Seminario Regionale

PREVENIRE LE RECIDIVE CARDIOVASCOLARI NELLE PERSONE CHE HANNO UN INFARTO MIOCARDICO

Bologna, 31 gennaio 2014, Regione Emilia Romagna

Le linee regionali sul counseling nella relazione di (o che) cura per prevenire le recidive nei pazienti con SCA

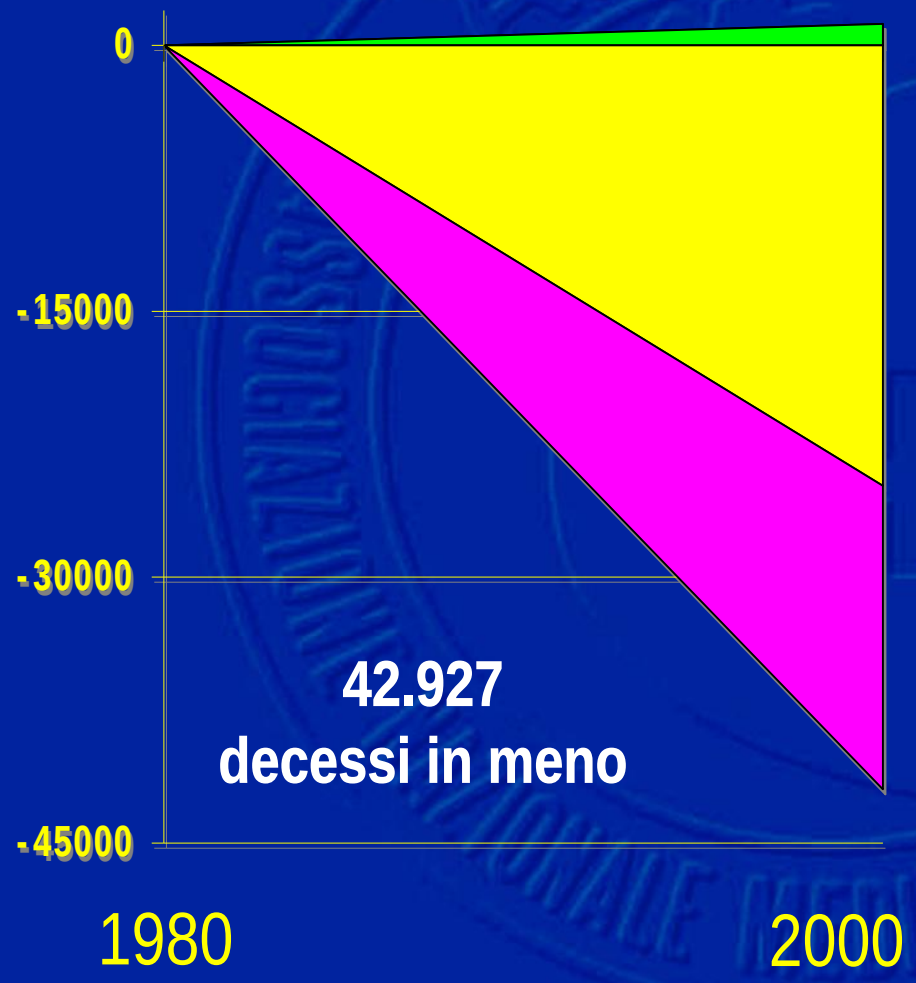
Dott. Stefano Urbinati

Direttore UOC Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE SECONDARIA:

stiamo facendo abbastanza ?

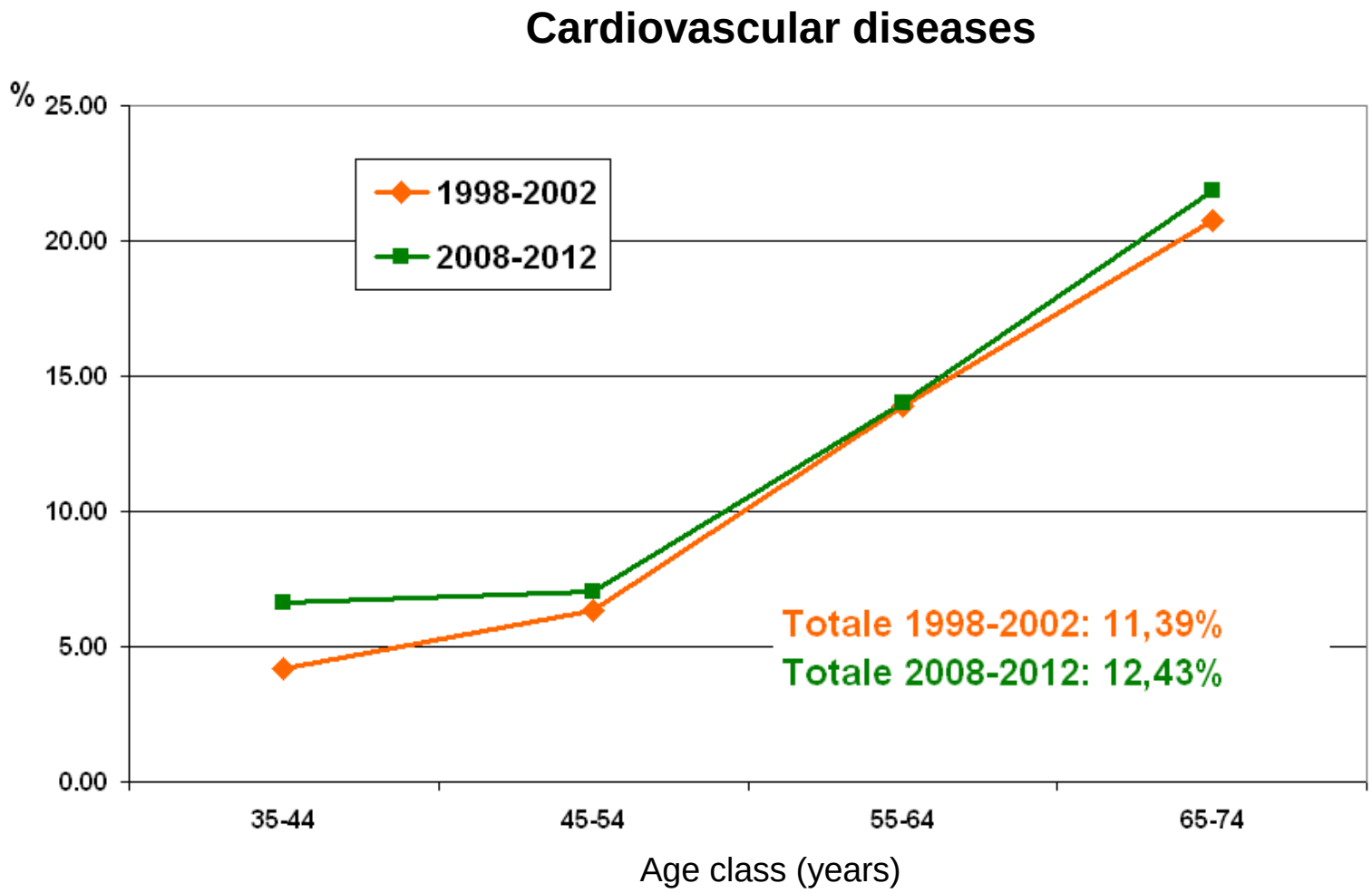
Andamento della mortalità CV in Italia: anni 1980 - 2000



