



LA BUSSOLA DEI VALORI
DELLA RETE ONCOLOGICA
DEL PIEMONTE
E DELLA VALLE D'AOSTA

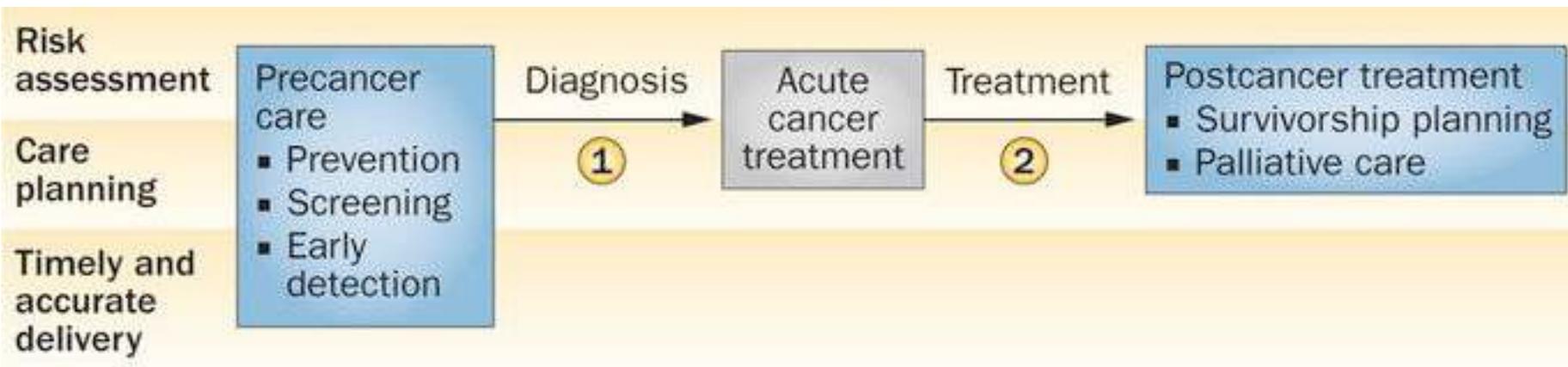
Medicina di Famiglia e cure palliative

Andrea PIZZINI – Medico di Famiglia - TORINO



The role of primary care in early detection and follow-up of cancer

Jon D. Emery , Katie Shaw, Briony Williams, Danielle Mazza, Julia Fallon-Ferguson, Megan Varlow & Lyndal J. Trevena

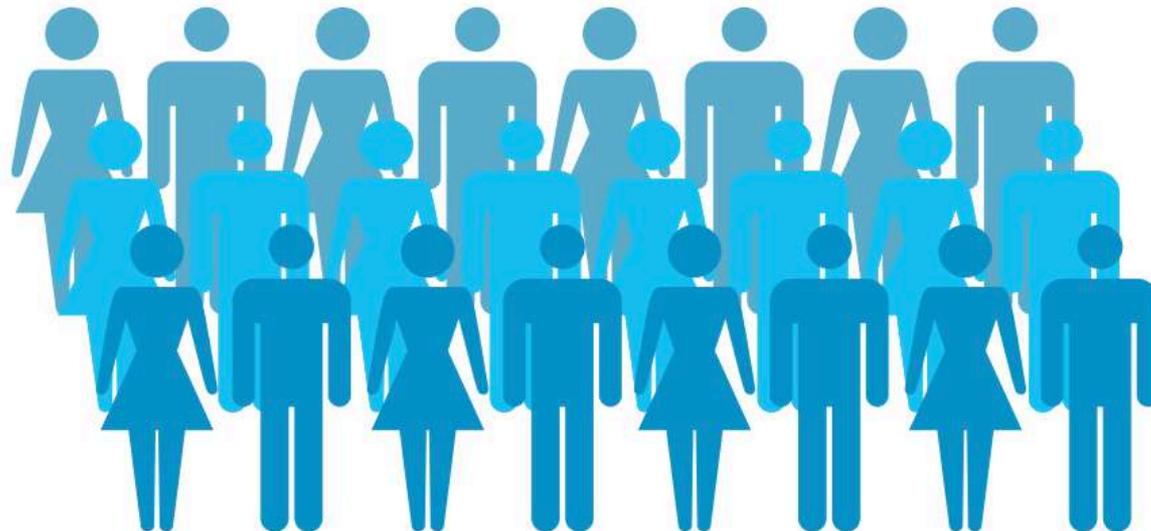


The role of primary care in early detection and follow-up of cancer

Jon D. Emery , Katie Shaw, Briony Williams, Danielle Mazza, Julia Fallon-Ferguson, Megan Varlow & Lyndal J. Trevena

**DIAGNOSI
TEMPESTIVA**

- 1. SCREENING**
- 2. DIAGNOSI PRECOCE**

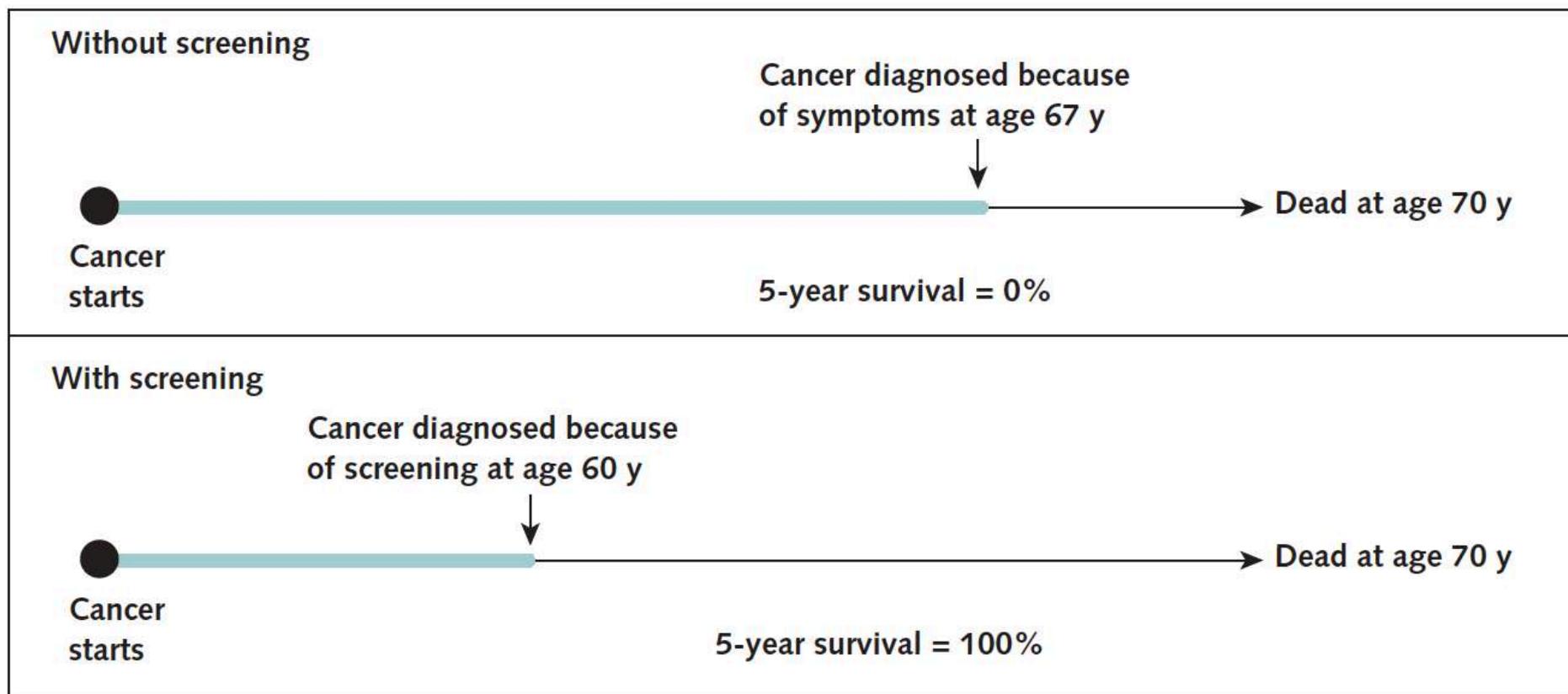


Do Physicians Understand Cancer Screening Statistics? A National Survey of Primary Care Physicians in the United States

Uno Screening che aumenta la sopravvivenza a 5 anni dal 68% al 99%

Evidenza irrilevante

BIAS DI ANTICIPO DIAGNOSTICO

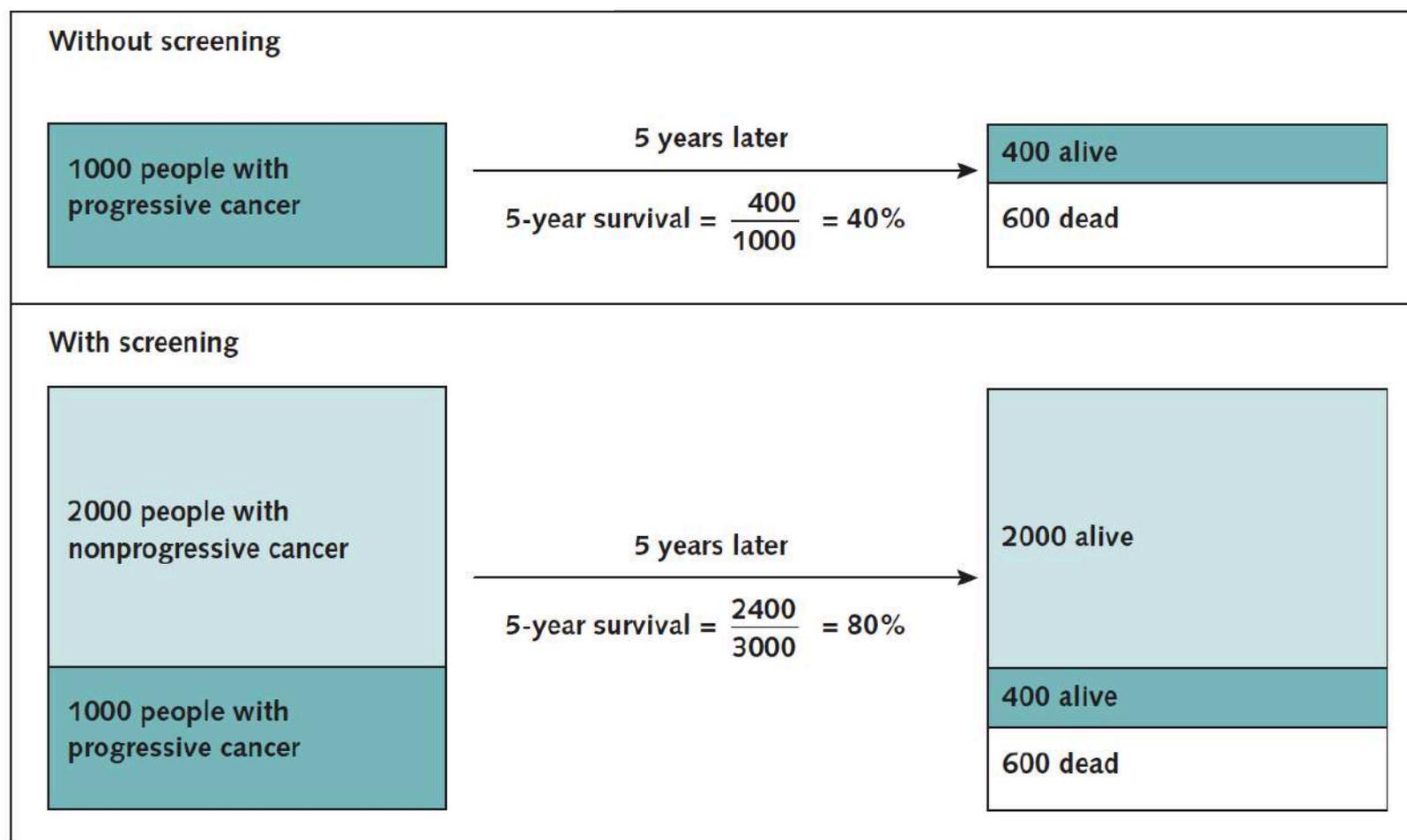


Do Physicians Understand Cancer Screening Statistics? A National Survey of Primary Care Physicians in the United States

Uno Screening che aumenta la sopravvivenza a 5 anni dal 68% al 99%

BIAS DI SOVRADIGNOSI

Evidenza irrilevante



Do Physicians Understand Cancer Screening Statistics? A National Survey of Primary Care Physicians in the United States

