ |

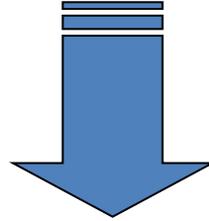
STADIO C Pazienti con disfunzione ventricolare sinistra sintomatici.

Si tratta di pazienti con attuale o pregressa sintomatologia da SCC in presenza di cardiopatia organica (la maggior parte dei pazienti con SCC)

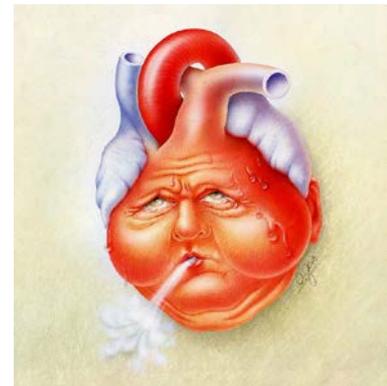
| Parametro | Ogni 3-4 mesi | Ogni 6 mesi | Ogni anno | Ogni 2 anni | Ogni 5 anni |
|-------------------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| Pressione Arteriosa | ✓ | | | | |
| Segni di scompenso* | ✓ | | | | |
| Stato nutrizionale | ✓ | | | | |
| Frequenza cardiaca | ✓ | | | | |
| Valutazione aderenza terapia | ✓ | | | | |
| Creatinina | ✓ | | | | |
| Sodio, Potassio | ✓ | | | | |
| Valutazione medica generale# | | ✓ | | | |
| Counselling stile di vita | | ✓ | | | |
| Valutazione Classe NYHA | | ✓ | | | |
| Valutazione cognitiva / umore | | ✓ | | | |
| Emocromo | | ✓ | | | |
| Esame urine | | ✓ | | | |
| AST, ALT, GGT, ALP | | ✓ | | | |
| Glicemia | | ✓ | | | |
| Col. Tot – HDL - Trigliceridi | | ✓ | | | |
| ECG | | | ✓ | | |
| Ecocardiogramma | | | ✓ | | |
| Valutazione cardiologica | | | ✓ | | |
| TSH | | | | | ✓ |

STADIO D Pazienti con SC refrattario.

Si tratta di pazienti fortemente sintomatici per SC a riposo nonostante la terapia massimale



- ❑ Per i pazienti in cui è possibile il trattamento della patologia cardiaca di base (trapianto cardiaco, sostituzione valvolare, impianto device): ricovero in **strutture ospedaliere ad elevata specializzazione tecnologica**.
- ❑ Per i pazienti in cui non è possibile tale trattamento: **ambiti a bassa tecnologia ma con elevata offerta assistenziale** (domicilio - ADI, lungodegenza, hospice).





Anziani di troppo? C'è la soluzione inglese

MAR 7, 2014

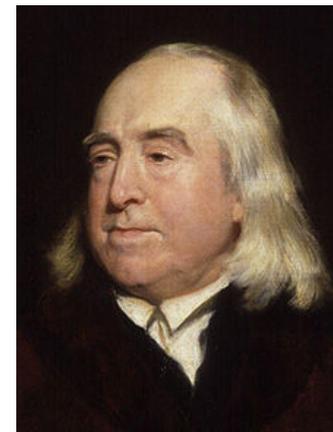
By VINCENZO
MADDALONI
in CRONACHE,
SLIDER

Too old to get lifesaving drugs: Anger at plan to deny elderly treatment if you've had a 'fair innings'

Plans would consider 'wider societal benefits' when giving out medicines
NHS body fears the proposals would mean the young are a 'higher priority'
Prompted fears the elderly are receiving a worse deal from health service
Doctors, MPs and campaigners condemned the plans as 'barking mad'

By JENNY HOPE and DANIEL MARTIN

PUBLISHED: 22:55 GMT, 17 February 2014 | UPDATED: 07:50 GMT, 18 February 2014



Jeremy Bentham (1748-1832) è stato un filosofo e giurista inglese.