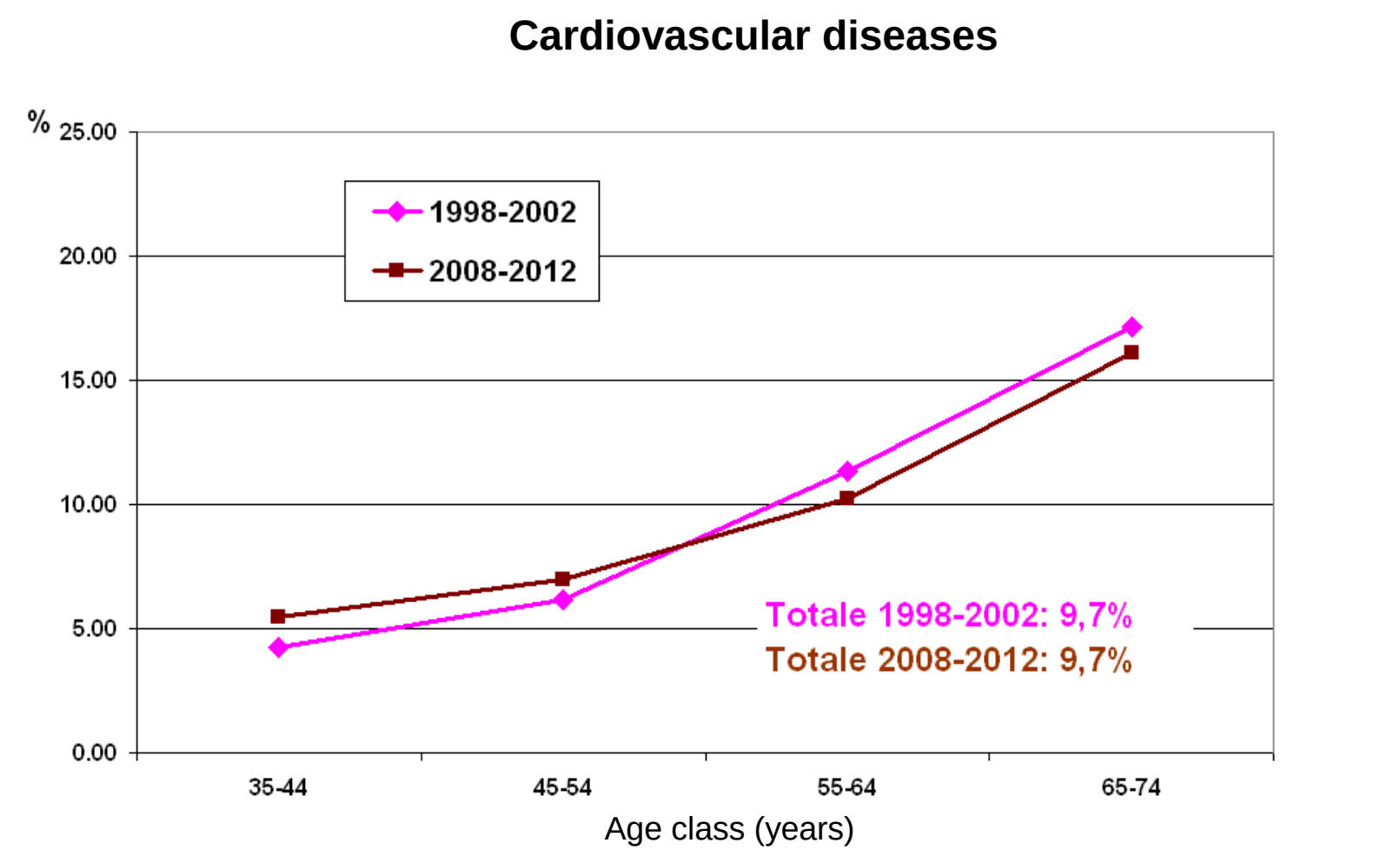
L. Palmieri, et al. Am J Public Health 2009

FR peggiorati	**+3 %**
Obesità (aumentata)	+ 0.6 %
Diabete (aumentato)	+ 2.2 %
FR migliorati	**- 58 %**
Abitudine al fumo	- 3.7 %
Colesterolemia Totale	-23.4 %
Pressione Arteriosa	-25.0 %
Attività Fisica	- 5.8 %
Trattamenti	**- 40 %**
Trattamenti IMA	- 4.9 %
Prevenzione Secondaria	- 6.1 %
Scompenso cardiaco	-13.7 %
Angina nella comunità	- 8.7 %
CABG & PTCA	- 1.1 %
Angina Inst: Aspirina etc	- 1.0 %
Terapie Ipertensione	- 1.5 %
Statine prevenzione prim.	- 2.7 %

