

72°

CONGRESSO NAZIONALE FIMMG - METIS
MEDICINA DI FAMIGLIA: CAMBIARE PER MANTENERE I PROPRI VALORI



**PERCORSI SIMPeSV PER UN
AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA:**

APPROCCIO ALLE PATOLOGIE CRONICHE

Gli Strumenti di valutazione della Complessità in MG

Andrea PIZZINI

SIMP
eSV

Società Italiana
di Medicina di Prevenzione
e degli Stili di Vita

3/8 Ottobre 2016

Complesso Chia Laguna
Domus de Maria (CA)

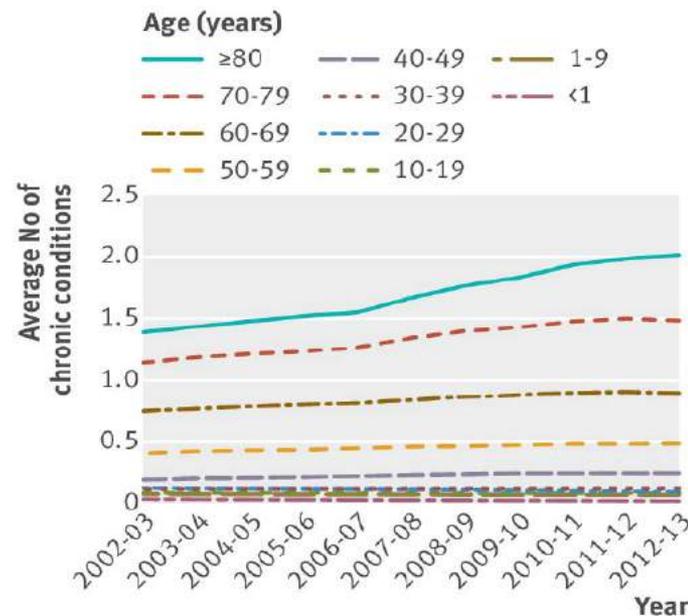
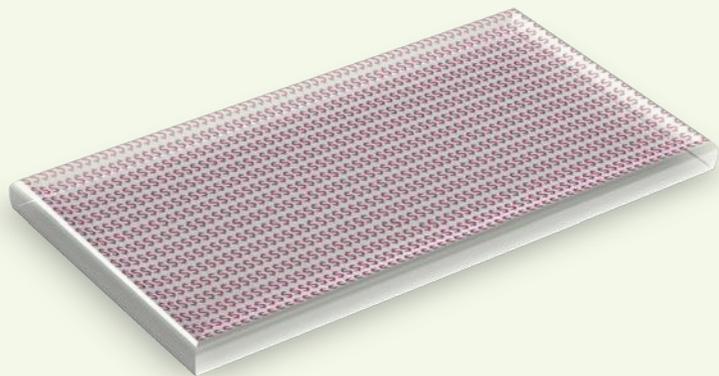
The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper?

Kimberlyn McGrail and colleagues question whether the increase in chronic diseases truly reflects poorer health

Kimberlyn McGrail *associate professor*¹, Ruth Lavergne *postdoctoral fellow*², Steven Lewis *president*³
 L'OMS definisce la Salute come il completo stato di benessere

Fisico – Mentale – Sociale

Un recente Report «*The Global Burden of Disease study*» riferisce che nel mondo solo il 4% della popolazione è libera da malattie.



Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;6736:1990-2013.



The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper?

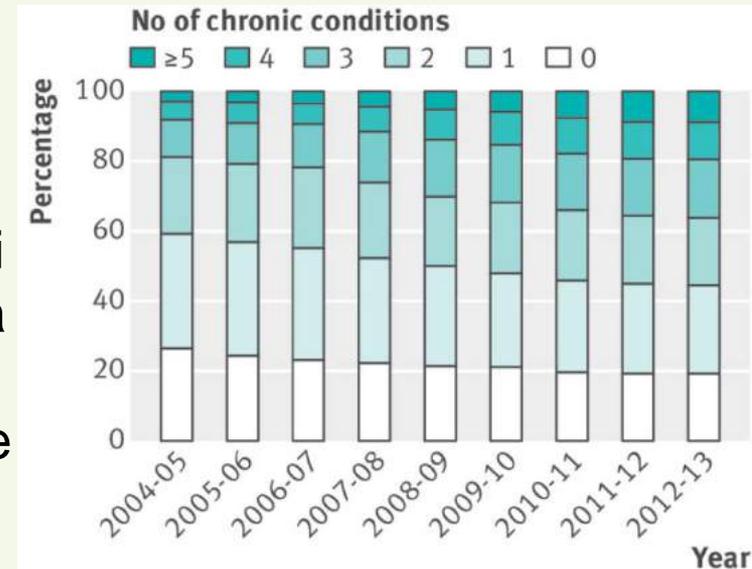
Kimberlyn McGrail and colleagues question whether the increase in chronic diseases truly reflects poorer health

Kimberlyn McGrail *associate professor*¹, Ruth Lavergne *postdoctoral fellow*², Steven Lewis *president*³
L'OMS definisce la Salute come il completo stato di benessere

Fisico – Mentale – Sociale

Un recente Report «*The Global Burden of Disease study*» riferisce che nel mondo solo il 4% della popolazione è libera da malattie.

Mentre per le persone con più di 65 anni oramai si parla non più delle singole patologie croniche ma di «**MULTIMORBILITÀ**»
che è divenuta la più frequente condizione



May C. Chronic illness and intractability: professional-patient interactions in primary care. *Chronic Illn* 2005;1:15-20.



The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper?

Kimberlyn McGrail and colleagues question whether the increase in chronic diseases truly reflects poorer health

Quindi siamo tutti malati!

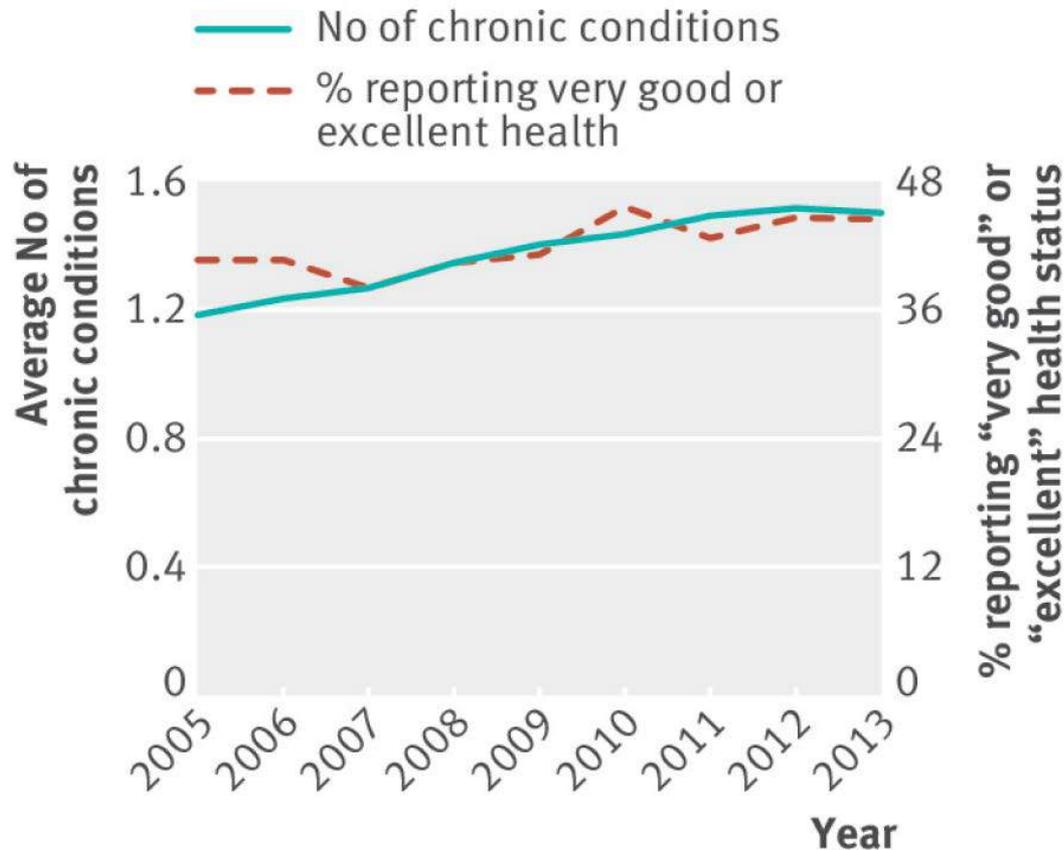
Ed il costo economico di questa epidemia affosserà il SSN...