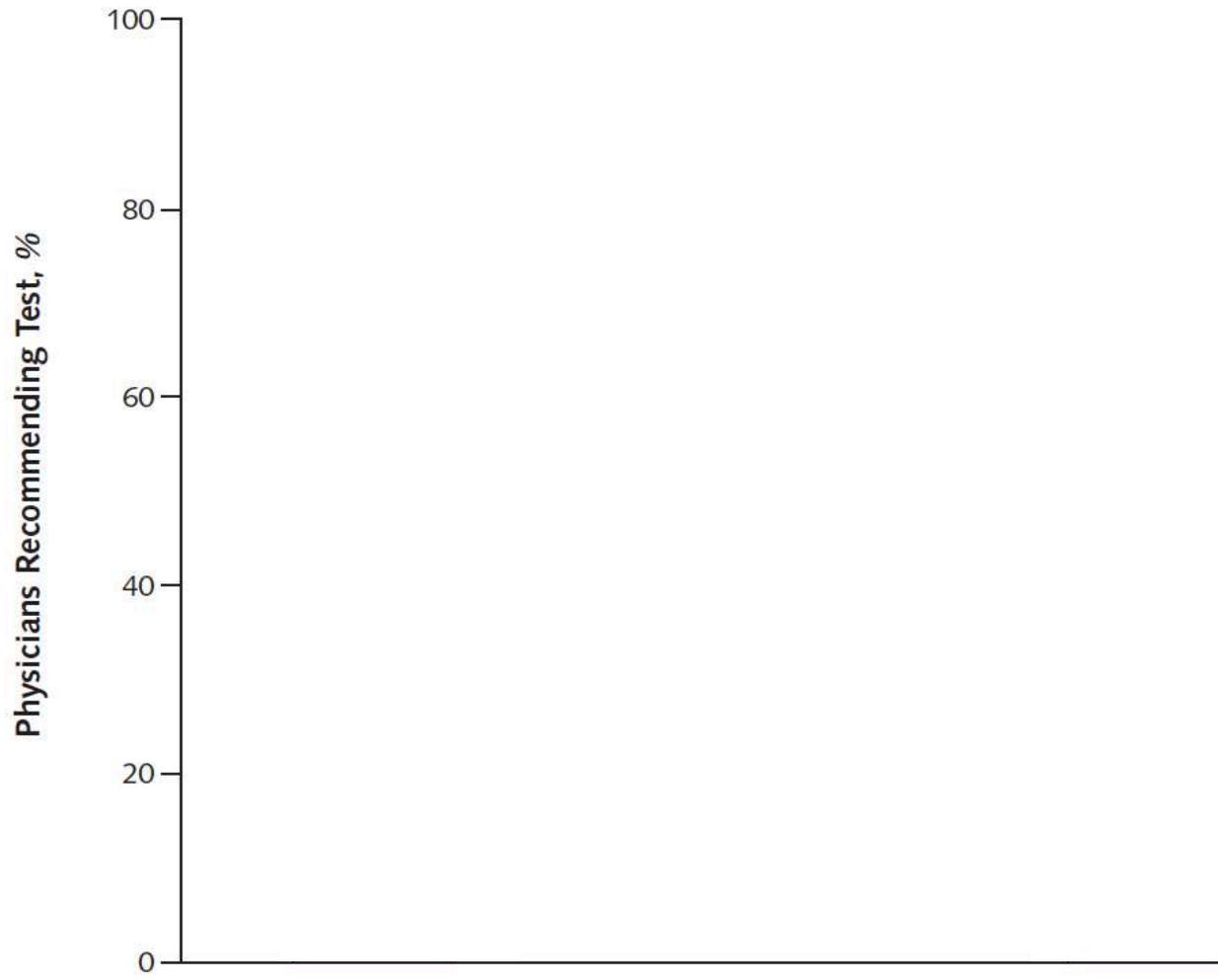
Uno Screening che aumenta la sopravvivenza a 5 anni dal 68% al 99%

Evidenza irrilevante

Un Test di screening che riduca la mortalità per cancro da 2 a 1.6 per 1000 persone

Evidenza rilevante

Data presented	Case 1: mortality data		Case 2: 5-year survival data	
	No screening	Screening	No screening	Screening
	2 deaths per 1000	1.6 deaths per 1000	68%	99%
Correct answer	Recommend screening because reduced mortality is valid evidence of benefit.		Would not recommend screening because improved survival with screening is not valid evidence of benefit.	



Do Physicians Understand Cancer Screening Statistics? A National Survey of Primary Care Physicians in the United States

Uno Screening che aumenta la sopravvivenza a 5 anni dal 68% al 99%

Evidenza irrilevante

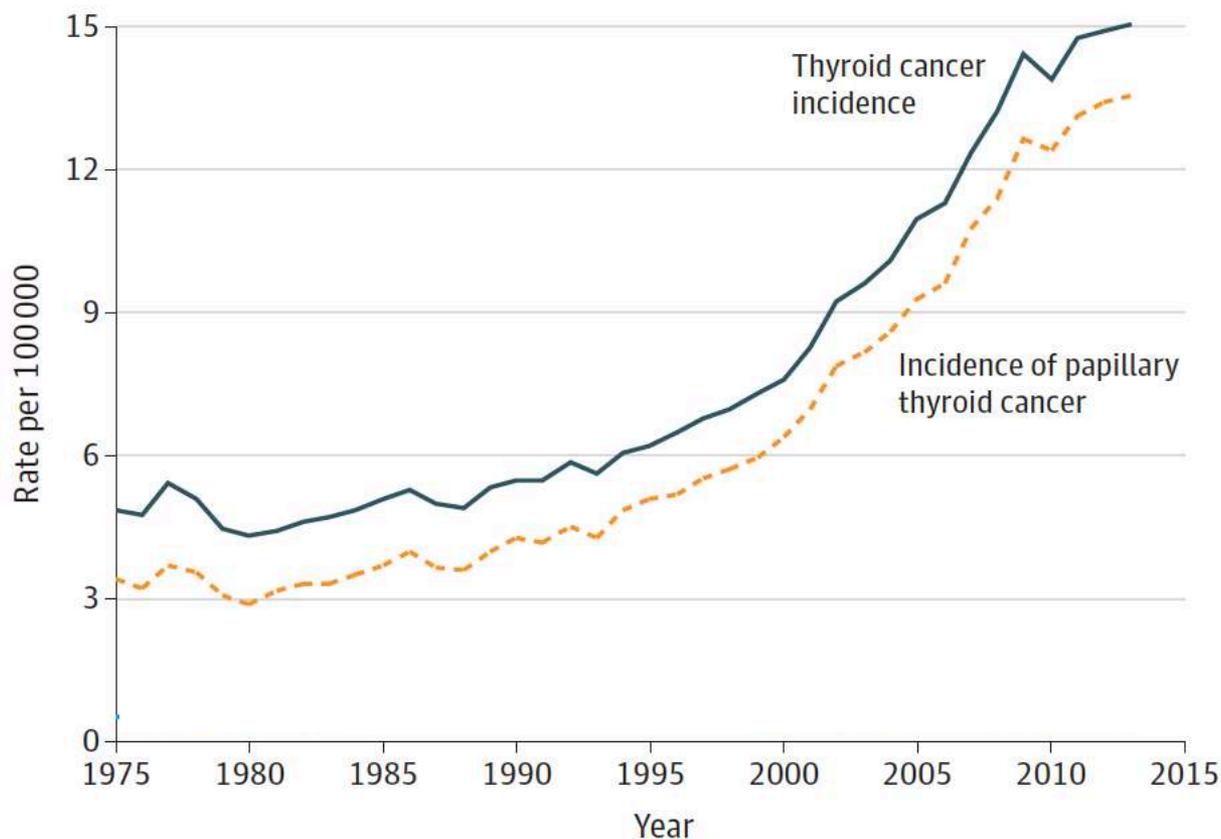
Un Test di screening che riduca la mortalità per cancro da 2 a 1.6 per 1000 persone

Evidenza rilevante

Conclusion: Most primary care physicians mistakenly interpreted improved survival and increased detection with screening as evidence that screening saves lives. Few correctly recognized that only reduced mortality in a randomized trial constitutes evidence of the benefit of screening.

Cancer Screening, Overdiagnosis, and Regulatory Capture

Figure. Thyroid Cancer Incidence and Mortality in the United States

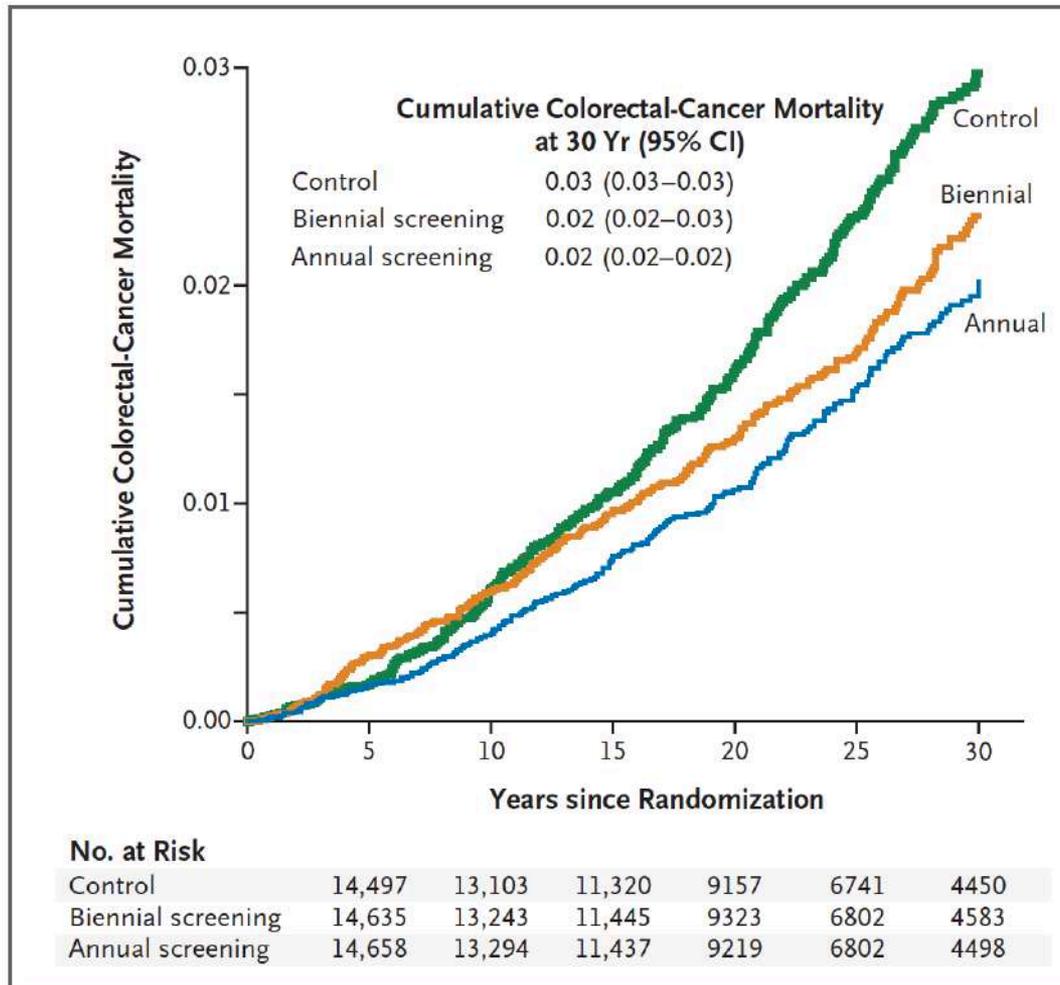


Conclusions and Recommendation The USPSTF recommends against screening for thyroid cancer in asymptomatic adults. (D recommendation)

ORIGINAL ARTICLE

N Engl J Med 2013;369:1106-14.