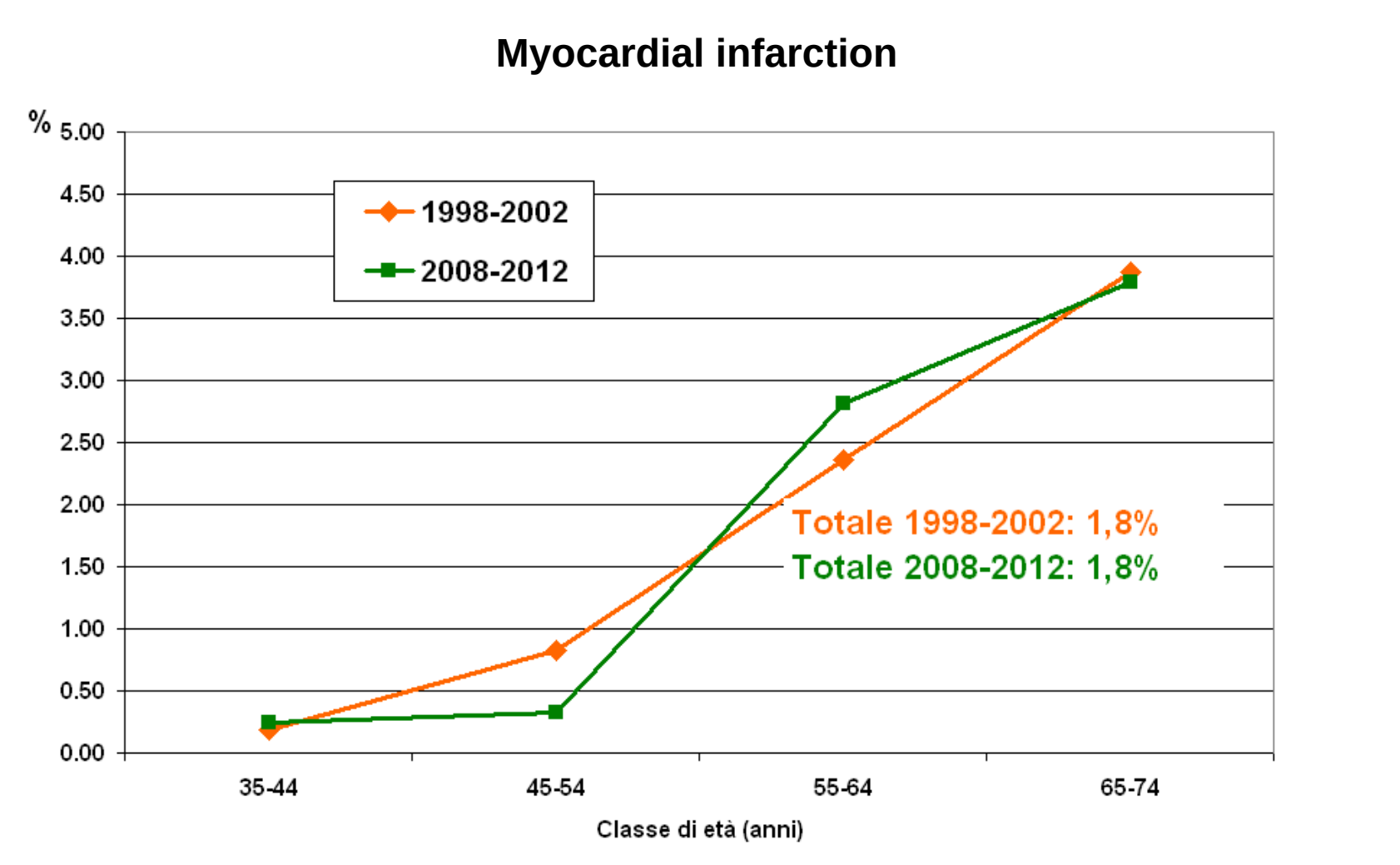
MEN 34-74 years



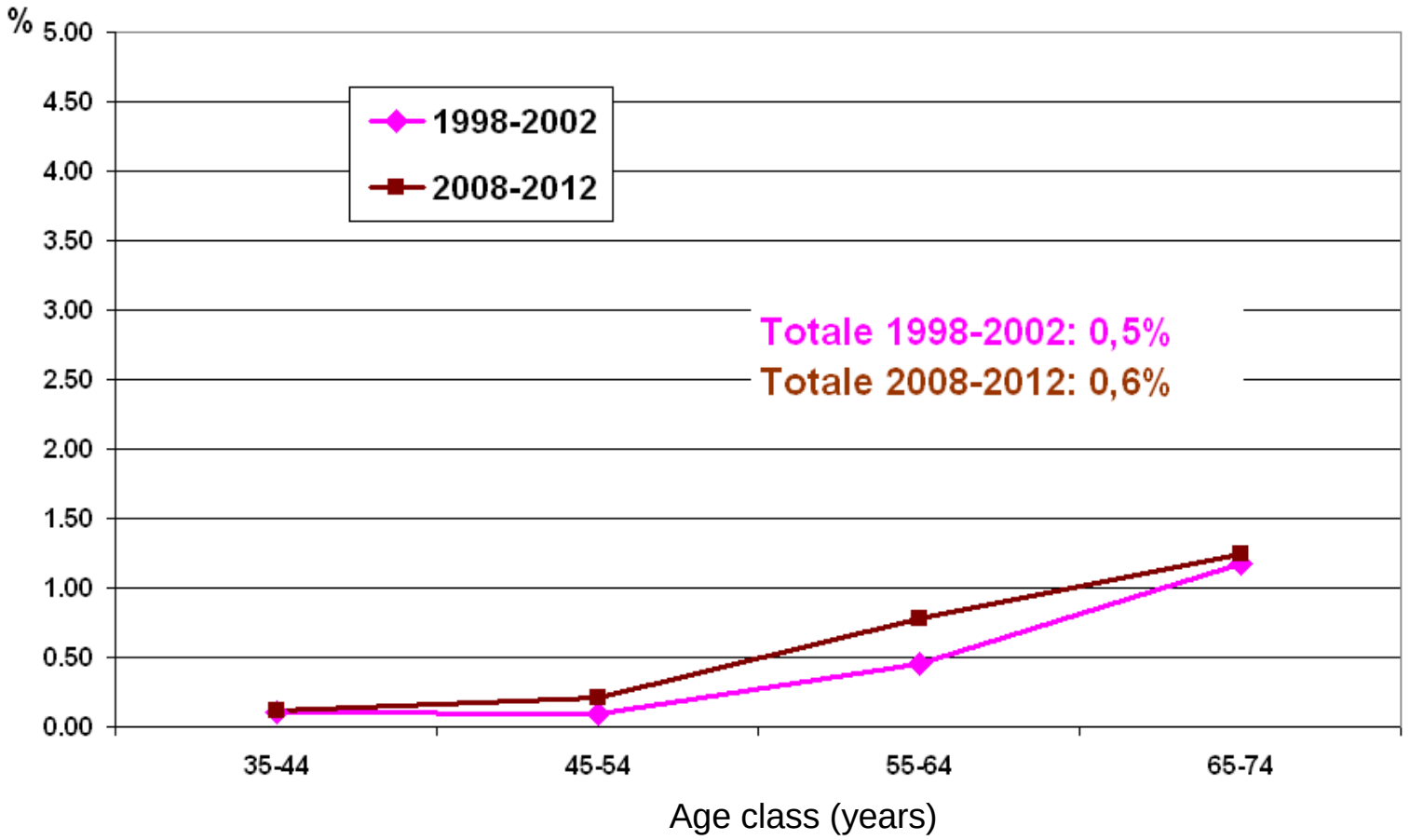
WOMEN 34-74 years



MEN 34-74 years



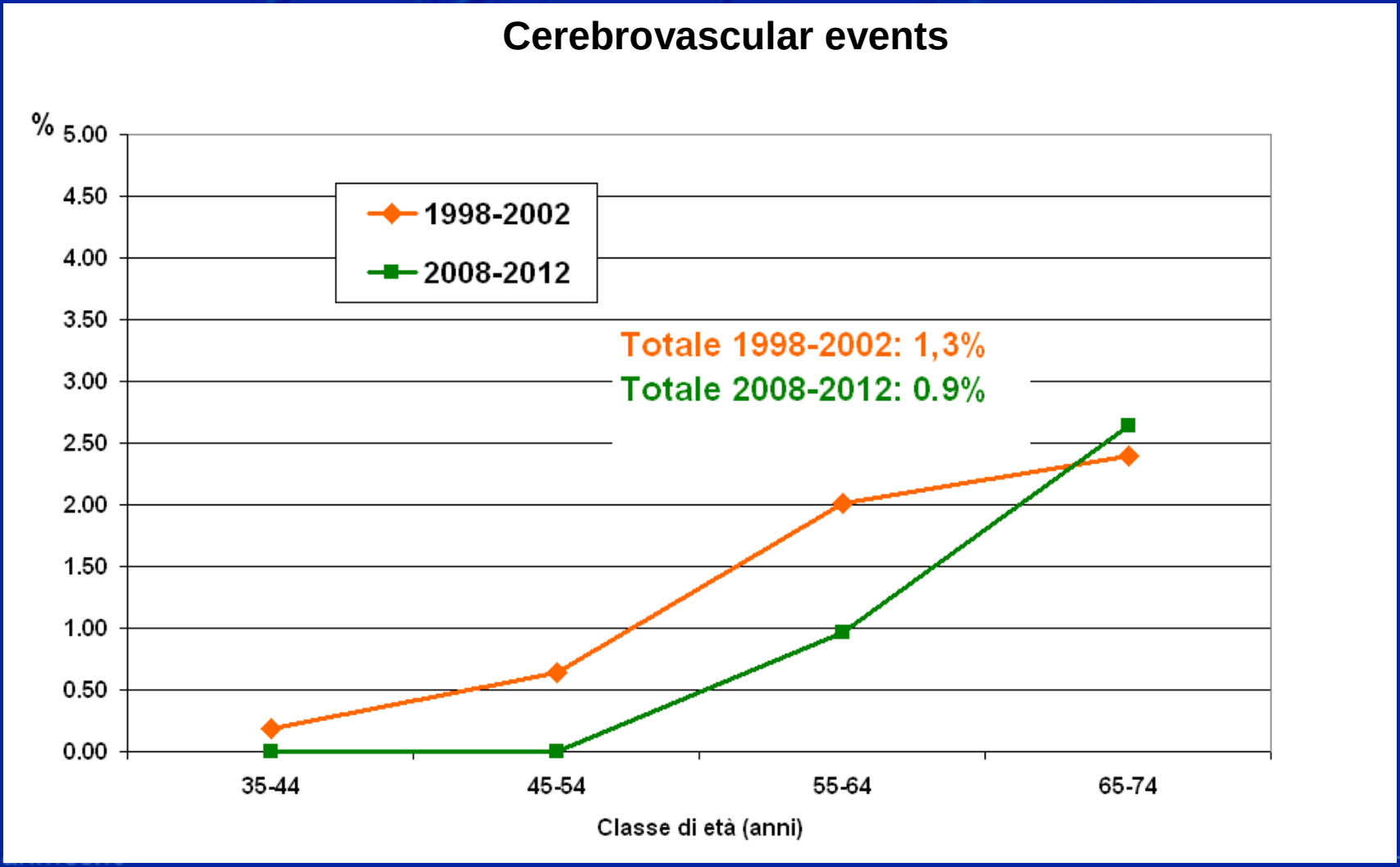
WOMEN 34-74 years



il progetto cuore