How should we define health?

The WHO definition of health as complete wellbeing is no longer fit for purpose given the rise of chronic disease. **Machteld Huber and colleagues** propose changing the emphasis towards the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges

Machteld Huber *senior researcher*¹, J André Knottnerus *president, Scientific Council for Government*



The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper?

Kimberlyn McGrail and colleagues question whether the increase in chronic diseases truly reflects poorer health

L'aumento della sopravvivenza da una parte e la prevenzione con la diagnosi precoce dall'altra rimane un caposaldo per affrontare le patologie croniche e la Multimorbilità

Tuttavia il punto è che dobbiamo ridefinire cosa intendere per: **MALATTIA**



The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper?

Kimberlyn McGrail and colleagues question whether the increase in chronic diseases truly reflects poorer health

Key messages

We must be careful not to conflate diagnosis with illness or morbidity

If changes in healthcare practice are driving the increase, we must be sure they improve outcomes for patients



EDITORIALS

Thinking about the burden of treatment

Should it be regarded as an indicator of the quality of care?

Oggi i Pazienti devono subire non solo più l'**onere dei sintomi** che le malattie da cui sono affetti gli procurano...

...ma anche l'**onere dei trattamenti** che queste comportano (sotto forma di procedure e/o terapie)



‘You say treatment, I say hard work’: treatment burden among people with chronic illness and their carers in Australia

Gli Autori hanno individuato 4 componenti correlate:

1. L'onere finanziario
2. L'onere correlato agli spostamenti ed al tempo da dedicare
3. L'onere dei farmaci
4. L'onere per l'accesso ai Servizi Sanitari

**C'È BISOGNO DI NUOVI STRUMENTI PER
MISURARE QUESTI ONERI**



We need minimally disruptive medicine

BMJ 2009 ; 339 doi: <http://dx.doi.org/bvs.cilea.it/10.1136/bmj.b2803> (Published 11 August 2009)

Cite this as: *BMJ* 2009;339:b2803

Un approccio alla cura del paziente che:

- enfatizzi le preferenze individuali
- tenga conto di multimorbilità
- cerchi di ridurre il carico di lavoro per il paziente e caregiver

Le domande a cui rispondere sono:

«PUÒ IL PAZIENTE FARE VERAMENTE QUELLO CHE GLI STO CHIEDENDO DI FARE?»

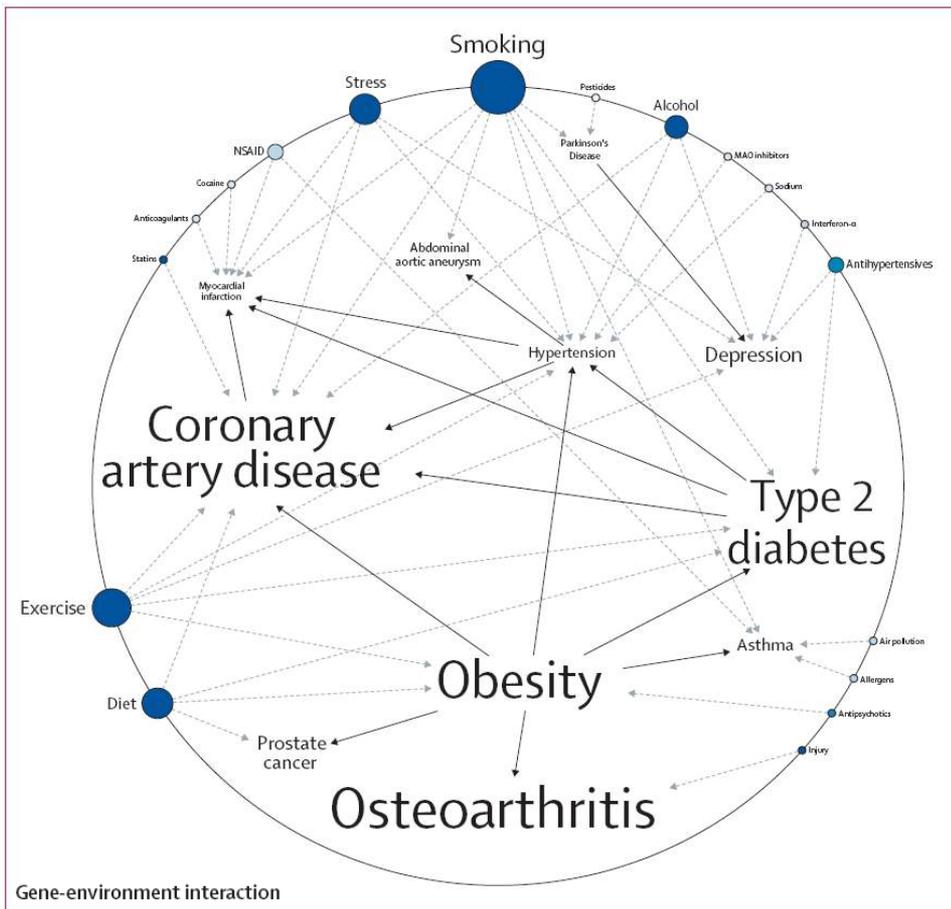
«QUELLO CHE STO CHIEDENDO DI FARE AL PAZIENTE AVRÀ UN IMPATTO POSITIVO SULLA SUA QUALITÀ DI VITA?»