Long-Term Mortality after Screening for Colorectal Cancer



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

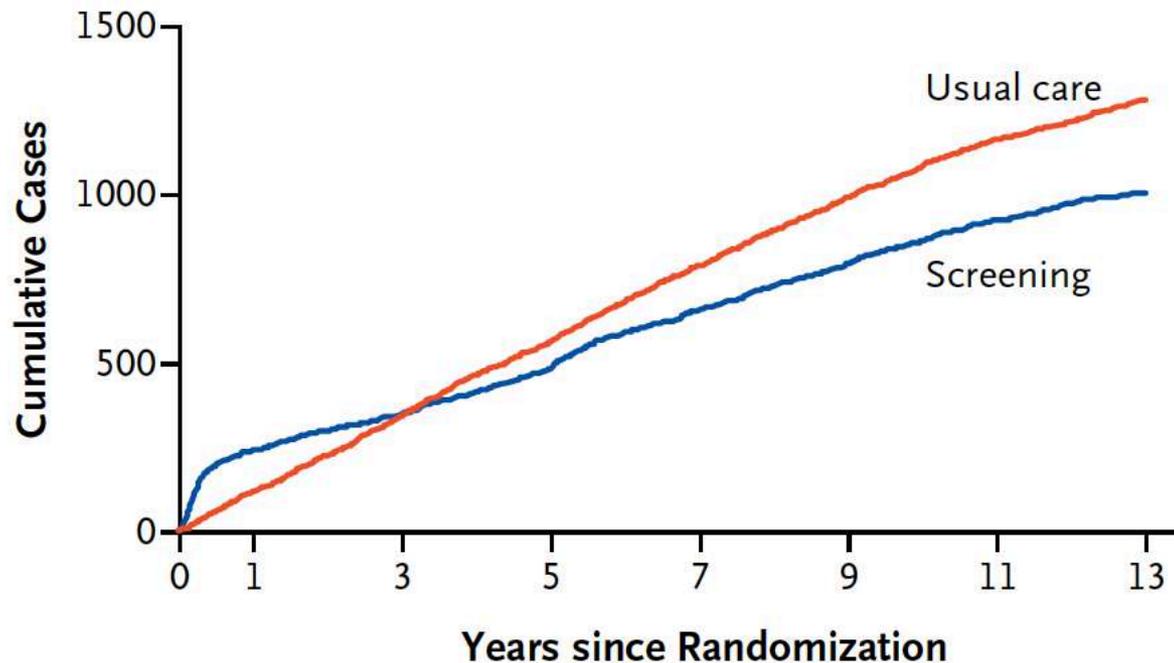
JUNE 21, 2012

VOL. 366 NO. 25

Colorectal-Cancer Incidence and Mortality with Screening Flexible Sigmoidoscopy



A Overall Colorectal-Cancer Incidence



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

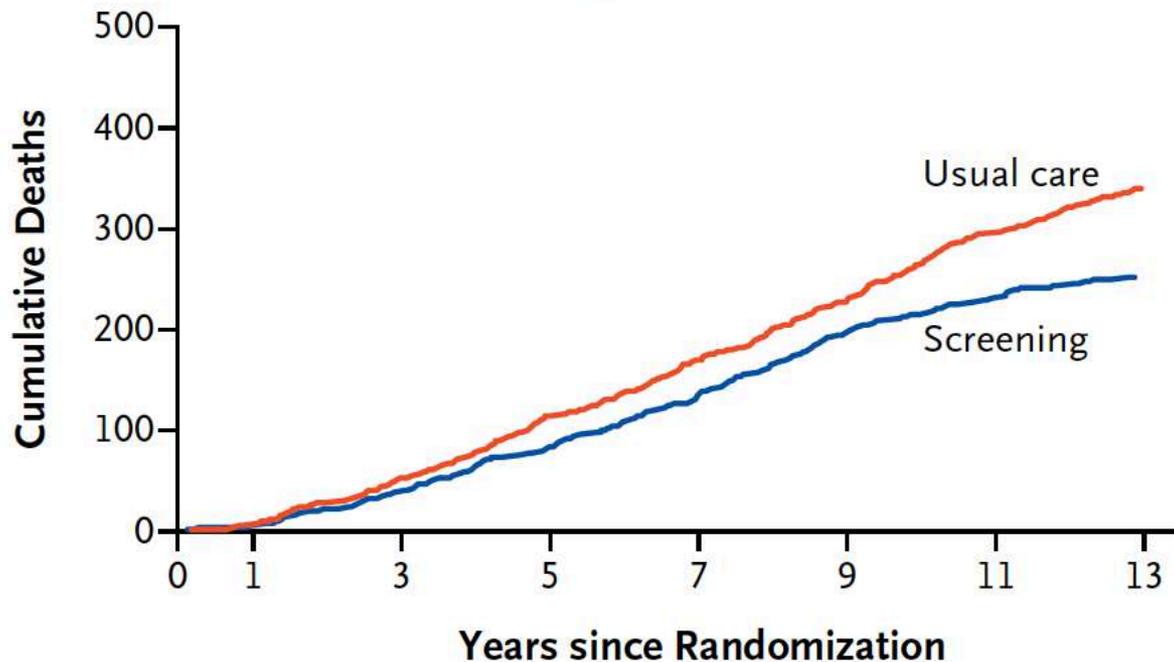
JUNE 21, 2012

VOL. 366 NO. 25

Colorectal-Cancer Incidence and Mortality with Screening Flexible Sigmoidoscopy



B Overall Colorectal-Cancer Mortality

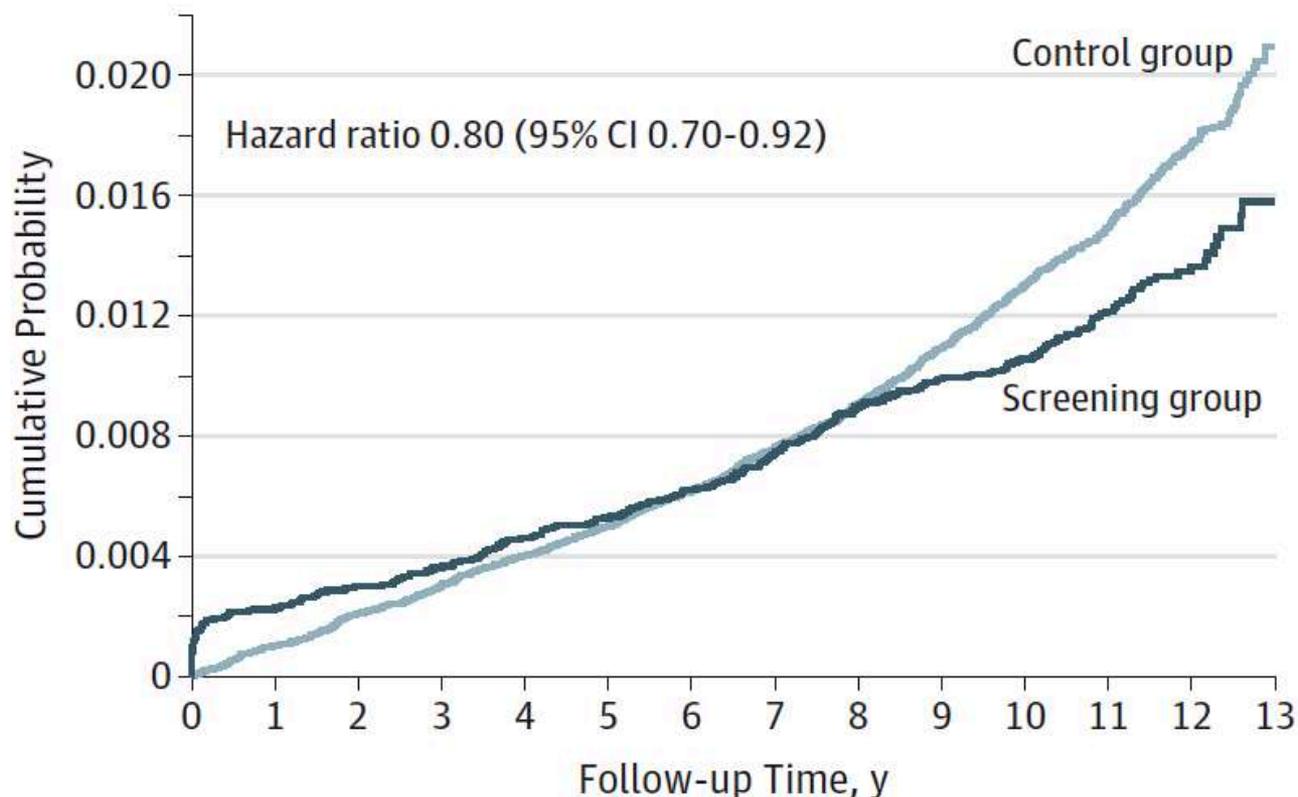


Effect of Flexible Sigmoidoscopy Screening on Colorectal Cancer Incidence and Mortality

A Randomized Clinical Trial

JAMA. 2014;312(6):606-615.

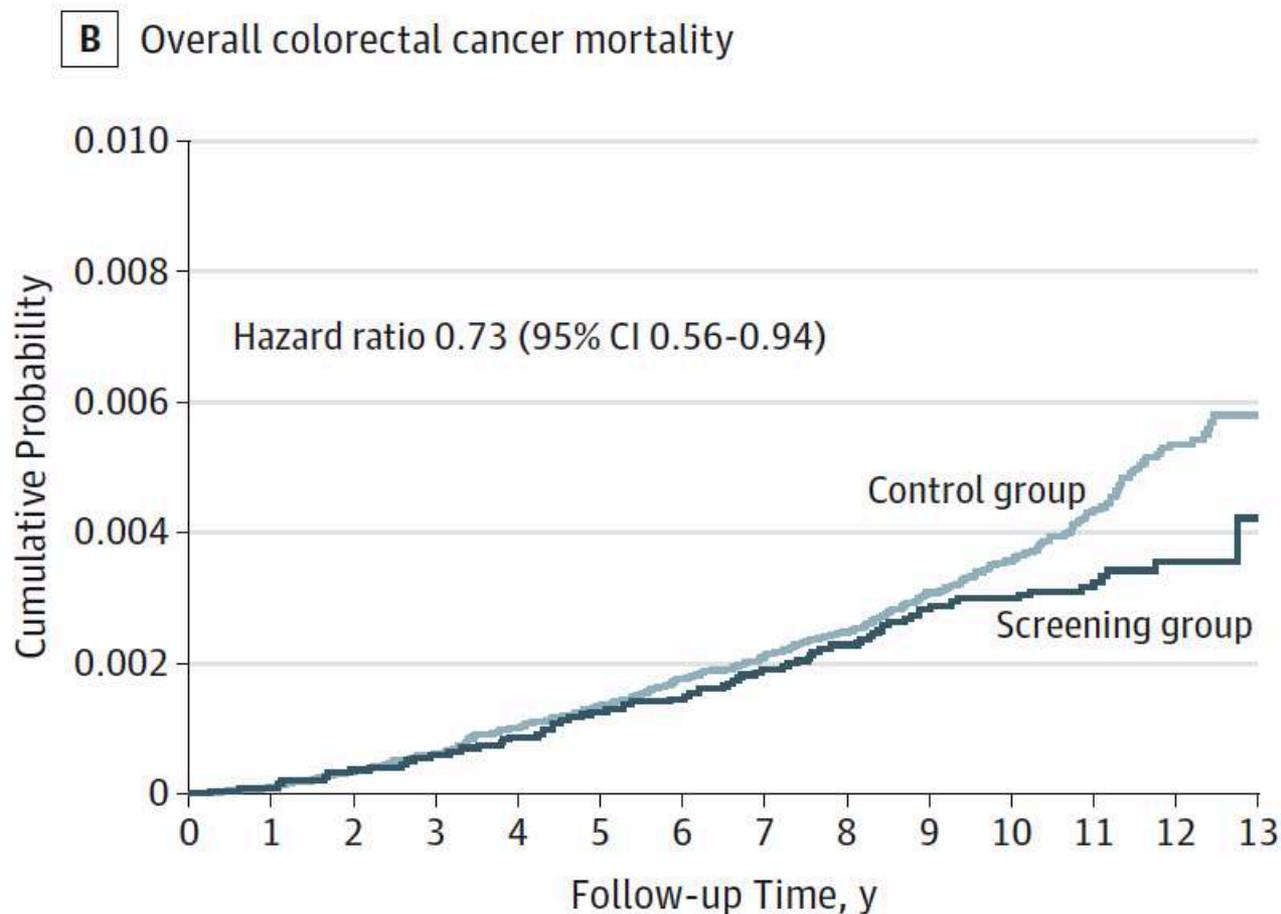
A Overall colorectal cancer incidence



Effect of Flexible Sigmoidoscopy Screening on Colorectal Cancer Incidence and Mortality

A Randomized Clinical Trial

JAMA. 2014;312(6):606-615.



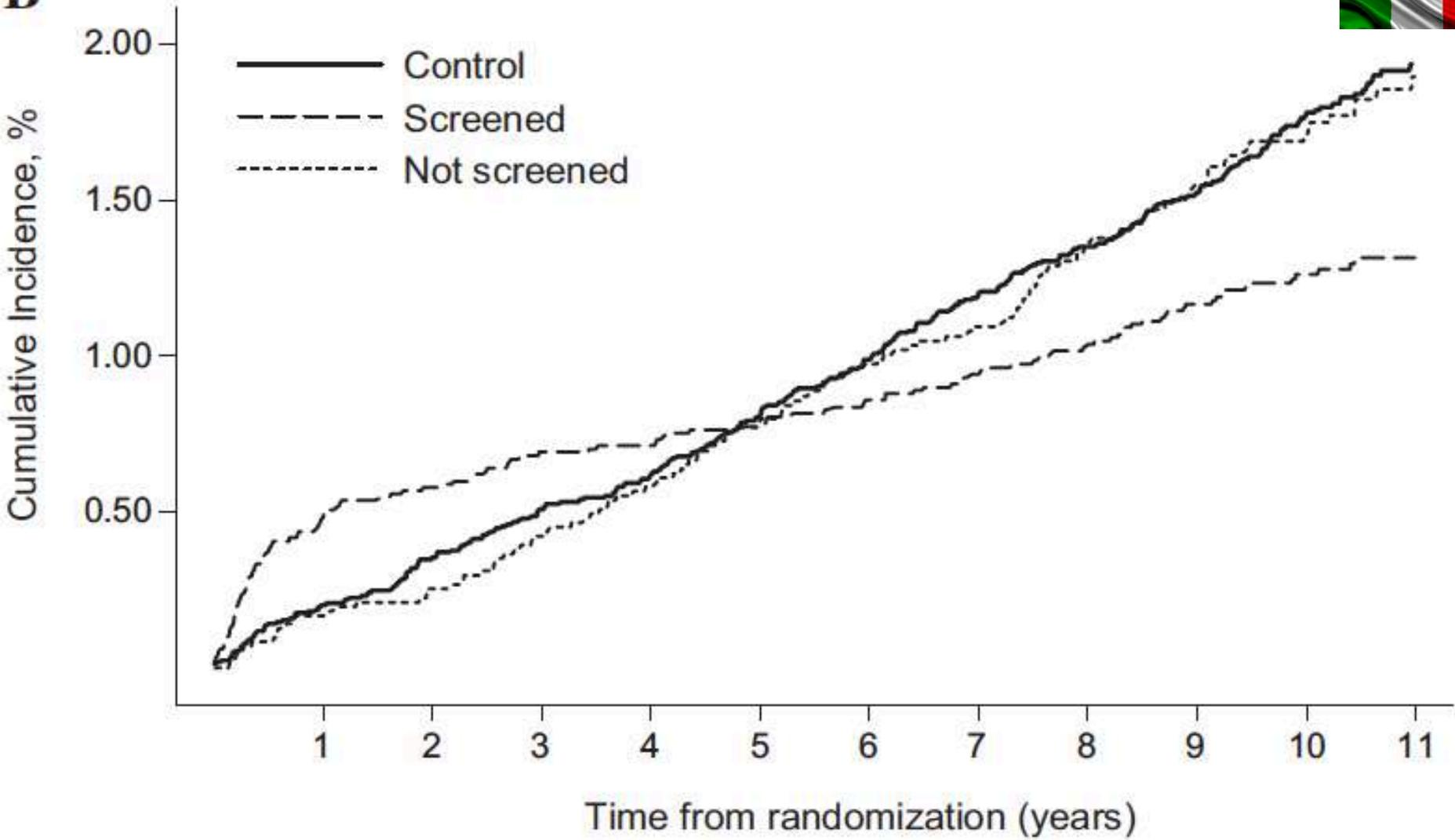
Once-Only Sigmoidoscopy in Colorectal Cancer Screening: Follow-up Findings of the Italian Randomized Controlled Trial—SCORE