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare
Health Examination Survey 2008-2012

MEN 34-74 years

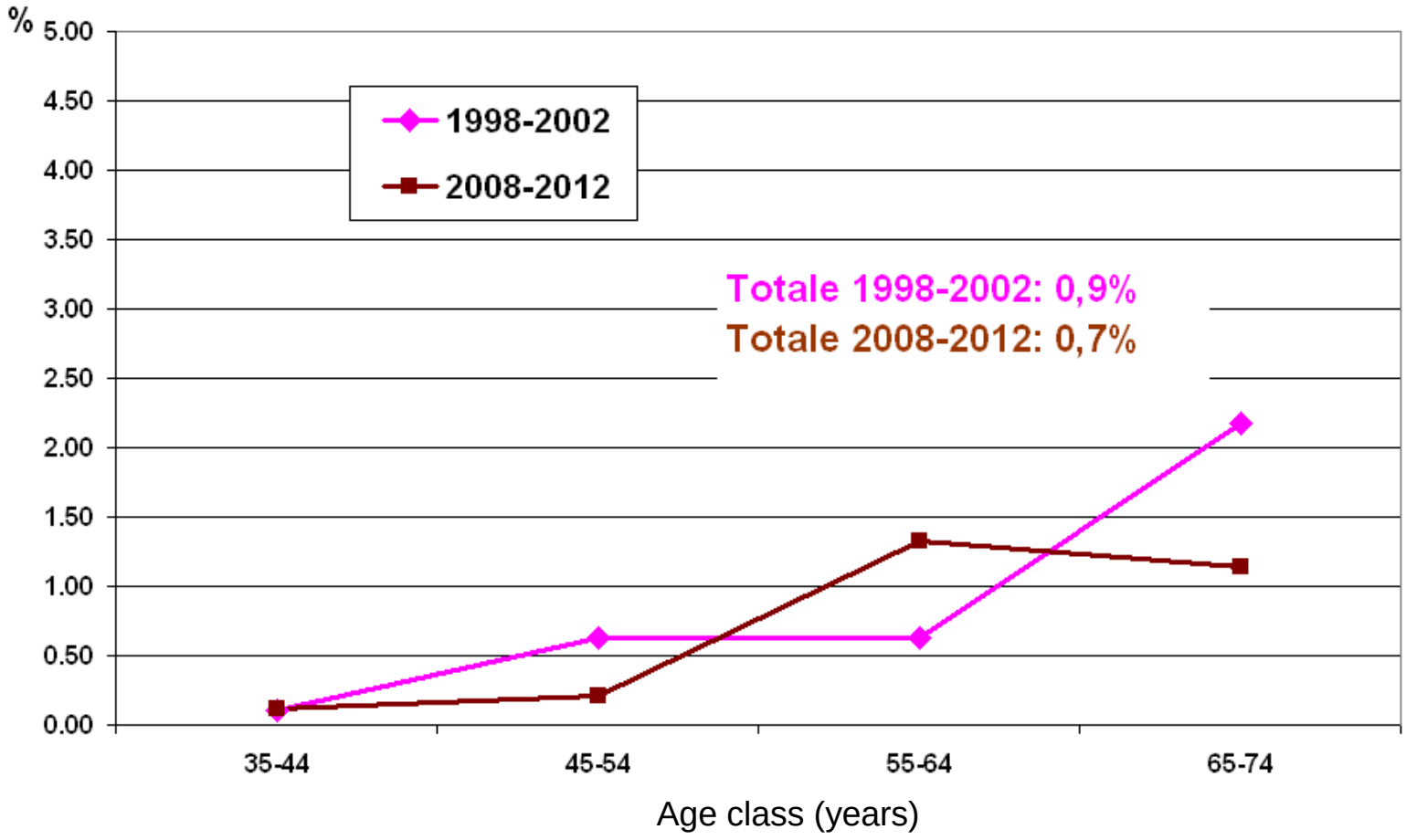


il progetto cuore

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare
Health Examination Survey 2008-2012