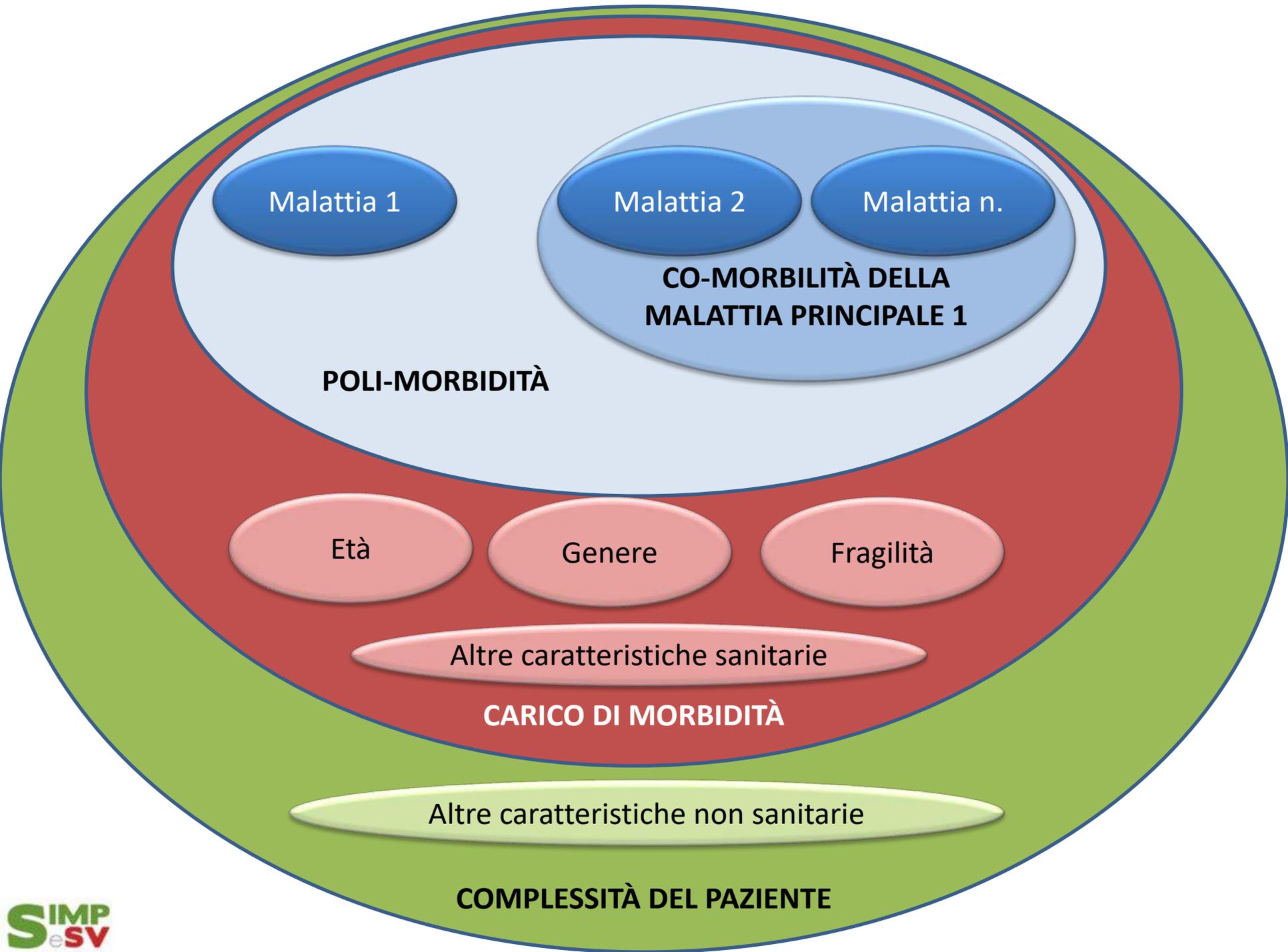




Clinical assessment incorporating a personal genome

Euan A Ashley, Atul J Butte, Matthew T Wheeler, Rong Chen, Teri E Klein, Frederick E Dewey, Joel T Dudley, Kelly E Ormond, Aleksandra Pavlovic, Alexander A Morgan, Dmitry Pushkarev, Norma F Neff, Louanne Hudgins, Li Gong, Laura M Hodges, Dorit S Berlin, Caroline F Thorn, Katrin Sangkuhl, Joan M Hebert, Mark Woon, Hersh Sagreiya, Ryan Whaley, Joshua W Knowles, Michael F Chou, Joseph V Thakuria, Abraham M Rosenbaum, Alexander Wait Zaranek, George M Church, Henry T Greely, Stephen R Quake, Russ B Altman





ONLINE FIRST

Personalized Medicine vs Guideline-Based Medicine

Jeffrey J. Goldberger, MD, MBA

Alfred E. Buxton, MD

JAMA, Published online May 27, 2013



ONLINE FIRST

JAMA, Published online May 27, 2013

Personalized Medicine vs Guideline-Based Medicine

(INTER)NAZIONALE

NARRATIVO

LINEE GUIDA

LOCALE

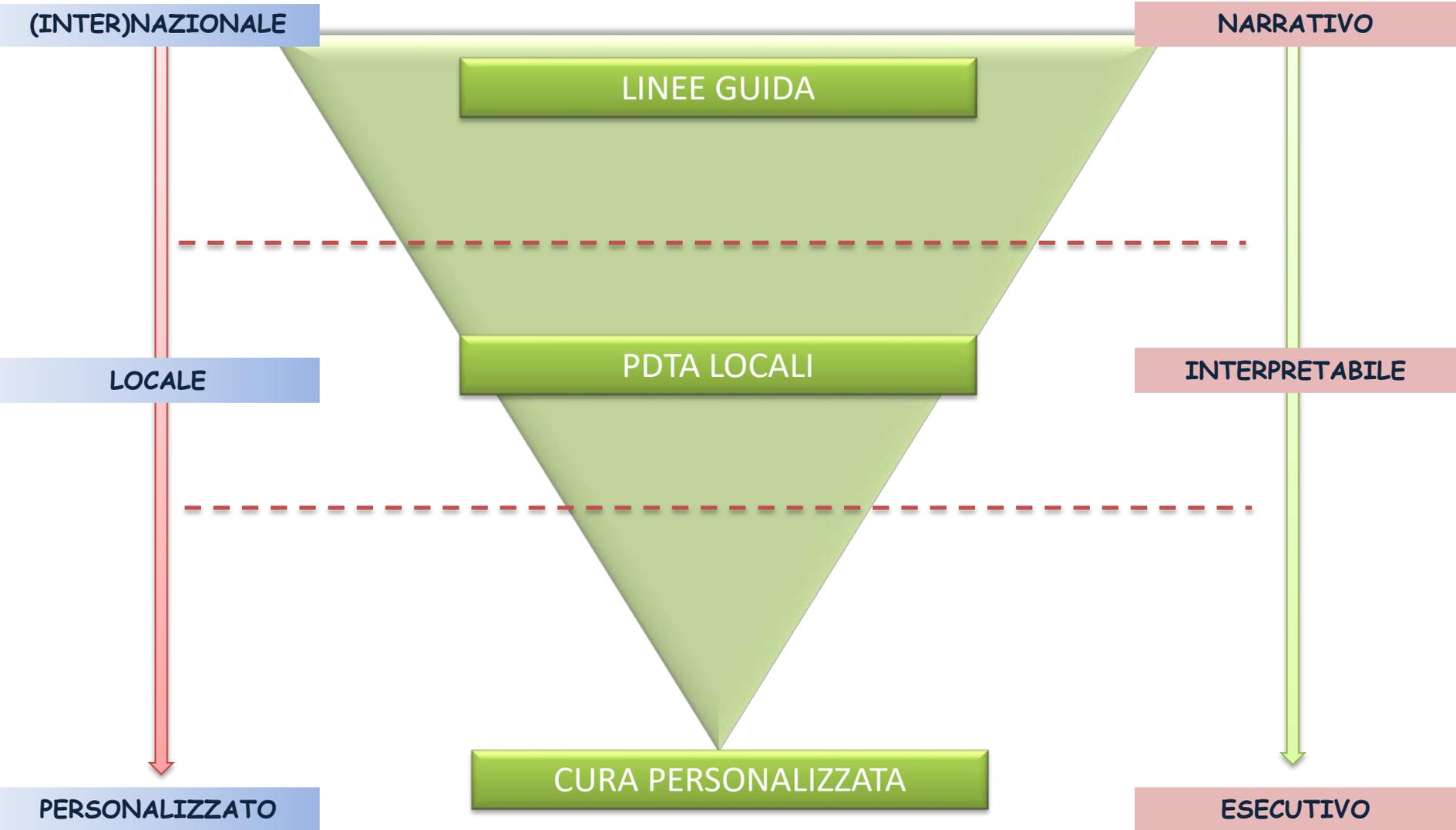
PDTA LOCALI

INTERPRETABILE

PERSONALIZZATO

CURA PERSONALIZZATA

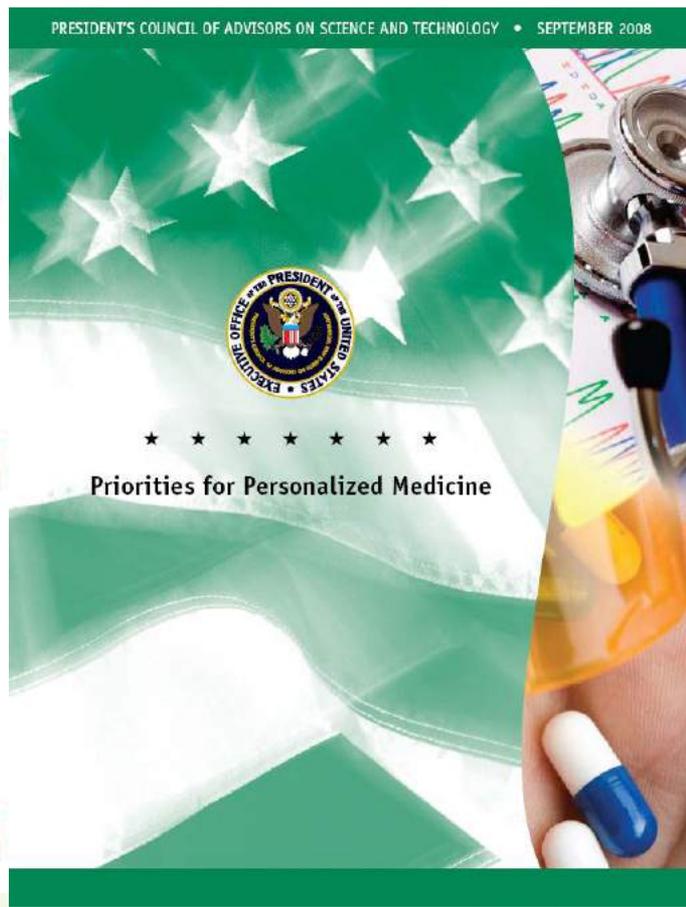
ESECUTIVO



ONLINE FIRST

Personalized Medicine vs Guideline-Based Medicine

JAMA, Published online May 27, 2013



Personalized Medicine vs Guideline-Based Medicine

Jeffrey J. Goldberger, MD, MBA

Alfred E. Buxton, MD

«... è necessaria una sorte di sartoria del trattamento medico a seconda delle caratteristiche individuali di ogni paziente.