J Natl Cancer Inst 2011;103:1310-1322



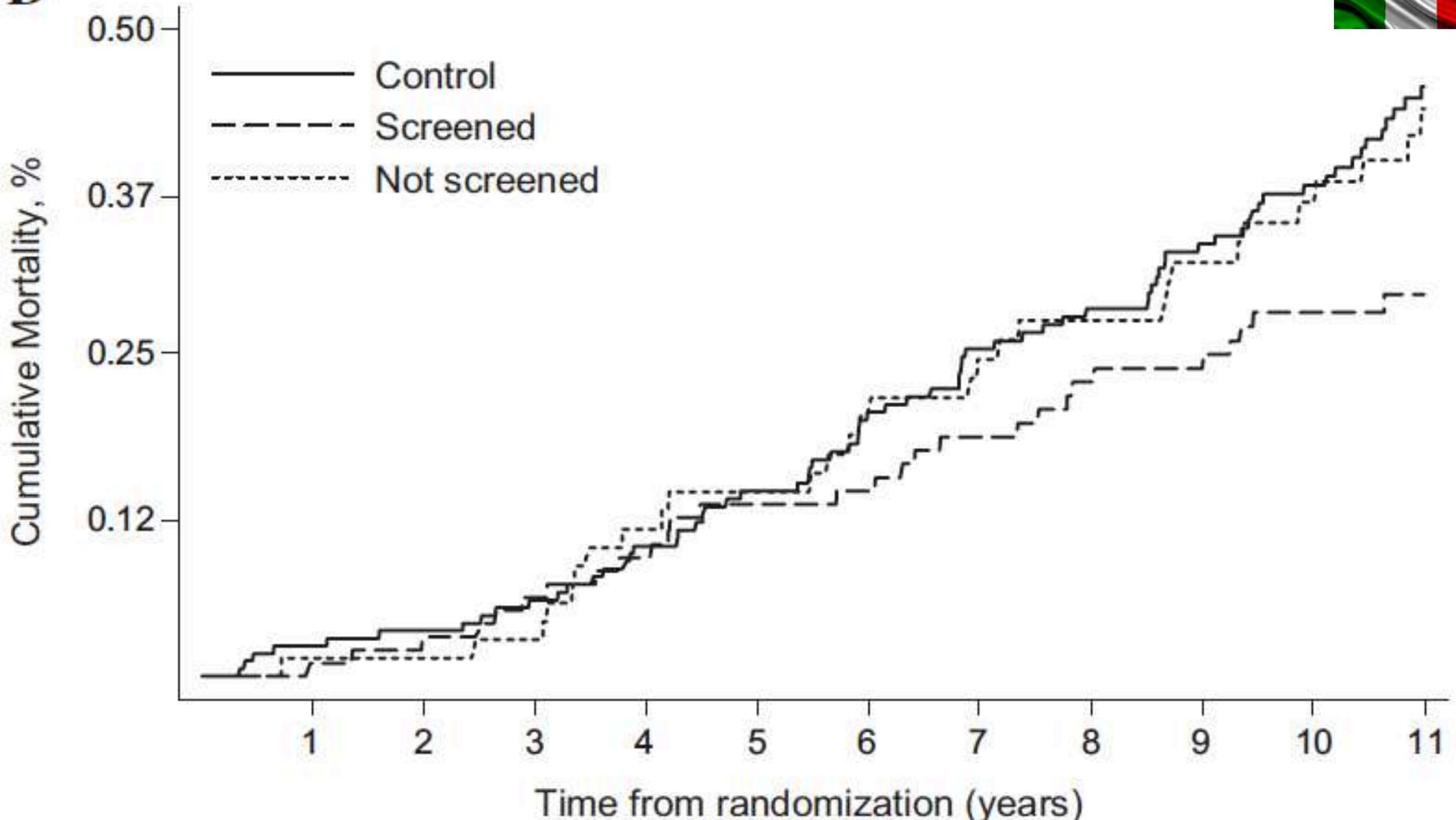
B





Once-Only Sigmoidoscopy in Colorectal Cancer Screening: Follow-up Findings of the Italian Randomized Controlled Trial—SCORE

D



Conclusion A single flexible sigmoidoscopy screening between ages 55 and 64 years was associated with a substantial reduction of CRC incidence and mortality.

Screening for Colorectal Cancer and Evolving Issues for Physicians and Patients

JAMA. 2016;316(20):2135-2145.

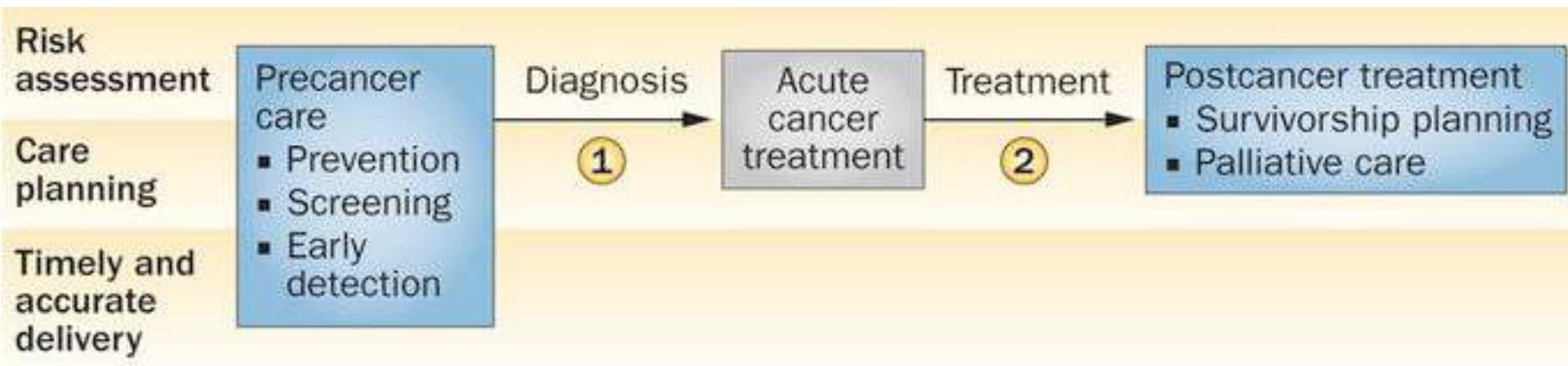
A Review

David Lieberman, MD; Uri Ladabaum, MD, MS; Marcia Cruz-Correa, MD; Carla Ginsburg, MD, MPH;
John M. Inadomi, MD; Lawrence S. Kim, MD; Francis M. Giardiello, MD; Richard C. Wender, MD

CONCLUSIONS AND RELEVANCE CRC screening is effective if patients adhere to the steps in each screening program. There is no evidence that one program is superior to another. Informed decision-making tools are provided to assist patients and clinicians with the goal of improving adherence to effective screening.

The role of primary care in early detection and follow-up of cancer

Jon D. Emery , Katie Shaw, Briony Williams, Danielle Mazza, Julia Fallon-Ferguson, Megan Varlow & Lyndal J. Trevena



PATOLOGIE ONCOLOGICHE IN AUMENTO

DIMINUISCE LA MORTALITÀ

- Progressi ricerca scientifica
- Apparecchiature diagnostico / terapeutiche d'avanguardia
- Maggiore prevenzione primaria e secondaria
- Condivisione delle conoscenze

AUMENTA L'INCIDENZA

- Aumento della vita media della popolazione
- Stili di vita non adeguati
- Maggiore esposizione ai fattori di rischio



GUARIRE AD
OGNI COSTO

1970

GUARIRE AL
COSTO PIU' BASSO

2019

Compito di gestire nei Sopravvissuti al cancro la sorveglianza
delle **TOSSICITÀ TARDIVE**

Palliative care from diagnosis to death

Evidence is growing that people can benefit from palliative care earlier in their illness, say **Scott Murray and colleagues**, but care must be tailored to different conditions

Spesso si associano le cure palliative ai pazienti con tumore non è raro che queste vengano prese in considerazione solo nelle ultime settimane di vita di questi pazienti, quando le strategie che si possono mettere in campo sono meno efficaci e più limitate.



Ci sono differenti malattie con differenti trajectories

Nei paesi sviluppati si è calcolato che più dell'80% delle persone con malattie avanzate diverse dal tumore potrebbero giovare di questo approccio.

Palliative care from diagnosis to death

Evidence is growing that people can benefit from palliative care earlier in their illness, say **Scott Murray and colleagues**, but care must be tailored to different conditions

trajectories

Palliative care from diagnosis to death

Evidence is growing that people can benefit from palliative care earlier in their illness, say **Scott Murray and colleagues**, but care must be tailored to different conditions

Palliative care from diagnosis to death

Evidence is growing that people can benefit from palliative care earlier in their illness, say **Scott Murray and colleagues**, but care must be tailored to different conditions

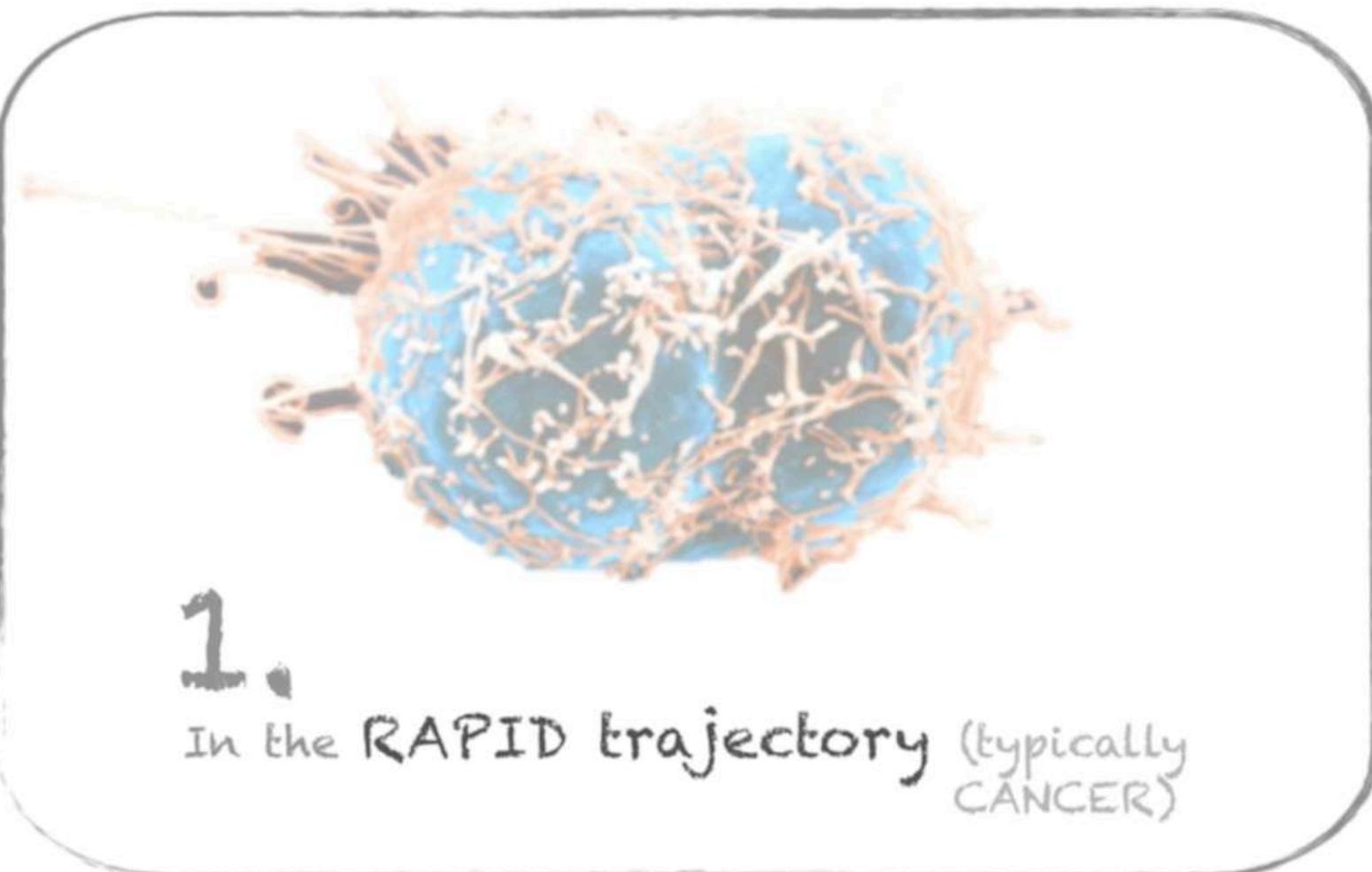
Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:

3 main trajectories

4-Dimensional experience

Palliative care from diagnosis to death

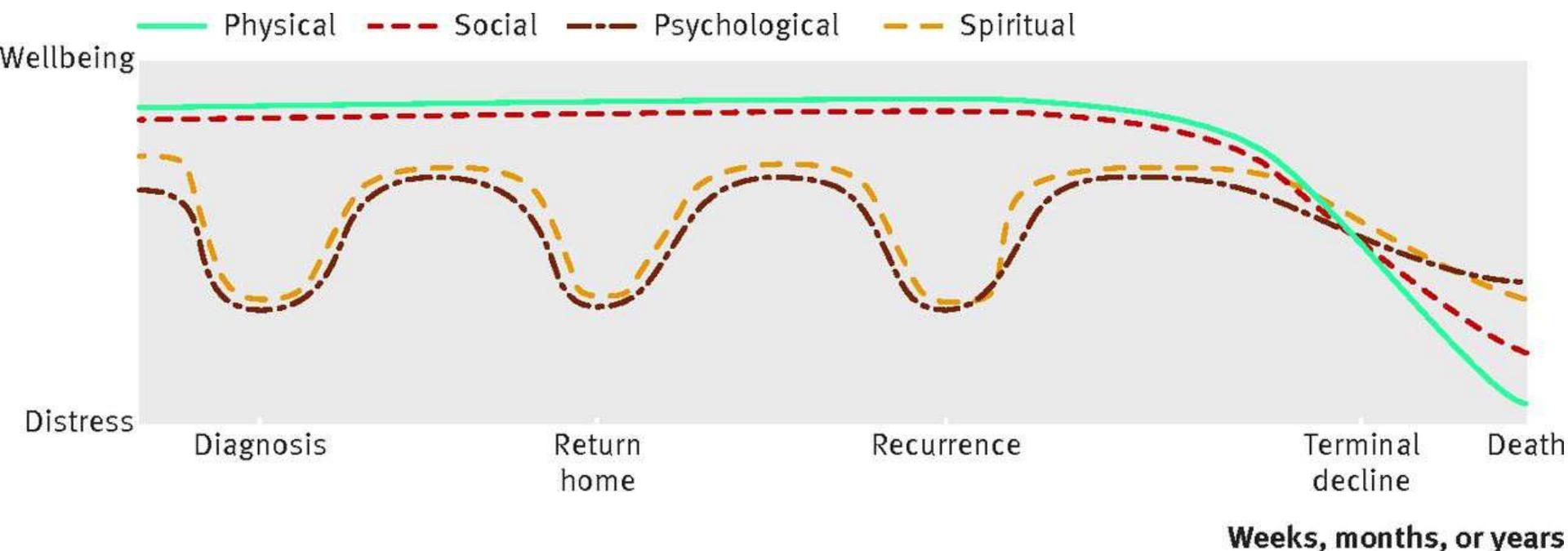
Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:



Palliative care from diagnosis to death

Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:

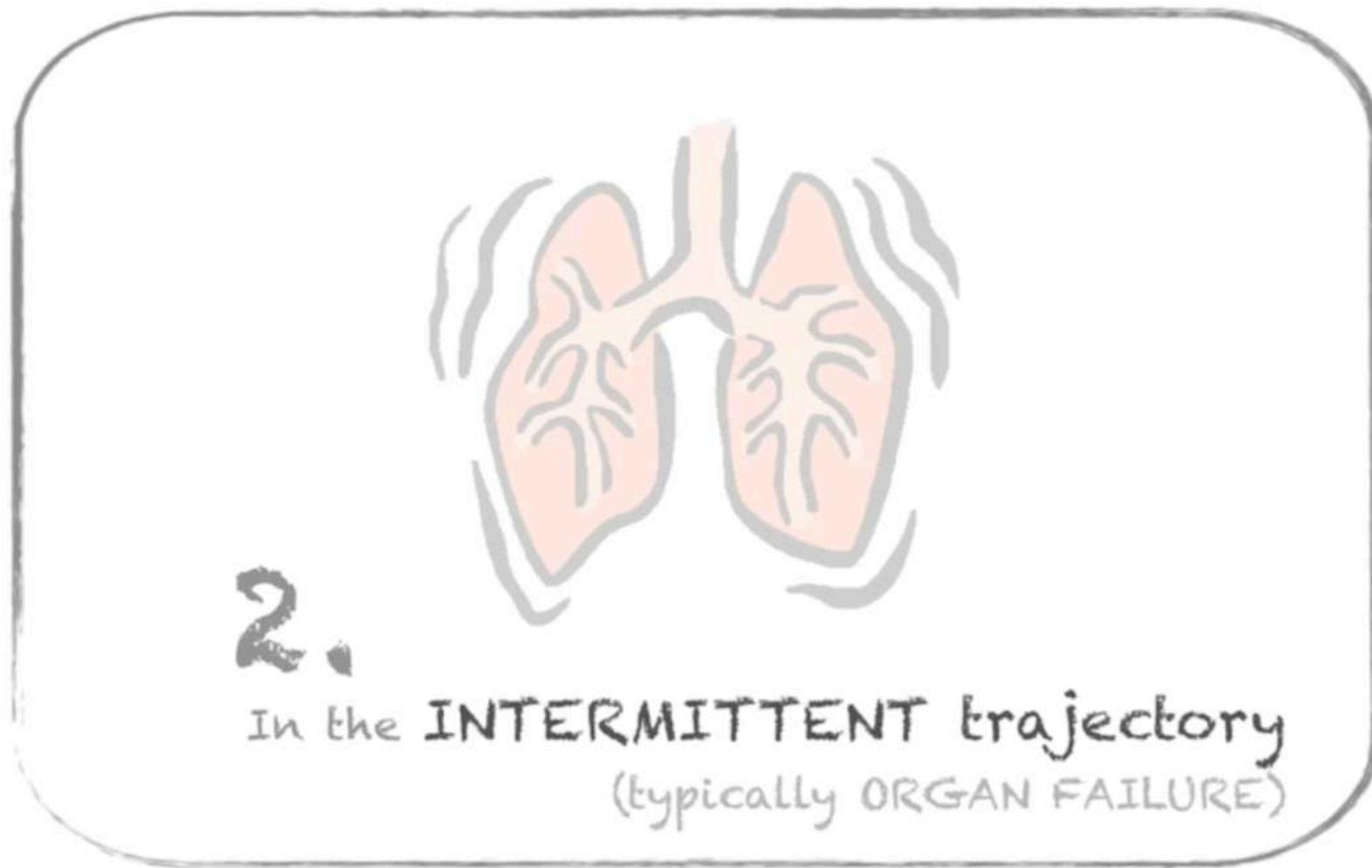
1- Traiettoria RAPIDA - tipica del Cancro



- Le persone con il cancro hanno bisogno di un precoce approccio palliativo, anche quando possono stare ancora fisicamente bene
- Le altre dimensioni possono causare angoscia acuta: il semplice riconoscimento dell'ansia fin dall'inizio è molto gradito dai pazienti

Palliative care from diagnosis to death

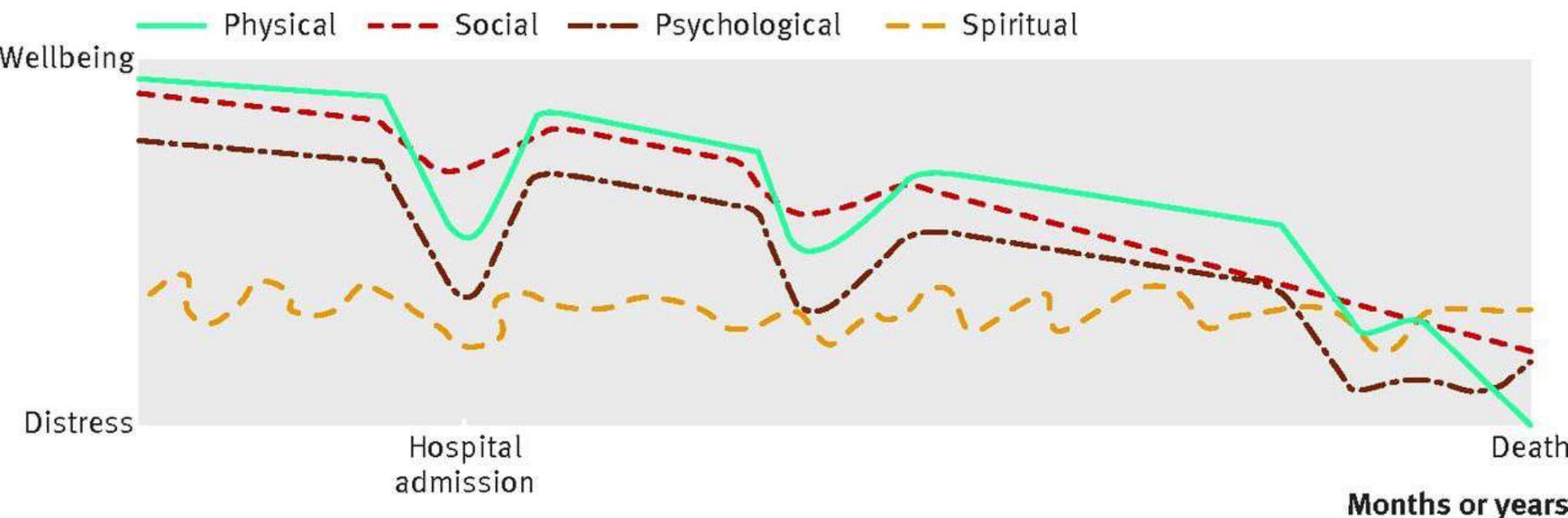
Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:



Palliative care from diagnosis to death

Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:

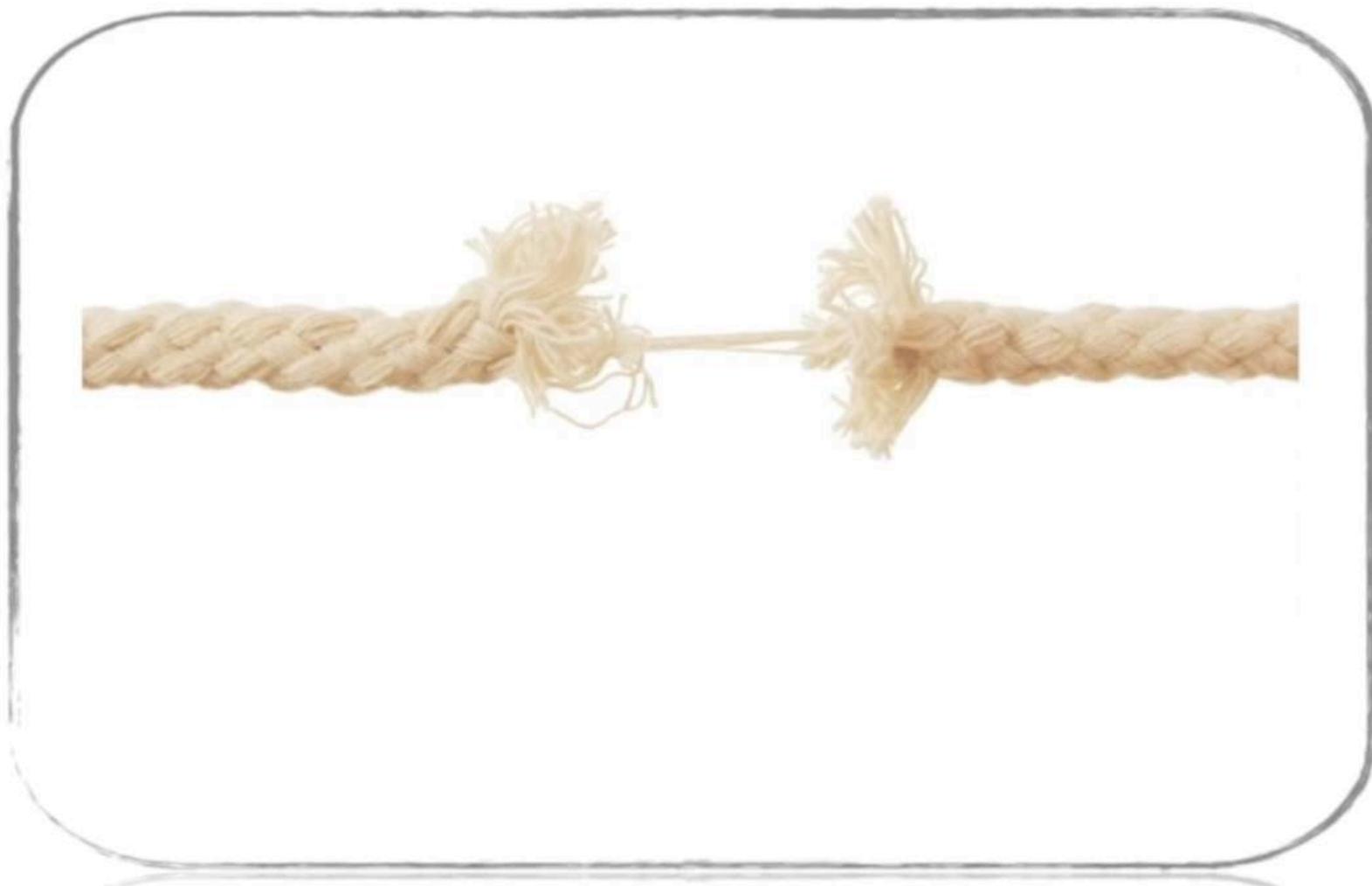
2- Traiettoria INTERMITTENTE - tipica delle Insufficienze d'organo



- Interventi precoci che affrontano questioni psicologiche e sociali possono essere più efficaci che affrontare solo quelle fisiche
- La pianificazione dovrebbe anche prevenire l'angoscia in tutte le dimensioni