WOMEN 34-74 years

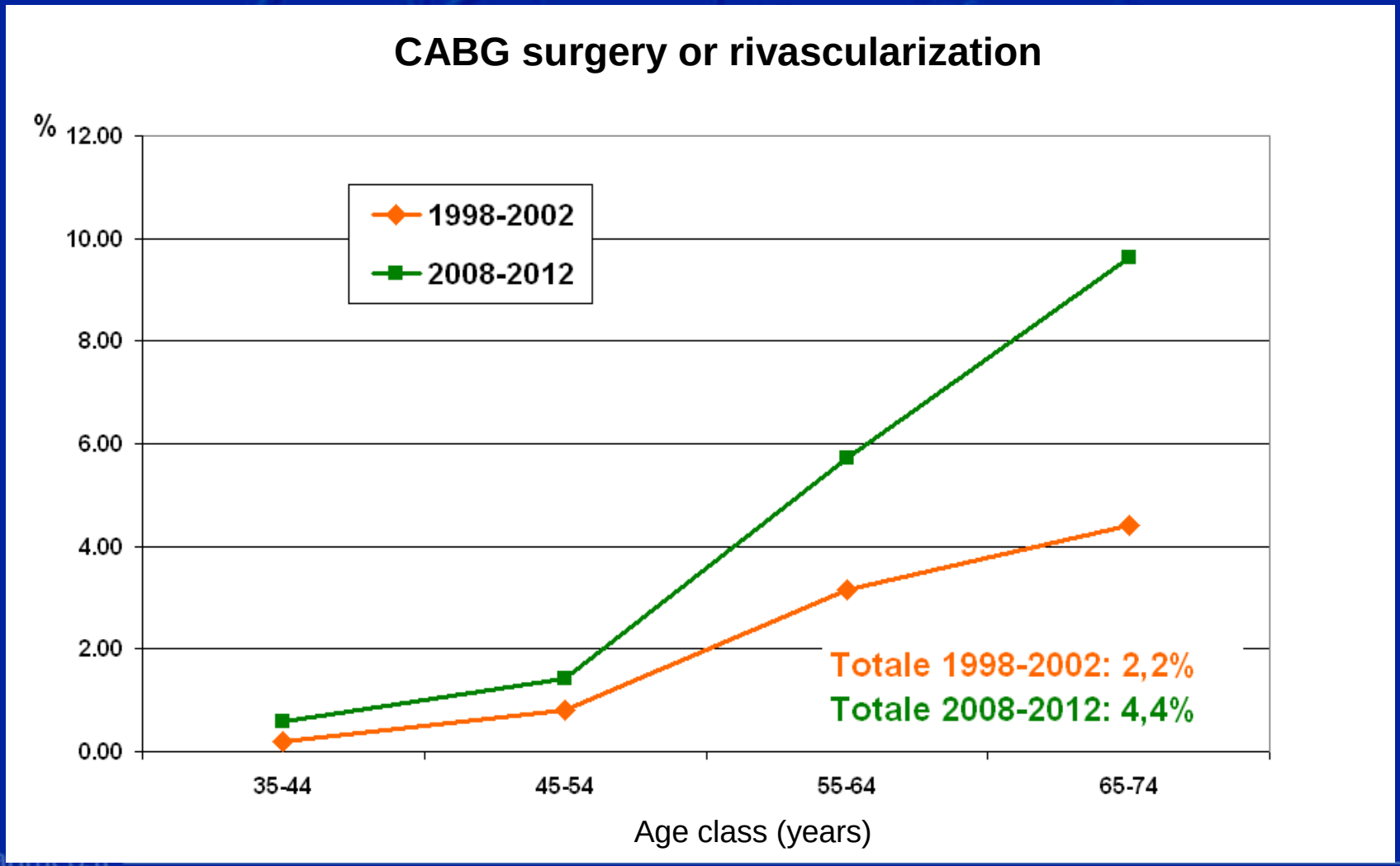
Cerebrovascular events



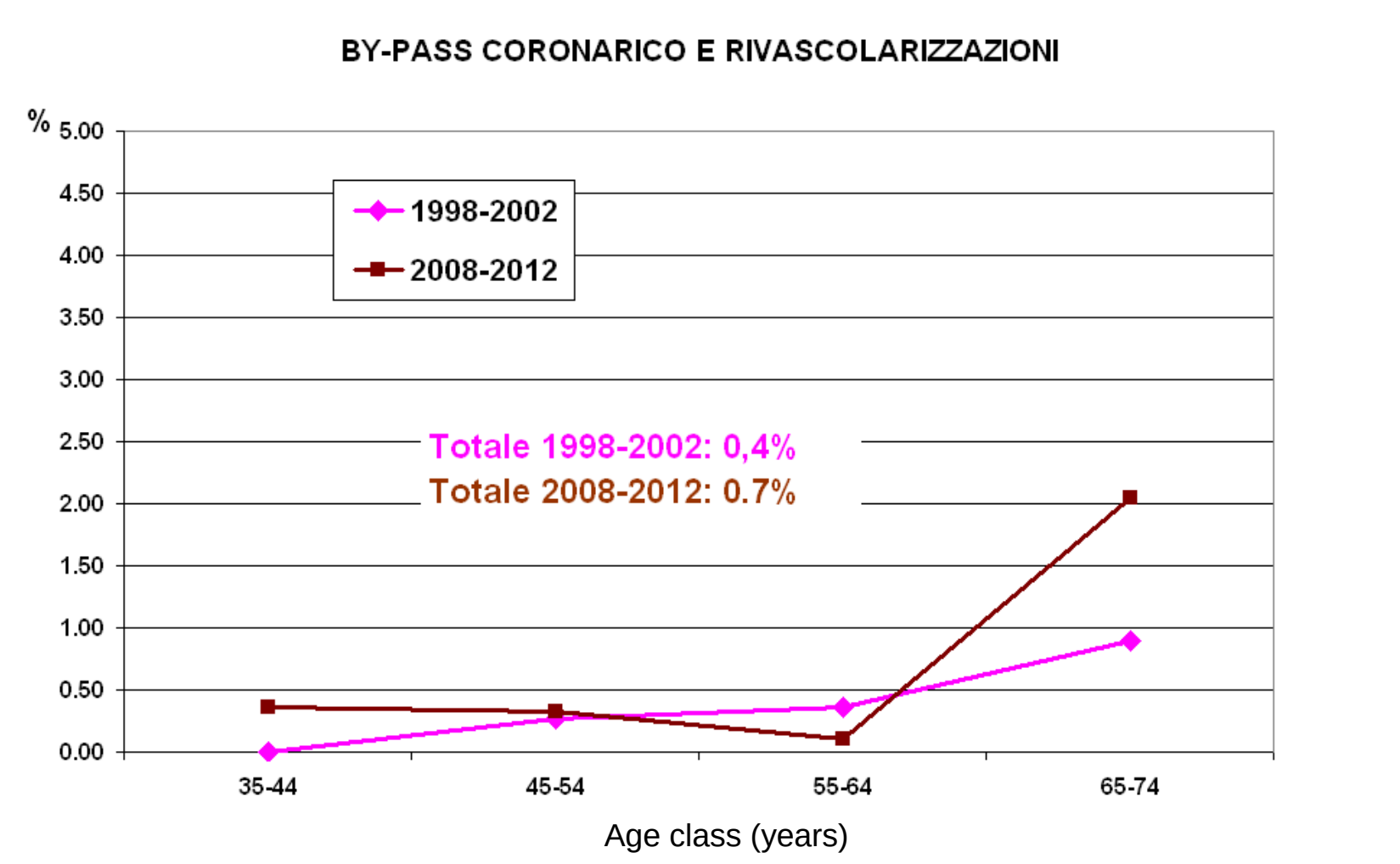
il progetto cuore

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare
Health Examination Survey 2008-2012