A custom made job...!

Questo non significa letteralmente la creazione di farmaci o dispositivi medici che siano unici per un paziente, ma piuttosto la capacità di classificare gli individui in sottogruppi che differiscono nella loro sensibilità ad una particolare malattia o nella loro risposta ad un trattamento specifico.»



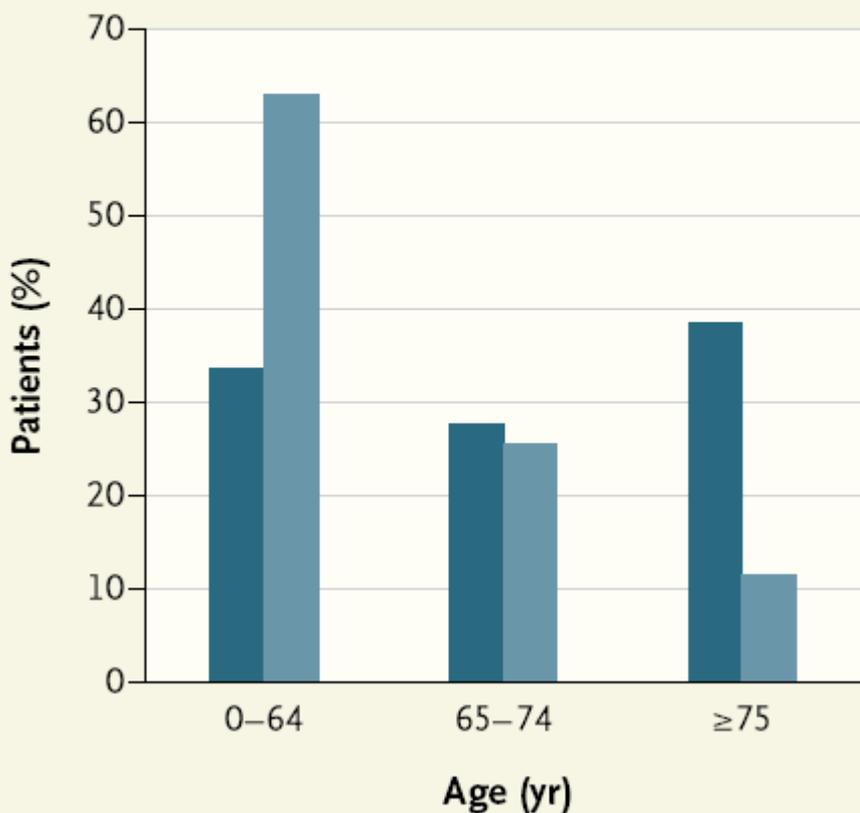
Drug Policy for an Aging Population — The European Medicines Agency's Geriatric Medicines Strategy

Francesca Cerreta, Pharm.D., Hans-Georg Eichler, M.D., and Guido Rasi, M.D.

N ENGL J MED 367;21 NEJM.ORG NOVEMBER 22, 2012

■ Patients treated with cardiovascular drugs (2011)

■ Patients enrolled in trials of cardiovascular drugs approved 2009–2012



Donna di 78 anni con le 5 Patologie Croniche più frequenti



1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

La cronicità, la polipatologia, gli stili di vita: una sfida per la medicina generale

SPECIAL COMMUNICATION

Cynthia M. Boyd, MD, MPH

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases Implications for Pay for Performance

JAMA. 2005;294:716-724

Donna di 78 anni con le 5 Patologie Croniche più frequenti



- ✓ 12 Farmaci in 21 somministrazioni giornaliere
- ✓ 4 attenzioni giornaliere nell'assumere i farmaci
- ✓ 5 consigli dietetici da considerare ai 3 pasti
- ✓ 5 diverse modalità di svolgere l'attività fisica
- ✓ 8 compiti per il Paziente
- ✓ 10 compiti per il Medico



- ✓ 7 interazioni fra farmaci da considerare
- ✓ 7 interazioni dei farmaci con altre patologie presenti
- ✓ 9 interazioni con il cibo da considerare
- ✓ 2 incompatibilità di dieta da considerare
- ✓ 3 incompatibilità di attività fisica da considerare

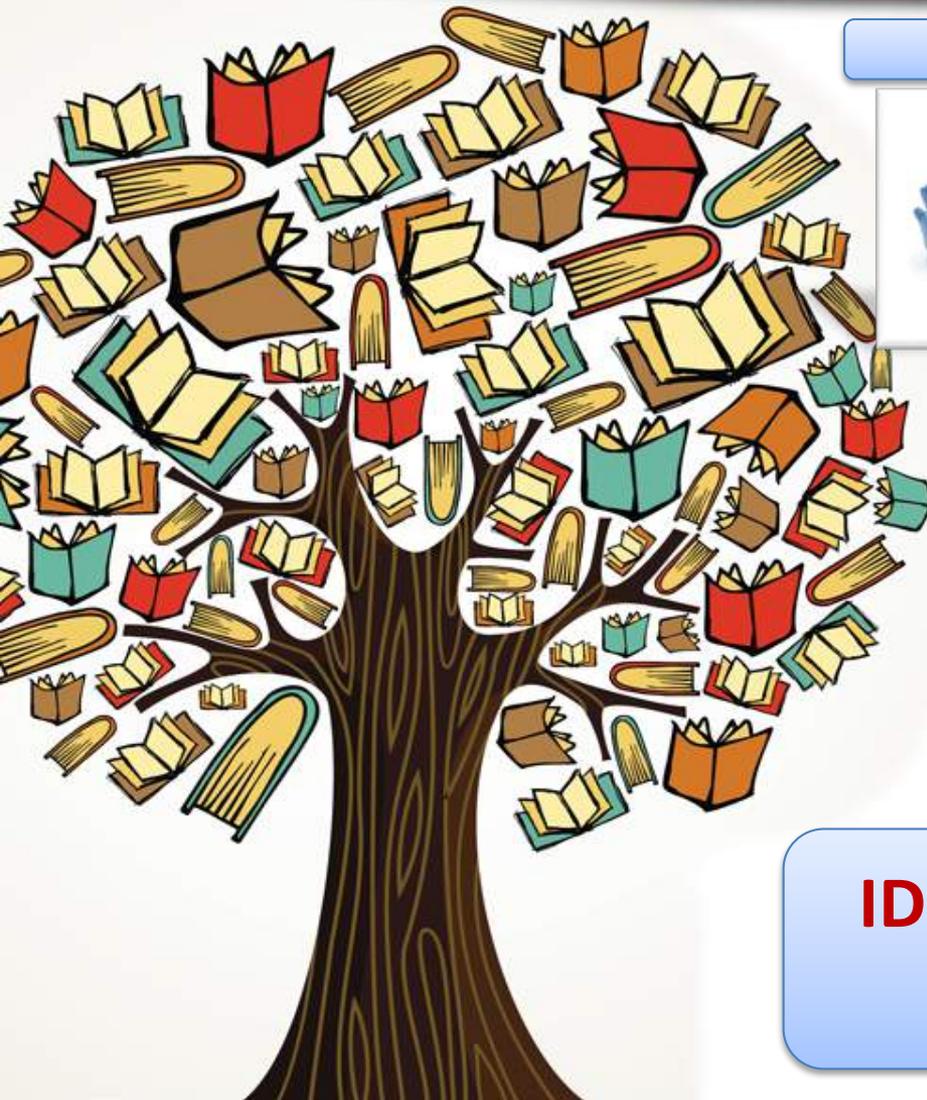


CORSO WEEK-END
Frascati, 13-14 aprile 2013



SIMPesV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

La cronicità, la polipatologia, gli stili di vita: una sfida per la medicina generale



Quale dieta?



Quale Stile di vita?