Palliative care from diagnosis to death

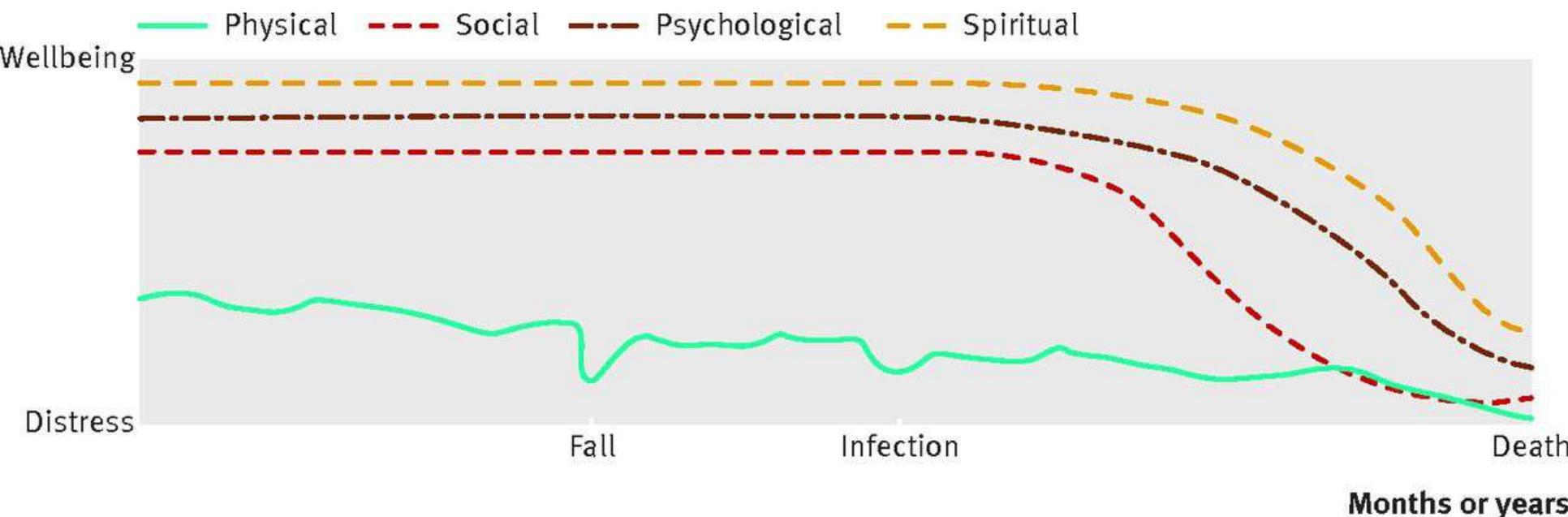
Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:



Palliative care from diagnosis to death

Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:

3- Traiettorie con GRADUALE DECLINO - tipica della Fragilità o Demenza



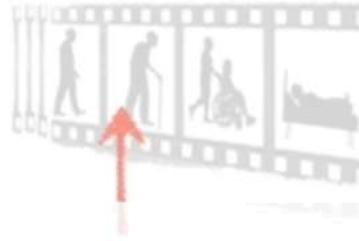
- Mentre si sostiene la salute fisica, si favorisce la resilienza sociale e psicologica ed il senso dello scopo finale
- Le paure più grandi possono essere la perdita di indipendenza, demenza o essere un peso

Palliative care from diagnosis to death

Quindi nell'ambito delle Cure Palliative possiamo avere:

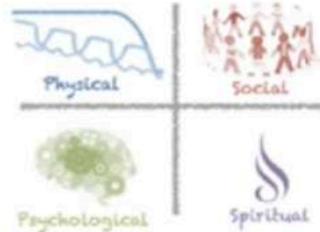


1. Identify early



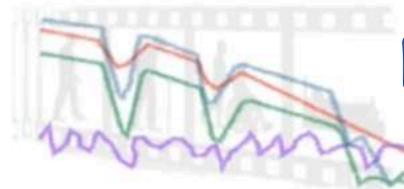
Identificazione
precoce

2. Consider the 4
Dimensions



Considerare le 4
Dimensioni

3. Discuss the trajectories with
patients and carers



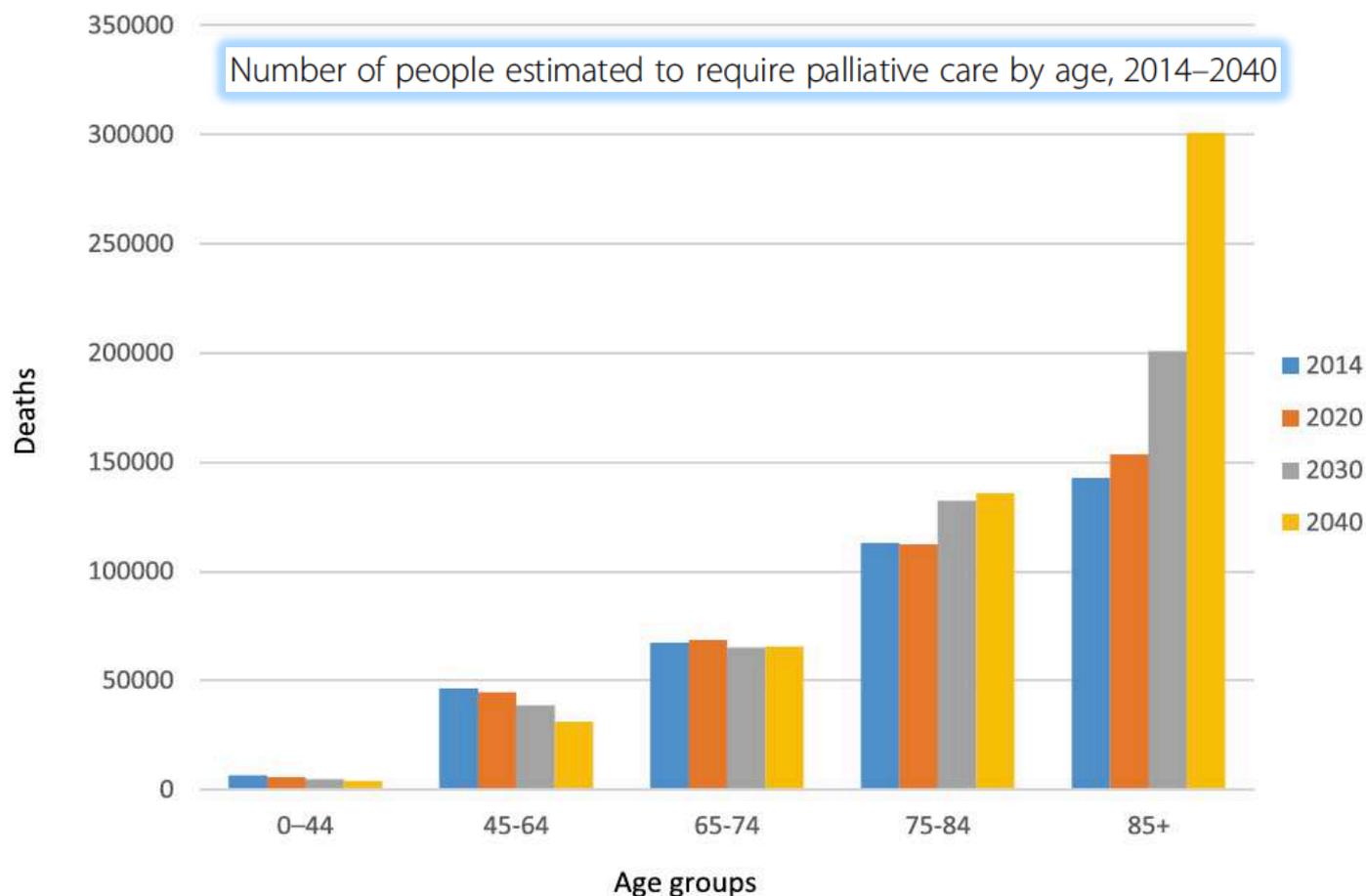
Discutere le
Traiettorie con i
pazienti e i Caregiver

4. Plan
Integrate with ongoing
disease management
and communicate

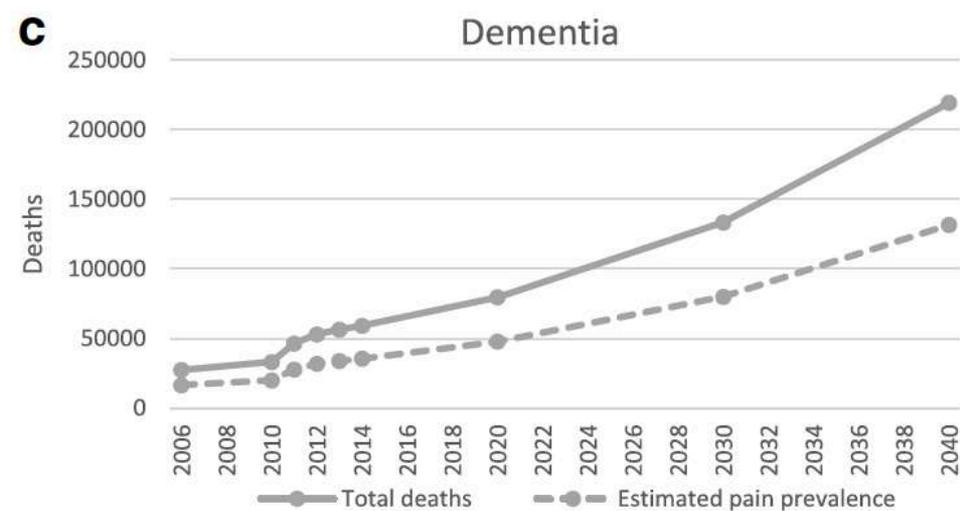
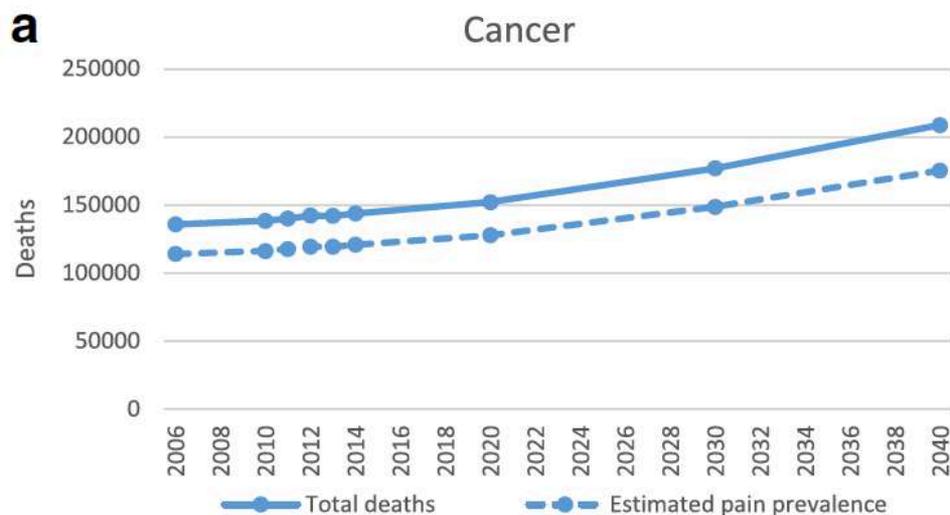


Pianificare:
integrando con il
procedere del
management della
malattia e con le
comunicazioni

How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services



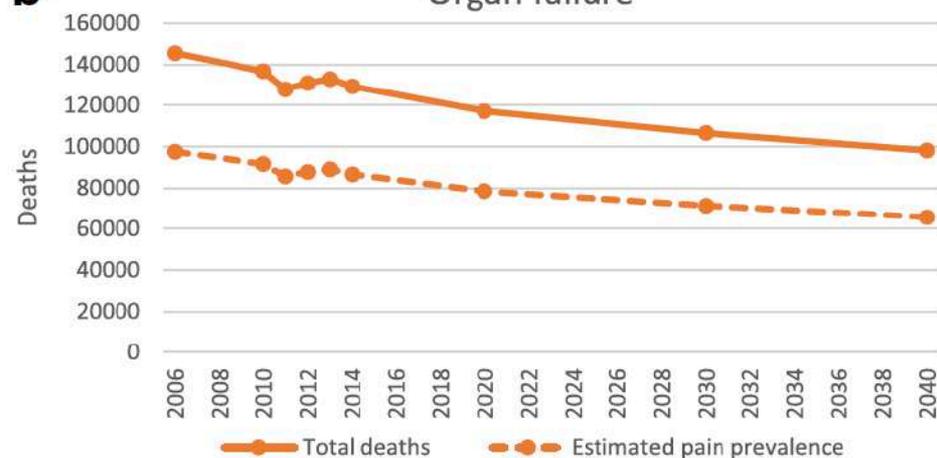
How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services