MEN 34-74 years



WOMEN 34-74 years

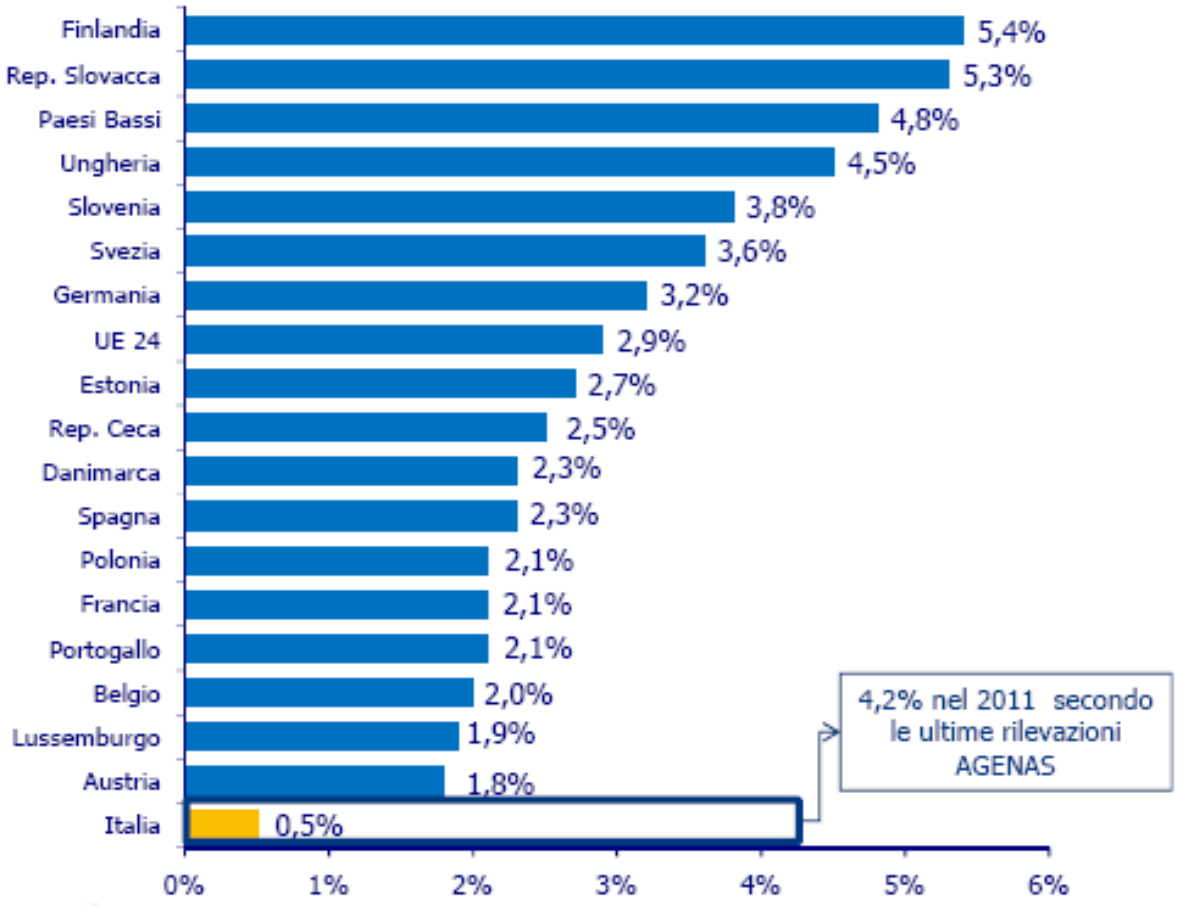


L'economia della prevenzione

- La prevenzione raramente porta a risparmi nel breve periodo *(cost-saving)*
- Molti interventi sono *cost-effectiveness* ma impegnano risorse
- Spesso i bisogni di prevenzione non si traducono in domanda
- Il successo degli interventi non dipende solo dalle scelte, ma anche dagli altri *stakeholders* e dalla capacità dei cittadini di divenire parte attiva
- Sarebbe inoltre opportuno valutare i costi della "non prevenzione" (es. costi per malattie prevenibili con vaccinazioni consigliate, costi per incidenti e infortuni evitabili, ecc.)

Modificata da: Cislaghi & Costa, 2013

La spesa sanitaria pubblica destinata alla prevenzione nei Paesi europei (OCSE, 2010)



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati da OCSE e Agenas, 2013

“ too little is spent on prevention and public health”