SIMPeSV



**IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE
COMPLESSO IN MG**

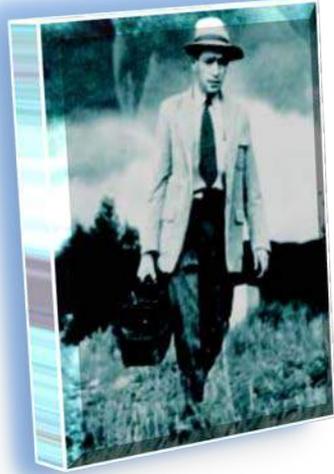


CORSO WEEK-END
Frascati, 13-14 aprile 2013



SIMPeSV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

IDENTIFICARE IL PAZIENTE COMPLESSO IN MG

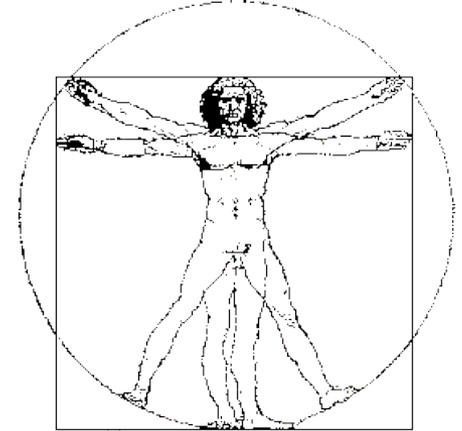


Il Medico di Famiglia dovrebbe possedere adeguati strumenti che gli consentano, mantenendo il rigore scientifico, di personalizzare l'approccio al Paziente...

Approccio LG ed EBM-Based



Approccio Personalizzato



Insieme di strumenti semplici ma rigorosi che siano in grado di valutare nell'insieme l'aspetto ***Bio-Psico-Sociale del Paziente***

Che produca delle risposte chiare su come ottimizzare le decisioni cliniche da prendere

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE



AZIONI DA INTRAPENDERE



ASPETTO BIOLOGICO:

1- NUMERO DI PATOLOGIE CRONICHE: Extended Quality and

Outcome Framework (QOF)

Score	Chronic conditions
1	Fibrillazione Atriale Depressione Cardiopatìa Ischemica Diabete Mellito
2	BPCO Epilessia in trattamento Problemi di salute mentale IRC – Stage 4 Stroke (TIA= 0) Scopenso Cardiaco
3	Tumore Demenza Patologia Epatica moderata o severa
5	IRC – Stage 5
6	Tumore metastatico

Modalità di esecuzione:

Il Medico di Famiglia già possiede questi dati ed è quindi immediato il calcolo

Cut Off di positività:

- ✓ Punteggio ≥ 4
- ✓ > 8 Farmaci cronici

CONDIZIONE DEL PAZIENTE

A new simple primary care morbidity score predicted mortality - J Clin Epidemiol, 2013

Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care a retrospective cohort study - Br J Gen Pract, 2011

1- NUMERO DI FARMACI ASSUNTI CRONICAMENTE:

Il numero di farmaci assunti dal paziente è ≥ 8

YES: NO:

Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. – Evid Based Med 2012

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

ASPETTO BIOLOGICO:

2- RIDUZIONE DEL PESO CORPOREO:

Valutare se il paziente ha perso più del 5Kg del peso corporeo negli ultimi 3 mesi.



Modalità di esecuzione:

Il Medico di Famiglia già possiede questo dato

Cut Off di positività:

✓ Riduzione involontaria del peso $\geq 5\text{Kg}$

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

ASPETTO BIOLOGICO:

Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study



Stephen N Robinovitch*, Fabio Feldman*, Yijian Yang, Rebecca Schonnop, Pet Ming Leung, Thiago Sarraf, Joanie Sims-Gould, Marie Loughin

Lancet 2013; 381: 47-54



IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

ASPETTO BIOLOGICO:

3- CAPACITÀ DI MOVIMENTO / RISCHIO DI CADUTA / AUTONOMIA:

Get Up and Go Test

22 secondi

Modalità di esecuzione:

- ✓ Alzarsi da una sedia
- ✓ Camminare per 3 metri
- ✓ Girarsi, tornare indietro
- ✓ Risedersi sulla sedia

Strumenti necessari:

- ✓ sedia con braccioli

Tempo di esecuzione:

- ✓ 1-2 minuti

Cut Off di positività:

- ✓ ≥ 12 secondi

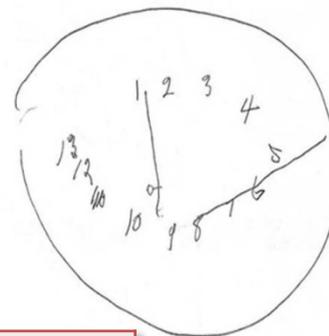


Fall Assesment in older people. 343. BMJ 2011.

A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 49 (2), M85-M94; 1994.

Predicting the probability of falls in community residing older adults using the 8-foot up-and-go. A new measure of functional mobility. J Aging Phy Act. 10,466-475; 2002. mp4

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE



ASPETTO PSICOLOGICO:

4- STATO COGNITIVO:

General Practice Cognitive Test (GPCog)

FORMULARE LA DOMANDA SOLO UNA VOLTA

RICHIAMO 1° FASE

1. Ora Le dirò un nome ed un indirizzo. Le chiedo di ripeterlo subito dopo di me. Lo ricordi bene perché le chiederò di ripeterlo tra breve

Mario Rossi, Via Torino n°42, Roma (Massimo 4 tentativi: non vi è punteggio)

ORIENTAMENTO TEMPORALE

2. Mi dica la data di oggi

1 punto se la data è corretta

FUNZIONE VISUSPAZIALE

3. Inserisca i numeri delle ore in questo orologio disegnato

4. Disegni le lancette in modo che segnino le 11 . 10

1 punto per ogni risposta

INFORMAZIONI

5. Può raccontarmi un fatto di cronaca che ha sentito in questa settimana

1 punto: in caso di risposte generiche (es. guerra) chiedere spiegazione; se non è in grado di darle segnare sbagliato

RICHIAMO 2° FASE

6. Mi può ripetere il nome e l'indirizzo che le avevo detto

1 punto per ogni informazione (Mario – Rossi – Via Torino – 42 - Roma)

9/9 Normale non sono necessari ulteriori accertamenti

5-8/9 Utile approfondire con il Test per i Parenti

0-4/9 È presente deterioramento cognitivo ed è opportuno procedere con accertamenti

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

ASPETTO PSICOLOGICO:

4- STATO COGNITIVO:

General Practice Cognitive Test (GPCog)

PORRE AL PARENTE LE SEGUENTI DOMANDE:

RISPETTO A QUALCHE ANNO FA IL SUO PARENTE HA

- 1) Più difficoltà a ricordare avvenimenti recenti?
- 2) Più difficoltà a ricordare conversazioni a distanza di pochi giorni?
- 3) Quando parla, ha più difficoltà a scegliere le parole giuste o tende a sbagliare le parole più spesso?
- 4) È meno capace di gestire il denaro e questioni finanziarie (es. pagare conti, programmare le spese)?
- 5) È meno capace di gestire e assumere i suoi farmaci da solo/a?
- 6) Richiede più assistenza per utilizzare i mezzi di trasporto (sia privati che pubblici)?
(se le difficoltà del paziente sono dovute solo a problemi fisici, segnare "NO")

4-6/6 Funzioni cognitive normali, non necessari altri accertamenti: rivalutare dopo 1 anno
0-3/6 È presente deterioramento cognitivo ed è opportuno procedere con accertamenti

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

ASPETTO PSICOLOGICO:

5- UMORE:

- 1) Si ritiene insoddisfatto della sua vita nell'insieme?
- 2) Si ritiene insoddisfatto della sua salute?
- 3) Soffre di solitudine?

Modalità di esecuzione:

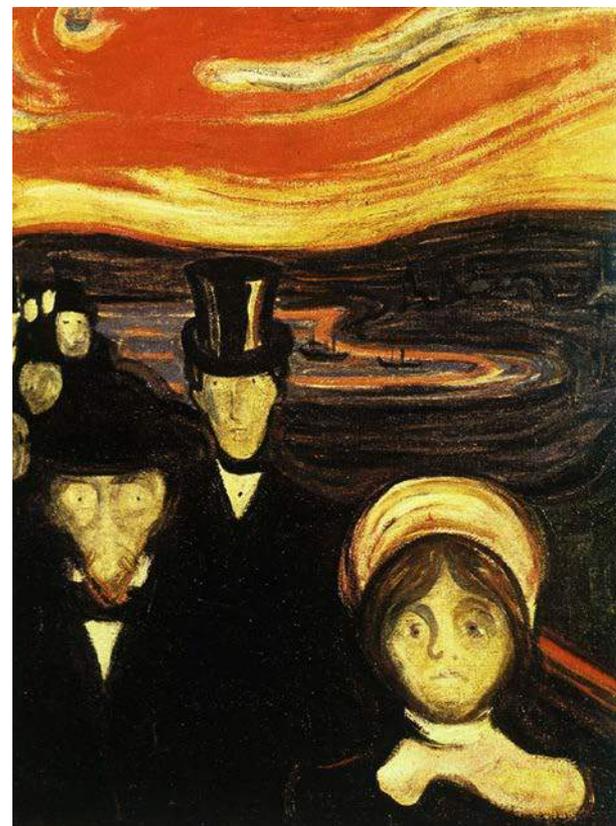
- ✓ Porre al Paziente le 3 domande in sequenza

Tempo di esecuzione:

- ✓ 1 minuto

Cut Off di positività:

- ✓ Almeno 1/3 SI



IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

ASPETTO SOCIALE:

6- RETE DI SUPPORTO SOCIALE / FAMILIARE:



È presente un Caregiver affidabile?