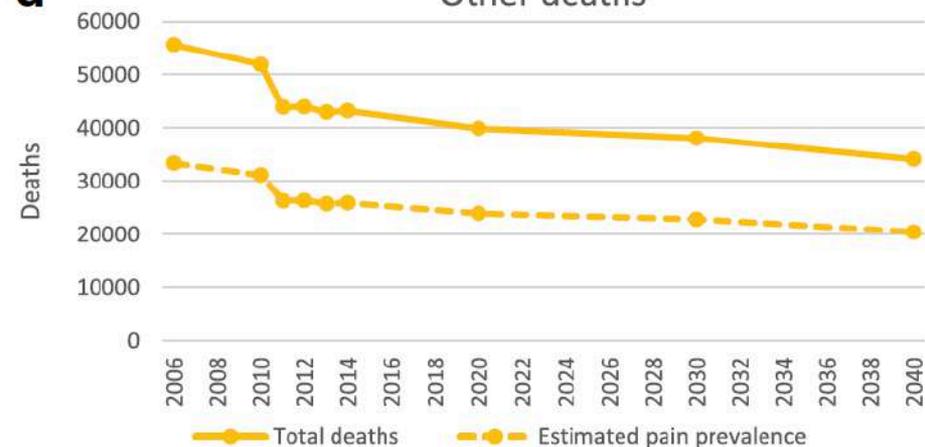
How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services

b

Organ failure

**d**

Other deaths

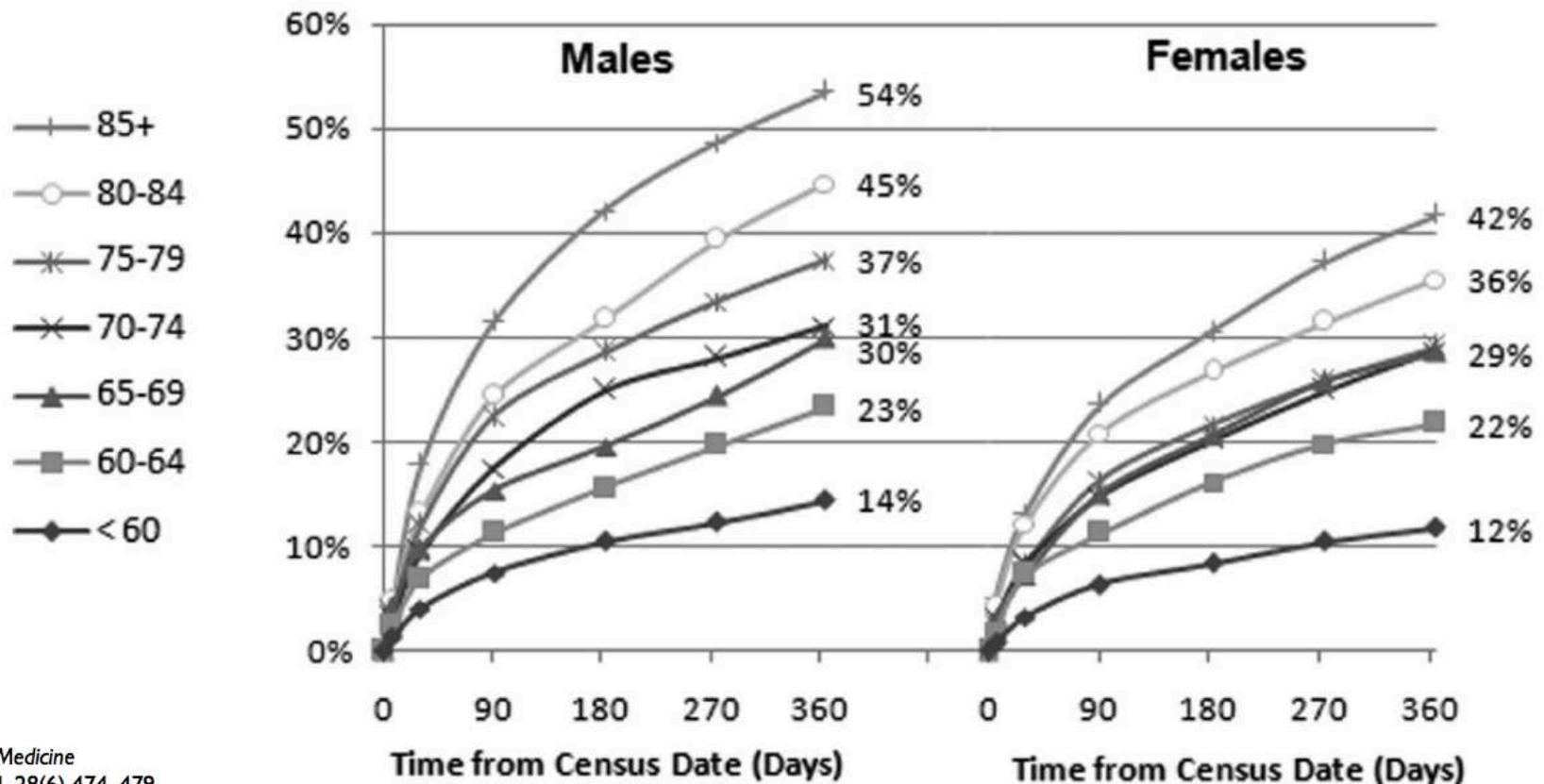


Primary palliative care needs urgent attention

Primary care teams are vital to the initiation and delivery of effective palliative care

Molte delle persone che sono ricoverate in ospedale muoiono entro l'anno

Proportion of Patients Died



BMJ 2019;365:l1827 doi: 10.1136/bmj.l1827 (Published 18 April 2019)

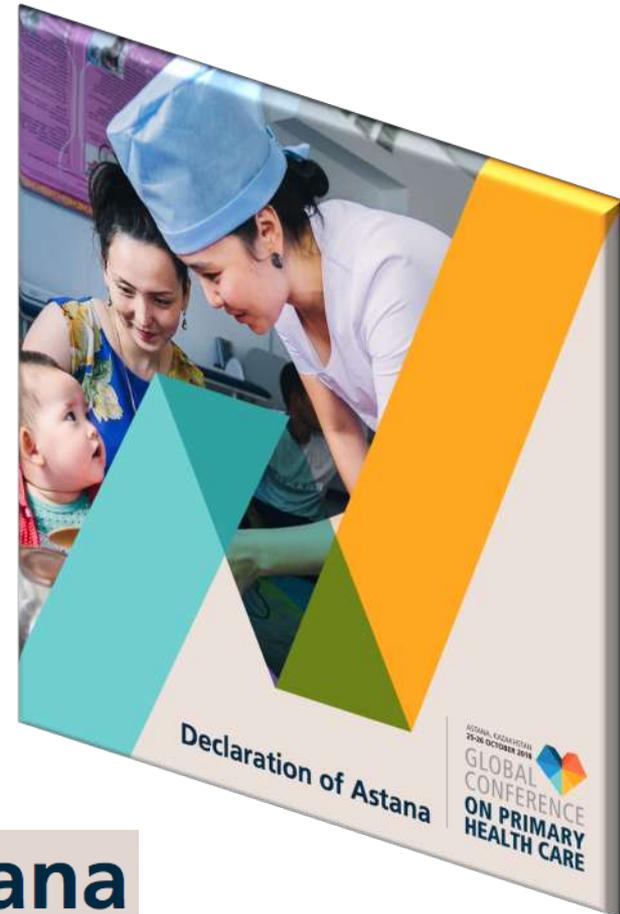
Primary palliative care needs urgent attention

Primary care teams are vital to the initiation and delivery of effective palliative care

Nel 2018 l'OMS ha affermato che fornire cure palliative a pazienti, famiglie e comunità è **fondamentale per il ruolo e l'identità** dei Medici di Famiglia



Declaration of Astana



Primary palliative care needs urgent attention

Primary care teams are vital to the initiation and delivery of effective palliative care

Original Research

Who Is Responsible? The Role of Family Physicians in the Provision of Supportive Cancer Care

J Oncol Pract 2010;6:19-24.

La relazione di fiducia e di lunga data tra i Medici di Famiglia (GP) e i loro pazienti creano un contesto ideale per la precoce identificazione delle esigenze di cure palliative, anche per le persone fragili, quelle con multimorbilità e quelle a rischio di ricoveri indesiderati in ospedale.



Australian Family Physician Vol. 34, No. 4, April 2005

RESEARCH

Patient perceptions of the GP role in cancer management

Questa relazione di fiducia viene ben vista dai pazienti e questo dovrebbe essere sfruttato dagli specialisti

The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers

J. Easley MA,* B. Miedema PhD,* M.A. O'Brien PhD,[†] J. Carroll MD,^{†‡} D. Manca MD MCISC,[§] F. Webster PhD,[†] and E. Grunfeld MD DPhil[†] for the Canadian Team to Improve Community-Based Cancer Care Along the Continuum

Conclusions Better communication, more collaboration, and further education are needed to enhance the role of FPs in the care of cancer patients.



Bridging the gap between primary care and the cancer system

Program Description

The UPCON Network of CancerCare Manitoba

Jeffrey Sisler MD MCISc CCFP FCFP Pat McCormack-Speak RN MBA

Can Fam Physician 2009;55:273-8



SERVE UN NETWORK INFORMATIZZATO

HAMSTER HEALTH CARE

Per descrivere la difficile situazione
dei Medici di Famiglia:

“L’Assistenza Sanitaria del Criceto”

BMJ

BMJ VOLUME 321 23-30 DECEMBER 2000

Hamster health care

Time to stop running faster and redesign health care

***“In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono
come criceti all’interno di una ruota: devono correre
sempre più veloci per rimanere fermi.”***

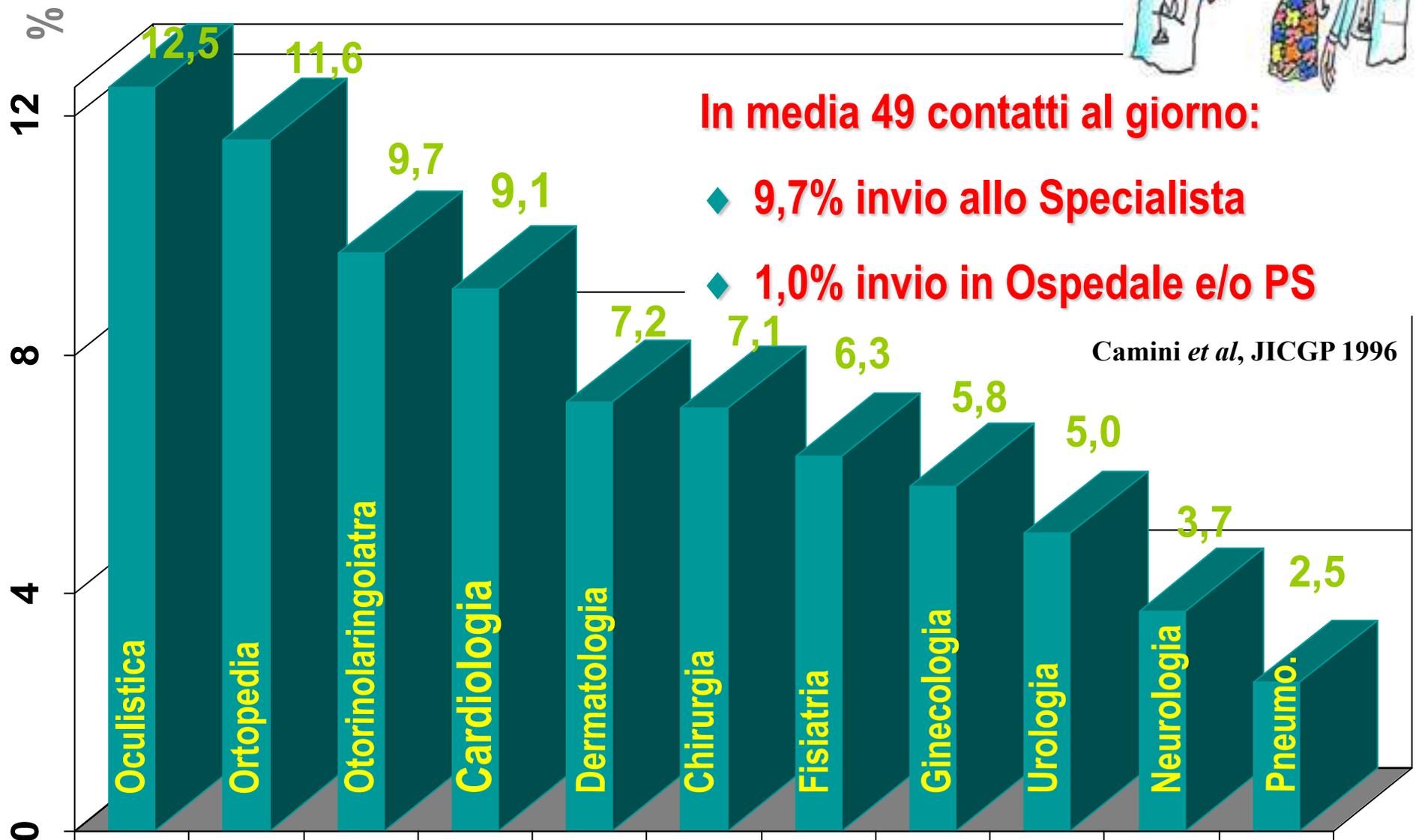


I SINTOMI DI PRESENTAZIONE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA -Classificazione ICPC-

- | | | | |
|----------------------|------|---------------------------|------|
| • 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% |



SPECIALITÀ 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%



Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?