Barack Obama,
US presidential race 2008

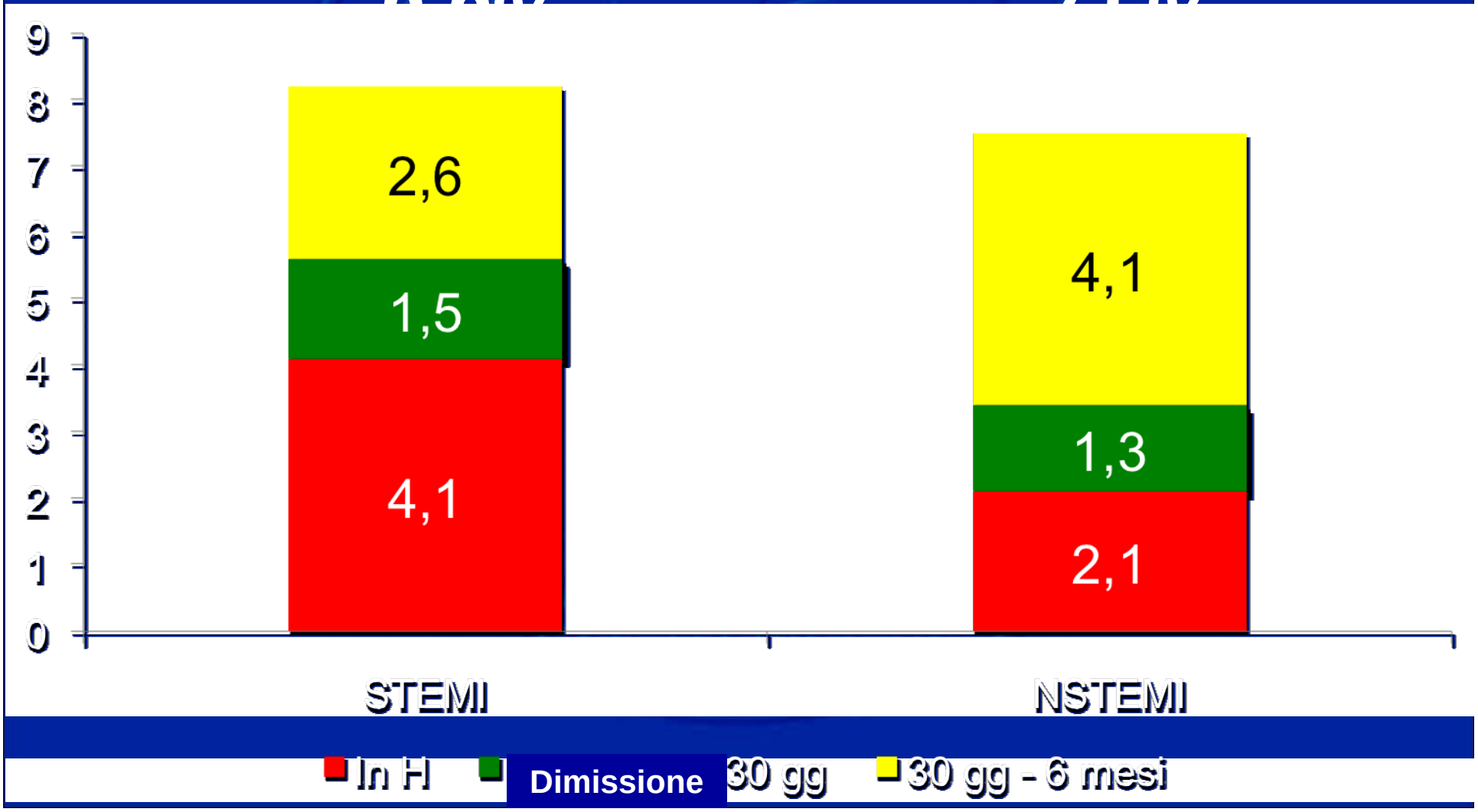
Reduction in Acute Myocardial Infarction Mortality in the United States
Mortality rates in 2.755.370 patients

Mortality	In-Hospital	Discharge to 30-d	30-d
1995	14.6%	4.3 %	18.9%
2006	10.1%	6.0 %	16.1%
…2015	6.0%	8.0 %	14.0%

Krumholtz et al. JAMA 2009; 302 (7):767

Mortalità a 6 mesi

Urbinati et al, ANMCO 2012



Progetto RER post-SCA - 2009 mortalità / reospedalizzazione dopo la dimissione

	a 30 gg	a 90 gg	a 180 gg
mortalità	174 (1.8%)	415 (4.3%)	671 (7%)
re-ospedalizzazione	884 (9.2%)	1527 (15.9%)	1969 (20.5%)

Urbinati, ANMCO 2011

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE SECONDARIA:

abbiamo le idee chiare su come farla?

Pianificazione post-dimissione

	NSTEMI (n=2912)	STEMI (n=2833)
Counseling infermieristico	710 (26.4%)	741 (28.5%)
Percorso prevenzione	388 (14.5%)	562 (21.6%)
Riabilitazione cardiologica	309 (13.4%)	496 (16.6%)
Percorso fumo	95 (3.3%)	174 (6.1%)
Percorso obesi	94 (3.3%)	106 (3.7%)
Percorso diabete	93 (3.2%)	86 (3.0%)

Cardiac Rehabilitation after MI in the community

- In the Olmstead County in 2000 almost the 50% of the pts partecipated in cardiac rehabilitation after MI

Partecipation in cardiac rehabilitation was independently associated with decrease mortality and recurrent MI, and its protective effect was stronger in more recent years

Witt BJ et al, Mayo Clinic, JACC 2004, september 1

Monaldi Arch Chest Dis
2011; 76: 1-12

DOCUMENTO DI CONSENSO

Criteri per la selezione dei pazienti da inviare ai centri di cardiologia riabilitativa

Selection criteria for referral to cardiac rehabilitation centers

Commissione ANMCO/IACPR-GICR

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri/
Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology - Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa

Cesare Greco (Coordinatore), Giuseppe Cacciatore, Michele Gulizia, Luigi Martinelli, Fabrizio Oliva, Zoran Olivari, Fulvia Seccareccia, Pier Luigi Temporelli, Stefano Urbinati

air machine

COMPONENTI DELLA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA PER CORONAROPATICI

STABILIZZAZIONE CLINICA E STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA

PROGRAMMA INDIVIDUALIZZATO PER LA RIPRESA DELLA PROPRIA ATTIVITA' FISICA - LAVORATIVA - SOCIALE - FAMILIARE

- Training fisico supervised
- Supporto psico-somportamentale

PROGRAMMA STRUTTURATO DI PREVENZIONE SECONDARIA

- Astensione dal fumo
- Counseling dietetico
- Calo ponderale e controllo del diabete
- Controllo ansia-depressione e gestione dello stress
- Prescrizione attività fisica

GESTIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE COMORBIDITA'

Proposta di prevenzione “appropriata” e “sostenibile” per pazienti ad alto rischio

1. “Counseling” per tutti
2. Accesso a percorsi definiti per pz selezionati
3. Riabilitazione cardiologica per pz complessi con comorbidità

Urbinati S et al. Area Prevenzione ANMCO G Ital Cardiol 2008
Greco C et al. Commissione ANMCO-GICR, G Ital Cardiol 2011

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE SECONDARIA:

che cos'è il counseling e che ruolo può svolgere

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE, MEDICINA GENERALE, PIANIFICAZIONE E SVILUPPO DEI SERVIZI SANITARI

DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

A cura di:
Clara Curcetti, Luisa Parisini
(Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)
Diletta Priami
(Agenzia Sanitaria e Sociale regionale)
Patrizia Beltrami, Manuela Colonna, Giuseppe Di Pasquale, Roberta Gabusi, Stefano Urbinati
(Azienda USL Bologna)
Annamaria Ferrari
(Azienda USL Reggio Emilia)

Responsabile Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Antonio Brambilla

***Linee regionali**: Il counseling nella relazione di (o che) cura per prevenire le recidive nei pazienti post IMA/SCA*

Il *counseling* è un intervento di tipo relazionale, uno strumento di *facilitazione del colloquio* con la persona in cura e i familiari, che consente al professionista di identificare le strategie e le modalità più appropriate per aiutare il paziente a contestualizzare la migliore soluzione. Fulcro della *relazione di cura* diventa, quindi, lo sviluppo e l'implementazione delle abilità di *counseling* attraverso l'arte di ascoltare, "*tendendo*" all'empatia e cercando di stabilire un rapporto di fiducia. Il professionista sanitario, pertanto, ha un ruolo centrale nel creare il clima di accoglienza che consente al paziente di sentirsi a proprio agio e di parlare del proprio problema ed aiuta il paziente a gestire e risolvere il problema, attraverso il dialogo e l'interazione.