YES: NO:



Modalità di esecuzione:

Il Medici di Famiglia già possiede questo dato

Cut Off di positività:

✓ Risposta negativa

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

N°	VALUTAZIONE	Cut-off	Punteggio
1	Extended Quality and Outcome Framework (QOF) Numero di farmaci assunti cronicamente	≥4	1
		≥8	1
2	Riduzione del peso corporeo involontaria ≥5Kg in 6 mesi	SI	1
3	Get up and Go Test	> 12 sec.	2
4	General Practice Cognitive Test (GPCog)	≤5/9 Paziente	1
		≥3/6 Parente	1
5	Percezione della propria qualità di vita	≥1/3	1
6	Rete di supporto Socio-Famigliare: Care Giver presente	NO	2

PUNTEGGIO FINALE DEL PAZIENTE:

- ✓ 0-2= Paziente Non Complesso
- ✓ 3-5= Paziente Complesso
- ✓ 6-9= Paziente molto Complesso



IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

N°	VALUTAZIONE	TEMPO NECESSARIO	Punteggio
1	Extended Quality and Outcome Framework (QOF) Numero di farmaci assunti cronicamente	1 minuto	1
2	Riduzione del peso corporeo involontaria $\geq 5\text{Kg}$ in 6 mesi	30 secondi	1
3	Get up and Go Test	1 minuto	2
4	General Practice Cognitive Test (GPCog)	5 minuti	1
5	Percezione della propria qualità di vita	1 minuto	1
6	Rete di supporto Socio-Famigliare: Care Giver presente	30 secondi	2

9 Minuti

- ✓ 0-2= Paziente Non Complesso
- ✓ 3-5= Paziente Complesso
- ✓ 6-9= Paziente molto Complesso



FASE DI RICERCA E VALIDAZIONE



6 Medici di Famiglia della SIMPeSV hanno sperimentato su un piccolo campione di loro Pazienti la Scala di valutazione proposta.

Sono stati Valutati in modo casuale **79 Pazienti** giunti a visita nel periodo:

31 Luglio 2014 - 30 Settembre 2014



Per tutti i Pazienti selezionati è stato possibile utilizzare la scala ed ottenerne un punteggio.

Età media dei Pazienti= 71
Punteggio medio= 3,6



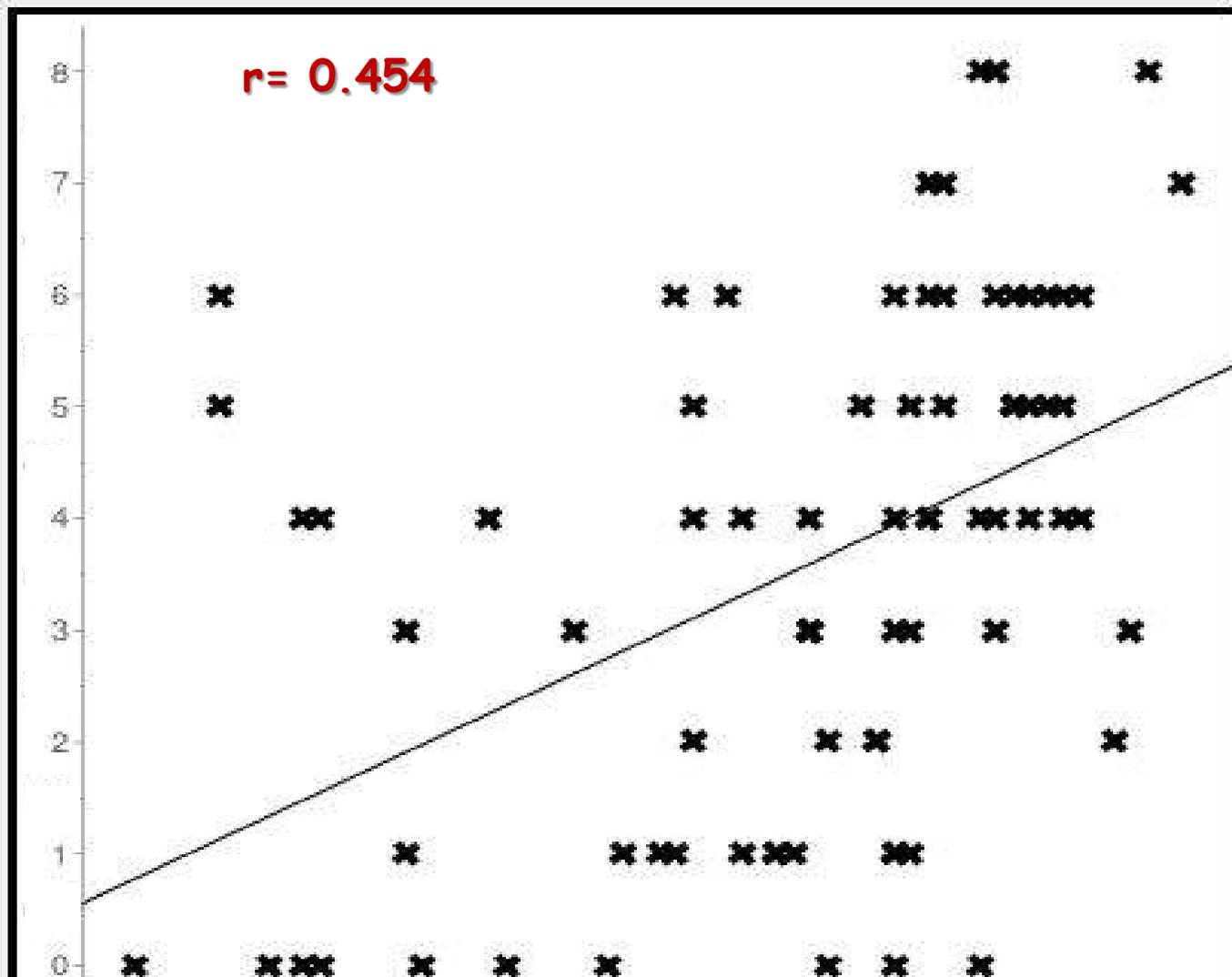
ALTI PUNTEGGI SI CORRELANO CON L'ETÀ DEL PAZIENTE?

NO

Dimensione del campione: 79

Età media: 71

Punteggio medio: 3.6



ALTI PUNTEGGI SI CORRELANO CON L'ETÀ DEL PAZIENTE?

FASE DI RICERCA E VALIDAZIONE

Per un sottogruppo di **30 Pazienti** è stato possibile seguirli longitudinalmente per i 3 mesi registrando:

- ✓ Le visite effettuate dal Medico di Famiglia in Ambulatorio o presso il Domicilio del Paziente
- ✓ Le visite Specialistiche
- ✓ Gli esami Strumentali e/o di Laboratorio
- ✓ I Ricoveri in Ospedale e/o Passaggi in Pronto Soccorso
- ✓ I Decessi