Arthur Hibble, David Kanka, David Pencheon, Fiona Pooles

BMJ 1998;317:862-3

Hanno impilato le 855 Linee Guida utilizzate dai General Practitioners di Cambridge, raggiungendo:

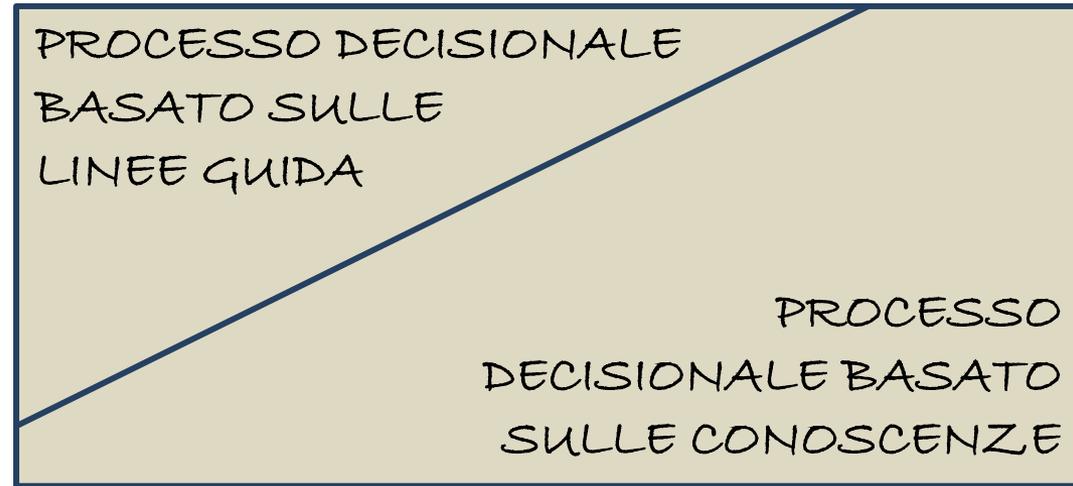
- ✓ Altezza di 68cm
- ✓ Peso di 28kg

Concludono che il GP gestisce da solo il 90% dei problemi che gli si presentano, ed ha bisogno di informazioni pratiche per gestire decisioni spesso difficili e complesse.



IL SOVRACCARICO DI INFORMAZIONI, ANCHE SE DI BUONA QUALITÀ, PUÒ CORRISPONDERE A NESSUNA INFORMAZIONE

IL RUOLO DELLE LINEE GUIDA NEL PROCESSO DECISIONALE IN MEDICINA GENERALE



Paziente A

Paziente B

Paziente C

- **Paziente A:** emorragia da ulcera duodenale HP +. Non vi sono molti dubbi sulla necessità di eradicazione; il Medico deve integrare questa decisione solo con una piccola frazione di conoscenze (Es. quale schema e/o quale antibiotici in base al Paziente)

- **Paziente B:** cirrosi epatica con varici esofagee che presenta una Fibrillazione Atriale non valvolare che le LG candidano alla TAO. Qui il Medico deve integrare questa decisione con una cospicua mole di conoscenze (sia del Paziente che della Letteratura) per definire se in «quel Paziente» il rischio emorragico della TAO è maggiore della sua capacità di prevenire complicanze tromboemboliche.

- **Paziente C:** una decisione per la quale non vi sono LG. Qui il Medico per questa decisione deve integrare le migliori evidenze comunque disponibili con le esigenze del Paziente.

Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity

Care of patients with multimorbidity could be improved if new technology is used to bring together guidelines on individual conditions and tailor advice to each patient's circumstances, say **Bruce Guthrie and colleagues**

BMJ 2012;345:e6341

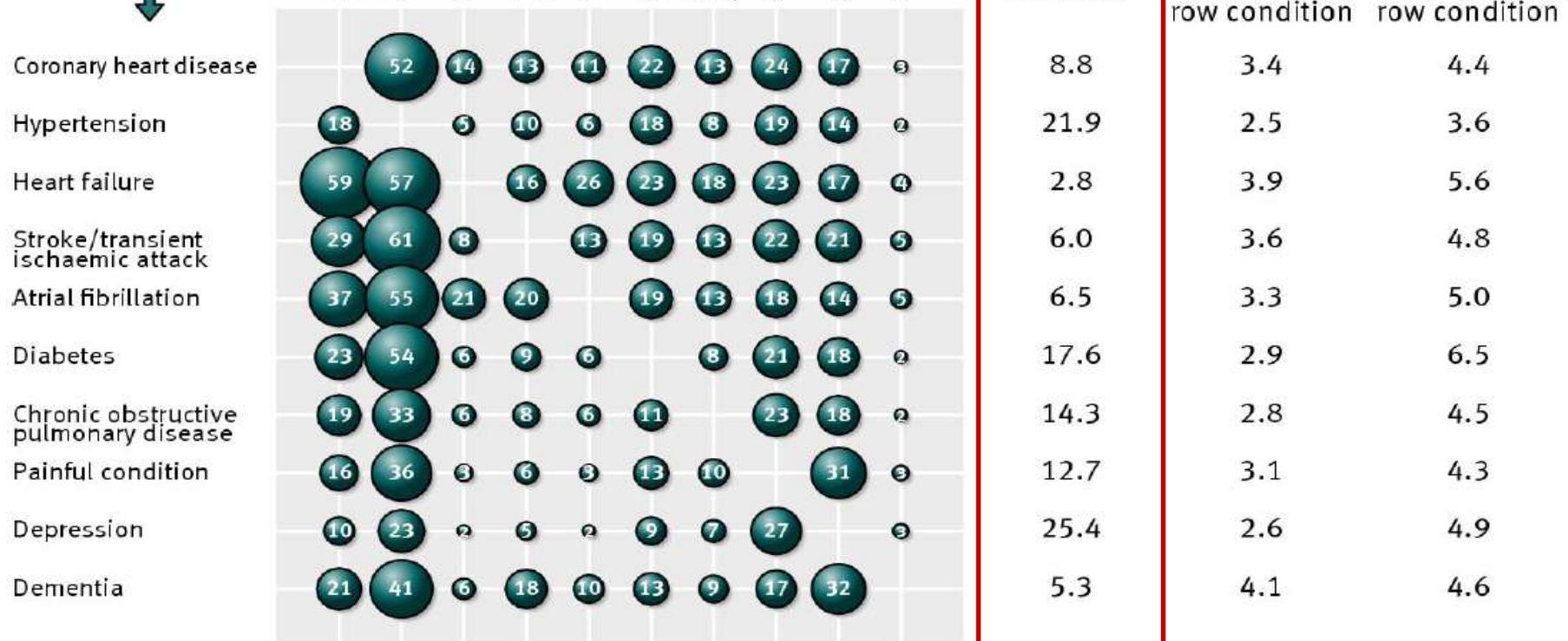
Bruce Guthrie *professor of primary care medicine*¹, Katherine Payne *professor of health economics*², Phil Alderson *associate director*³, Marion E T McMurdo *professor of ageing and health*¹, Stewart W Mercer *professor of primary care research*⁴



Percentage of patients with the row condition who also have the column condition



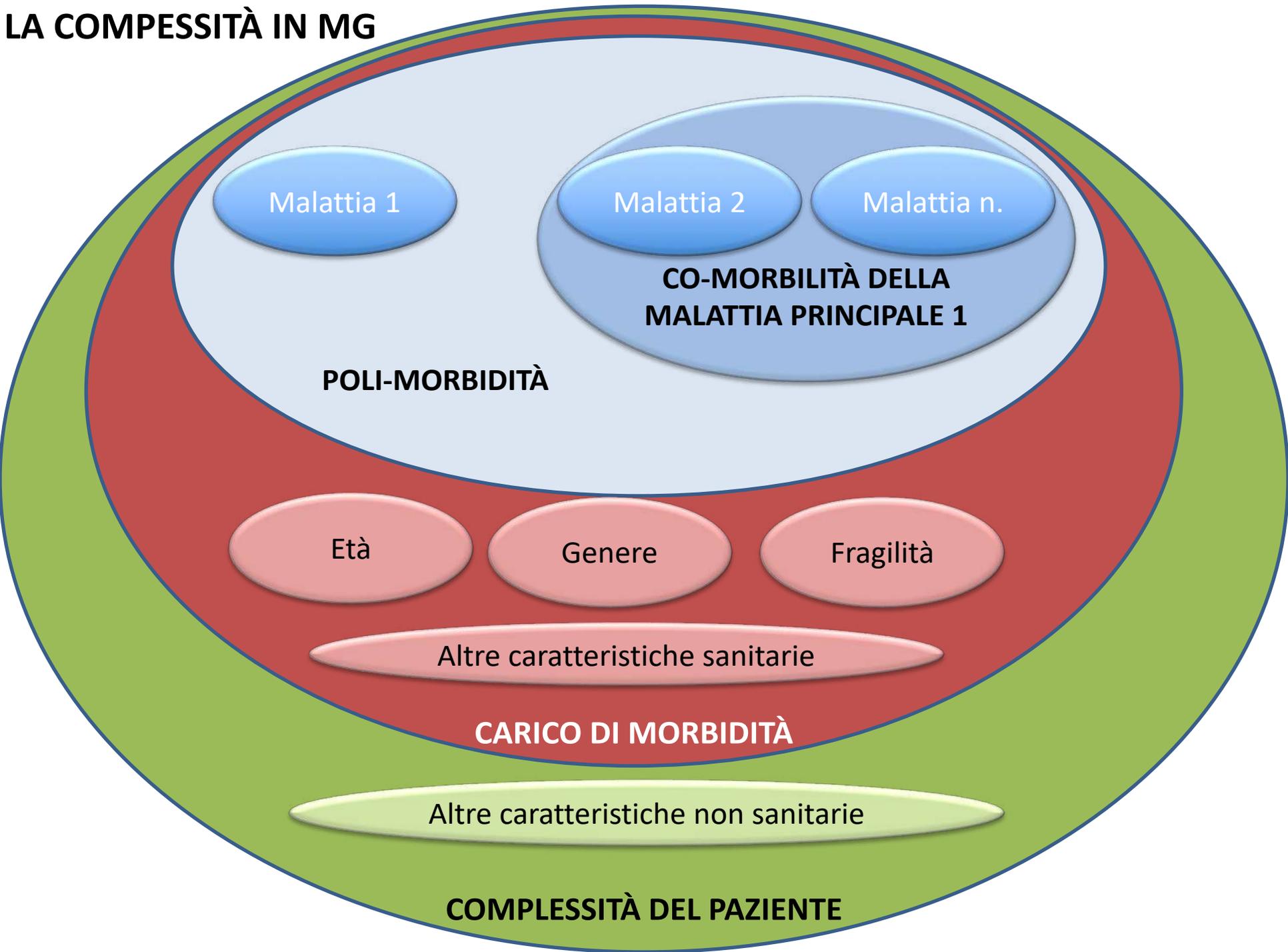
Coronary heart disease
Hypertension
Heart failure
Stroke/transient ischaemic attack
Atrial fibrillation
Diabetes
Chronic obstructive pulmonary disease
Painful condition
Depression
Dementia



* Percentage who do not have one of 39 other conditions in the full count

Comorbidity of 10 common conditions among UK primary care patients²

LA COMPLESSITÀ IN MG



The Name of the Dog

N ENGL J MED 379;14 NEJM.ORG OCTOBER 4, 2018

Taimur Safder, M.D., M.P.H.



È facile perdersi durante la nostra carriera...

...ma se c'è una cosa che consiglio a chi inizia questo mestiere:

...assicuratevi di sapere il nome del cane



CORSO DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE



Corsi fatti in occasione delle riunioni di Equipe.

Dopo la riunione segue il Corso che ha queste caratteristiche:

- raggiunge quasi il 90% dei Medici di Famiglia
- ha durata di 5 ore (due eventi a distanza di alcuni mesi)
- da informazioni importanti per il SSRegionale
- da crediti ECM
- consente un'interazione e proficua collaborazione tra la Medicina Generale, il Distretto e gli Specialisti di contenuto
- notevole sforzo organizzativo:
 - ✓ raggruppare le Equipe per avere 40-50 MMG per evento
 - ✓ trovare la Aule adatte
 - ✓ creare un pacchetto formativo replicabile
 - ✓ messaggi chiave comuni
 - ✓ docenti di quel territorio: MMG, Medici del Distretto ed Oncologi

CORSO DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE

Edizione	Data	Sede
1	15/10 (Damasio/Cernigliaro)	Sala Girasole, Ospedale Martini
	17/10 (Orecchia/Gloria)	
	21/10 (Bianco/Pietrandrea)	
	23/10 (Bulgarelli/Monteu)	
2	4/11 (Caposieno/Cottini)	Aula Ravetti, Ospedale Giovanni Bosco
	12/11 (Radacci/Curcio)	
	14/11 (Olivero/Giai Via)	
3	24/10 (Leone/Spagnuolo)	Sala Girasole, Ospedale Martini
6	10/9 (Mao/Vitali)	Sala Girasole, Ospedale Martini
	30/10 (Mao/Vitali)	
6	11/9 (Pieretto/Levo)	Aula Ravetti, Ospedale Giovanni Bosco
	6/11 (Pieretto/Levo)	
	19/12 (Calcagnile/Tosi/Pizzini)	
6	14/11 (Calcagnile/Tosi/Pizzini)	RSA VIA Botticelli 130
7	10/9 (Ravazzani/D'Addona)	Aula Magna, Ospedale Oftalmico
7	5/11 (Ravazzani/D'Addona)	Sala Girasole, Ospedale Martini
7	17/10 (Chiara/Carafa)	Aula Ravetti, Ospedale Giovanni Bosco
	24/10 (Tibo/Frara)	
	7/11 (Roasio/Marletta)	
	12/12 (Roasio/Marletta)	
7	12/12 (Chiara/Carafa)	RSA VIA Botticelli 130
	19/12 (Tibo/Frara)	
8	12/9 (Torta/Mainardi)	Sala Girasole, Ospedale Martini
	17/9 (Bernardi/Zucchetto/Bruno)	
	18/9 (Brizio/Mathieu)	
	19/9 (Nardo/Remondini/Beccalli)	
	7/11 (Torta/Mainardi)	
	12/11 (Bernardi/Zucchetto/Bruno)	
	13/11 (Brizio/Mathieu)	
14/11 (Nardo/Remondini/Beccalli)		