Il sottogruppo di Pazienti è omogeneo con il gruppo totale dei Pazienti

Età media dei Pazienti= 65

Punteggio medio= 3,2



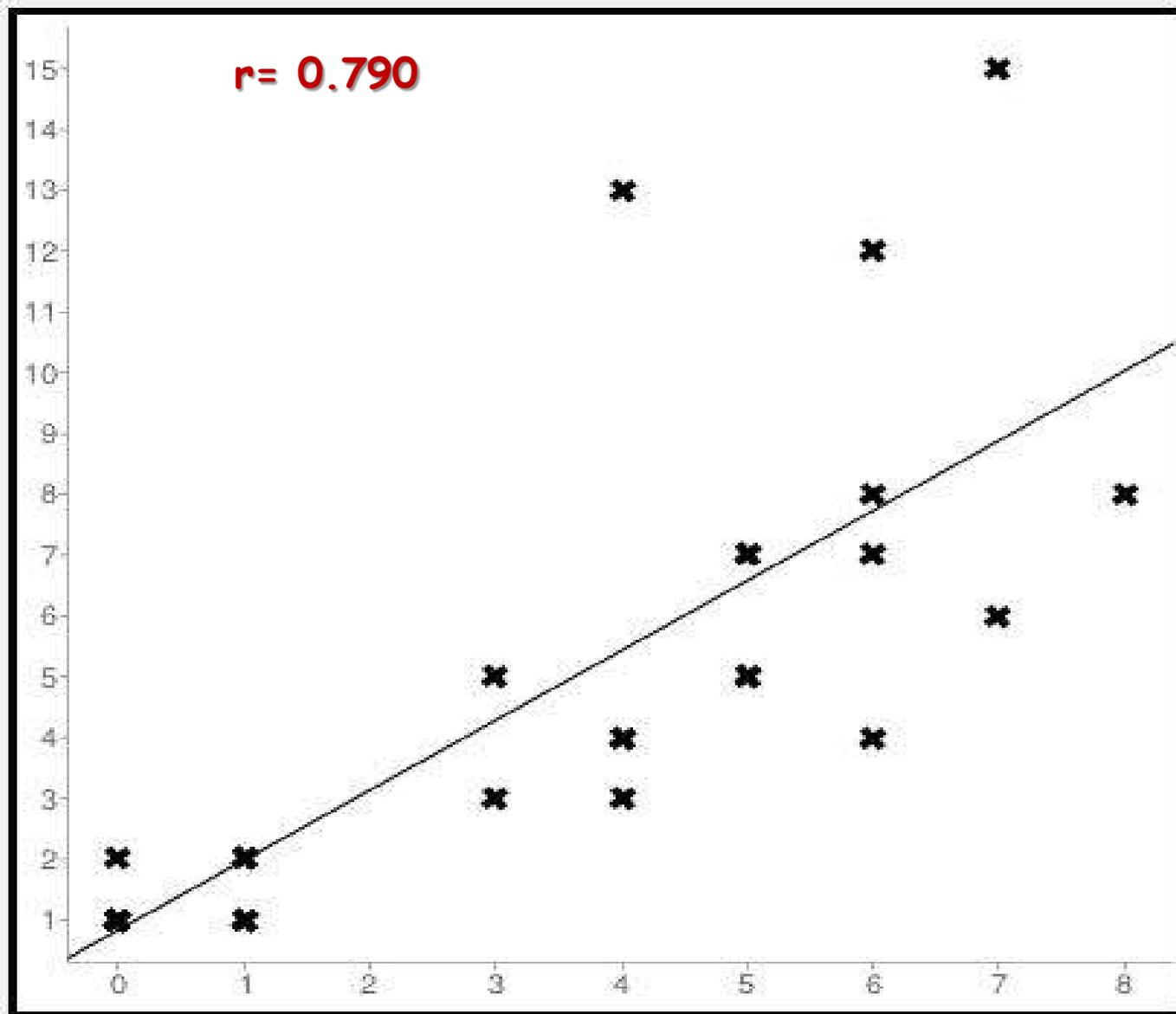
ALTI PUNTEGGI SI CORRELANO CON... ?

NUMERO DI VISITE EFFETTUATE DAL MMG (Studio/Domicilio)

Dimensione del campione: 30

Età media: 64

Visite MMG medie: 4.4



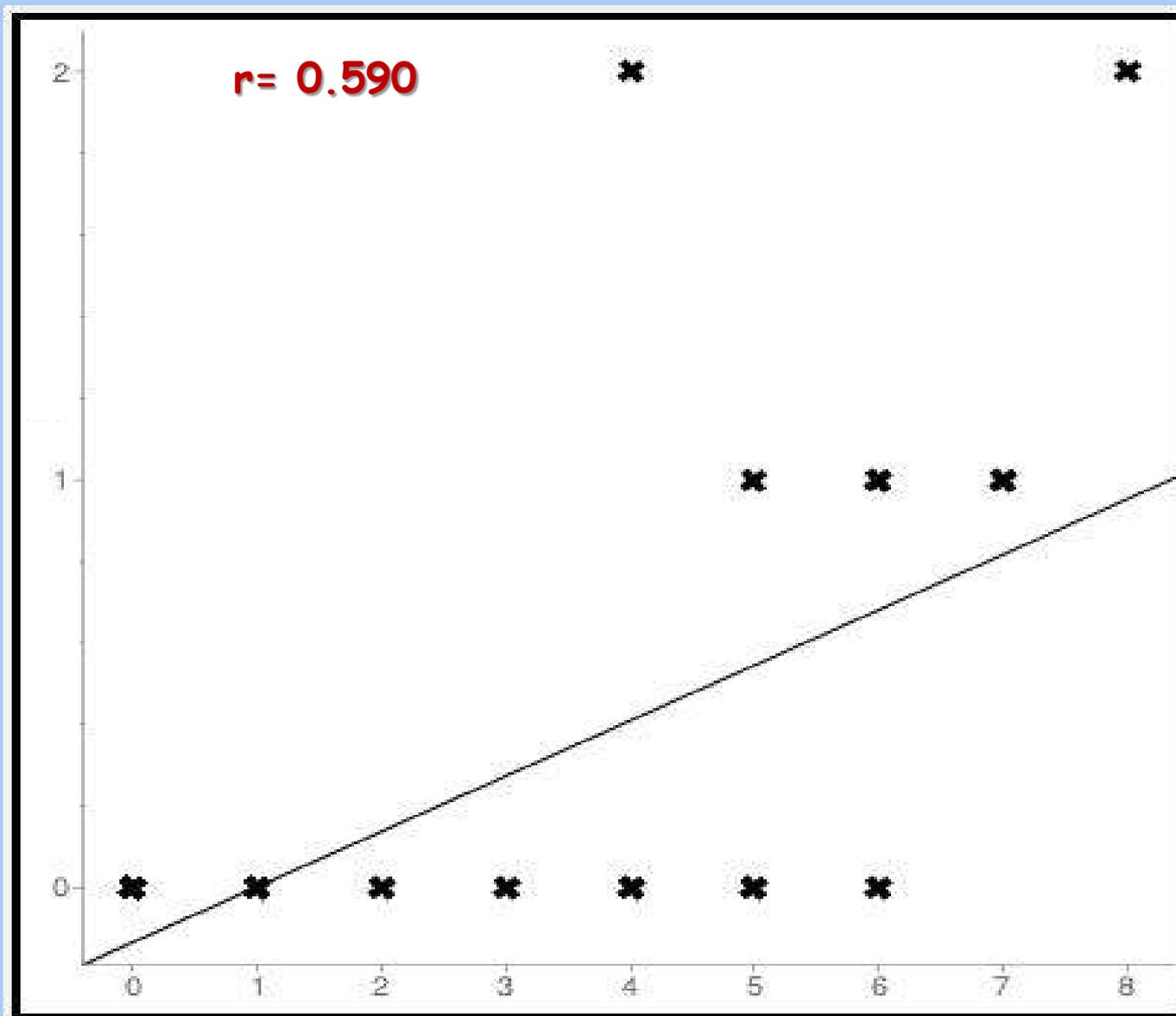
NUMERO DI RICOVERI

SI

Dimensione del campione: 30

Età media: 64

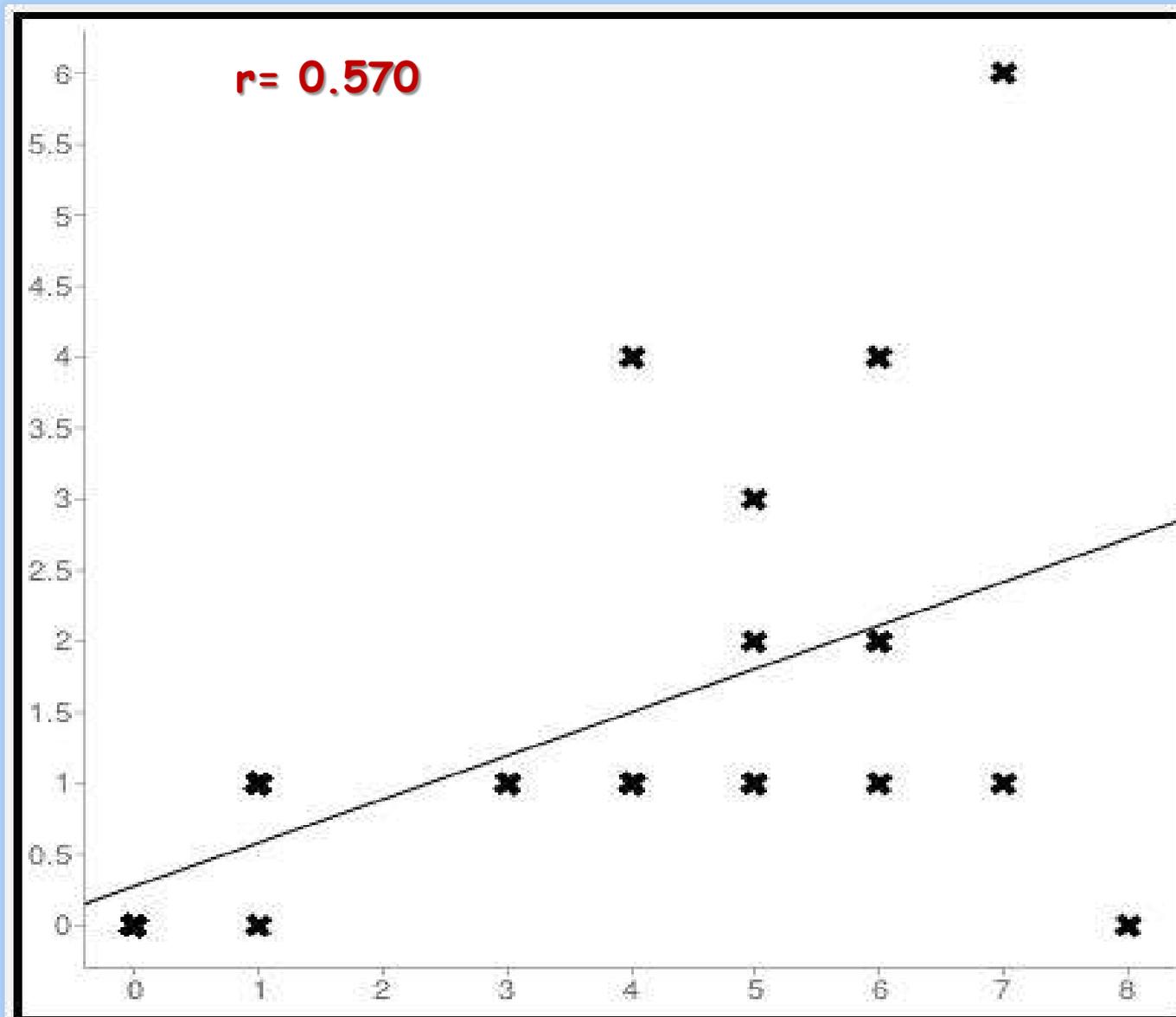
Ricoveri medi: 0.3



Dimensione del campione: 30

Età media: 64

Esami medi: 1.2



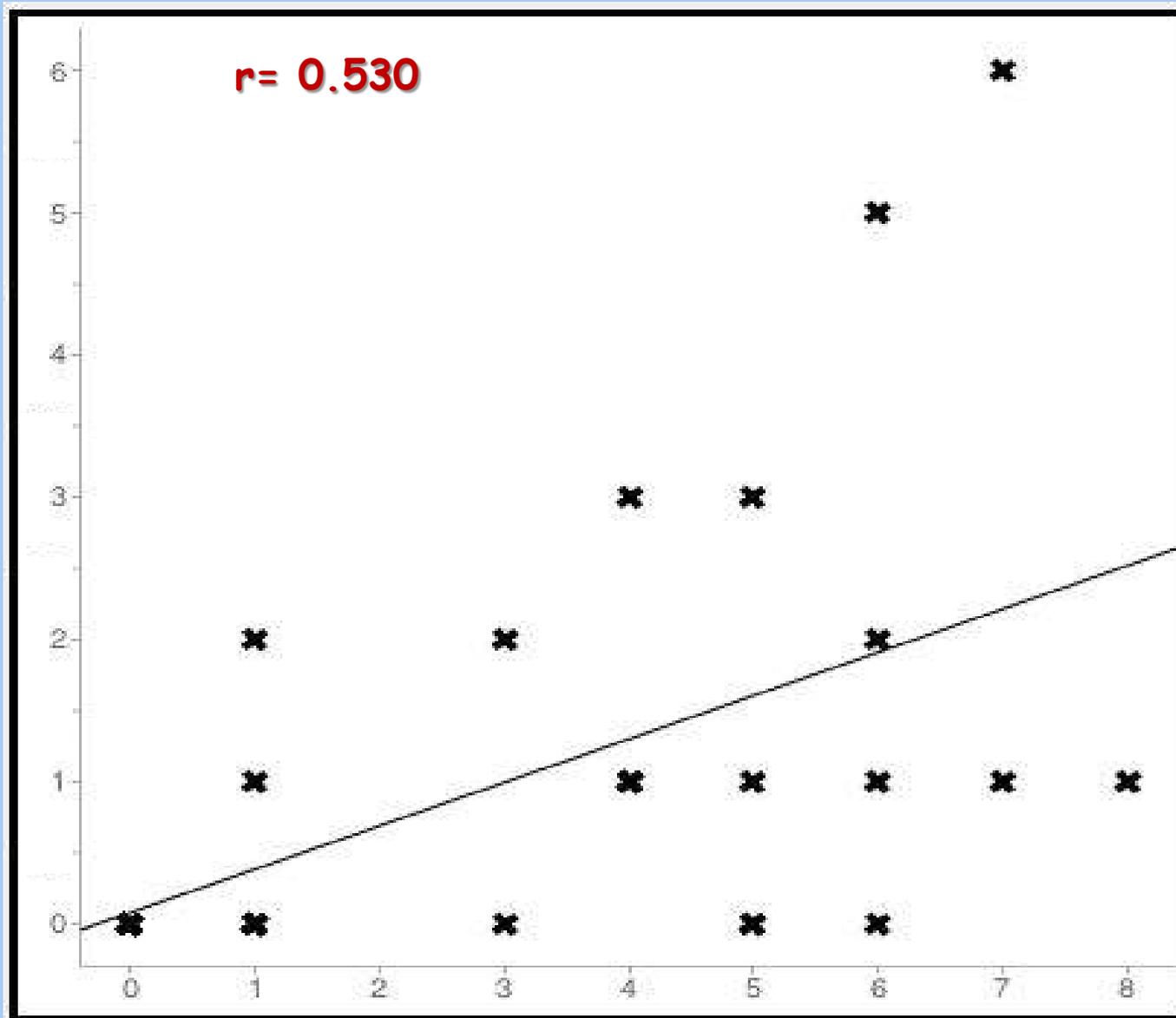
NUMERO DI VISITE SPECIALISTICHE

SI/NO

Dimensione del campione: 30

Età media: 64

Visite Spec. medie: 1.0



IDENTIFICARE IL PAZIENTE COMPLESSO IN MG RISULTATI

In Medicina Generale l'età non correla con la complessità

Lo strumento proposto consente di identificare un Paziente che :

- ✓ ha necessità di un maggior numero di visite da parte del suo MMG
- ✓ effettuerà più ricoveri
- ✓ effettuerà un maggior numero di esami, visite specialistiche



IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

N°	VALUTAZIONE	Cut-off	Punteggio
1	Extended Quality and Outcome Framework (QOF) Numero di farmaci assunti cronicamente	≥4 ≥8	1 1
2	Riduzione del peso corporeo involontaria ≥5Kg in 6 mesi	SI	1
3	Get up and Go Test	> 12 sec.	2
4	General Practice Cognitive Test (GPCog)	≤5/9 Paziente	1
		≥3/6 Parente	1
5	Percezione della propria qualità di vita	≥1/3	1
6	Rete di supporto Socio-Famigliare: Care Giver presente	NO	2

PUNTEGGIO FINALE DEL PAZIENTE:



AZIONI DA INTRAPENDERE

	AZIONE	Effetto
1	Modificare la terapia semplificandola	- Farmaci / - Somministrazioni
2	Prescrivere Vitamina D	2.000UI/die – 25.000 UI/mese
3	Esercizi fisici aerobici ed ausili per la persona	Visita al Domicilio del Paziente
4	Modifica della dieta e dell'ambiente domestico	Visita al Domicilio del Paziente
5	Miglioramento della rete di supporto familiare/sociale	Domanda per UVG – Legge 104 – Invalidità Civile – ADP
6	Approccio palliativo con più assistenza e meno scienza	Negoziazione / Personalizzazione