Una corretta gestione delle prevenzione delle recidive e cardiovascolari non si può basare soltanto su un adeguato iter diagnostico-terapeutico, ma la sua cura dipende in gran parte anche da quanto il soggetto "accetta" e "impara" a modificare il suo stile di vita al fine di rallentare l'evoluzione delle lesioni e ridurre la probabilità di complicanze. Sulla base di queste premesse si comprende quanto sia importante che il paziente, e i suoi familiari o caregivers, diventino consapevoli di cosa significhi avere una malattia coronarica, delle abitudini di vita che possono averla favorita e che possono peggiorare le cose in futuro, condividendo con i sanitari le strategie più efficaci per contrastarla.

ORIGINAL INVESTIGATION

Acute Coronary Syndrome

What Do Patients Know?

Kathleen Dracup, DNSc; Sharon McKinley, RN, PhD; Lynn V. Doering, RN, DNSc; Barbara Riegel, RN, DNSc; Hendrika Meischke, PhD; Debra K. Moser, RN, DNSc; Michele Pelter, RN, PhD; Beverly Carlson, RN, MS; Leanne Aitken, RN, PhD; Andrea Marshall, RN, MS; Rebecca Cross, RN, PhD; Steven M. Paul, PhD

Conclusions: Even following diagnosis of ACS and numerous interactions with physicians and other health care professionals, knowledge about ACS symptoms and treatment on the part of patients with cardiac disease remains poor. Patients require continued reinforcement about the nature of cardiac symptoms, the benefits of early treatment, and their risk status.

Arch Intern Med 2008; 168: 1049-54

Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial

*D A Wood, K Kotseva, S Connolly, C Jennings, A Mead, J Jones, A Holden, D De Bacquer, T Collier, G De Backer, O Faergeman, on behalf of EUROACTION Study Group**

Lancet 2008; 371: 1999 - 2012

The EUROACTION preventive cardiology intervention programme in hospital and general practice

In the hospitals, cardiologists and nurses recruited eligible patients and their families. After a multidisciplinary assessment of lifestyle, risk factors, and drug treatment by a nurse, dietitian, and physiotherapist, couples attended at least eight sessions—one every week—in which they were assessed by each member of the team (nurse, dietitian, and physiotherapist). The patients and their partners then attended a group workshop and a supervised exercise class. The cardiologists initiated and uptitrated the cardioprotective drugs and the nurses monitored risk factors and adherence to drug treatments at each session. At 16 weeks, patients and their partners were reassessed by the whole team and a report was sent to their family doctors.

L'intervento di counseling ha l'obiettivo di far apprendere alla persona sia in senso educativo che riabilitativo utilizzando modalità che permettano di costruire l'intervento "su misura" evitandone ogni "standardizzazione":

Nello specifico, gli obiettivi generali del counseling sanitario nelle prevenzione delle patologie cardiovascolari sono:

- ✓ fornire supporto nei momenti di crisi
- ✓ aiutare la persona a narrare la sua malattia
- ✓ promuovere il cambiamento dello stile di vita quando necessario
- ✓ stimolare l'assistito all'autodeterminazione e a scelte autonome
- ✓ aiutare la persona a gestire situazioni critiche

ORIGINAL INVESTIGATION

Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction

Results of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial From the Italian Cardiac Rehabilitation Network

Pantaleo Giannuzzi, MD; Pier Luigi Temporelli, MD; Roberto Marchioli, MD; Aldo Pietro Maggioni, MD; Gianluigi Balestroni, PhD; Vincenzo Ceci, MD; Carmine Chieffo, MD; Marinella Gattone, MD; Raffaele Griffo, MD; Carlo Schweiger, MD; Luigi Tavazzi, MD; Stefano Urbinati, MD; Franco Valagussa, MD†; Diego Vanuzzo, MD; for the GOSPEL Investigators

A letter was sent to patients' family physicians informing them of the study and inviting their collaboration in the study objectives. Comprehensive cardiac rehabilitation sessions with one-to-one support were held monthly from month 1 to month 6, then every 6 months for 3 years. Each session consisted of 30 minutes of supervised aerobic exercise, plus lifestyle and risk factor counseling lasting at least 1 hour and reinforcement of preventive interventions lasting approximately 30 minutes. To improve adherence to lifestyle modification and help patients adopt a positive role in the care of their own health, a booklet explaining how to deal with exercise, diet, smoking cessation, and stress management was distributed. The mutual support of family members (eg, spouses) was encouraged in ad hoc meetings together with the patients to make correct lifestyle habits more likely to be maintained in the long run.[18]

Arch Intern Med 2008; 168: 2194-2204

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE SECONDARIA:

e' quindi necessario strutturare l'intervento rifuggendo soluzioni semplicistiche

Preventive Cardiology

Efficacy of In-Hospital Multidimensional Interventions of Secondary Prevention After Acute Coronary Syndrome

A Systematic Review and Meta-Analysis

Reto Auer, MD; Jacques Gaume, MA; Nicolas Rodondi, MD, MAS;
Jacques Cornuz, MD, MPH; William A. Ghali, MD, MPH

Conclusions—The evidence for in-hospital, patient-level interventions for secondary prevention is promising but not definitive because only before-after studies suggest a significant reduction in mortality. Future research should formally test which components of interventions provide the greatest benefit. (*Circulation*. 2008;117:3109-3117.)

Circulation 2008; 117: 3109-15

EDITORIAL

Brief Supported Lifestyle Counseling

Modest Interventions Yield Modest Effects

The art has three factors, the disease, the patient, the physician. . . . The patient must cooperate with the physician in combating the disease.

Hippocrates

DESPITE HIPPOCRATES' ADVICE, FEW CLINICIANS or researchers have appreciated the importance of physician counseling in achieving patient treatment goals. Al-

Mac Manus, Arch Internal Med 2008; 168-129-20

Perché i programmi di prevenzione spesso non funzionano?

I programmi di prevenzione secondaria vengono concepiti come interventi "fissi" applicati ad individui passivi e decontestualizzati.

L'assunzione che, per cambiare comportamento, le persone abbiano bisogno soprattutto di informazioni , risulta sbagliata e insufficiente

Clark AM, MacIntyre PD, Cruickshank J 2007

INFORMAZIONE

≠

COUNSELING

Questionario sulla prevenzione secondaria Counseling strutturato / Riabilitazione

	n=20
Counseling INF STRUTT	7
Counseling MEDICO STRUTT	3
NO Counseling	4
Counseling NON STRUTT (med o inf)	6
Riabilitazione si	6
>> no	14

Urbinati, ANMCO 2009

Draft January 24, 2014,

Secondary prevention after acute myocardial infarction in Italy: drug adherence, treatment goals, and independent predictors of smoking persistence and of unsatisfactory lifestyle habits (diet and physical exercise) after a 6-month follow-up

Stefano Urbinati, Zoran Olivari, Maurizio Del Pinto, Giovanni Falsini, Giuseppe Fantini, Rosario Farina, Alessandro Mazzoni, Annarita Pilleri, Alberto Valbusa, Serafina Valente, Aldo P. Maggioni for the BLITZ-4 Investigators.

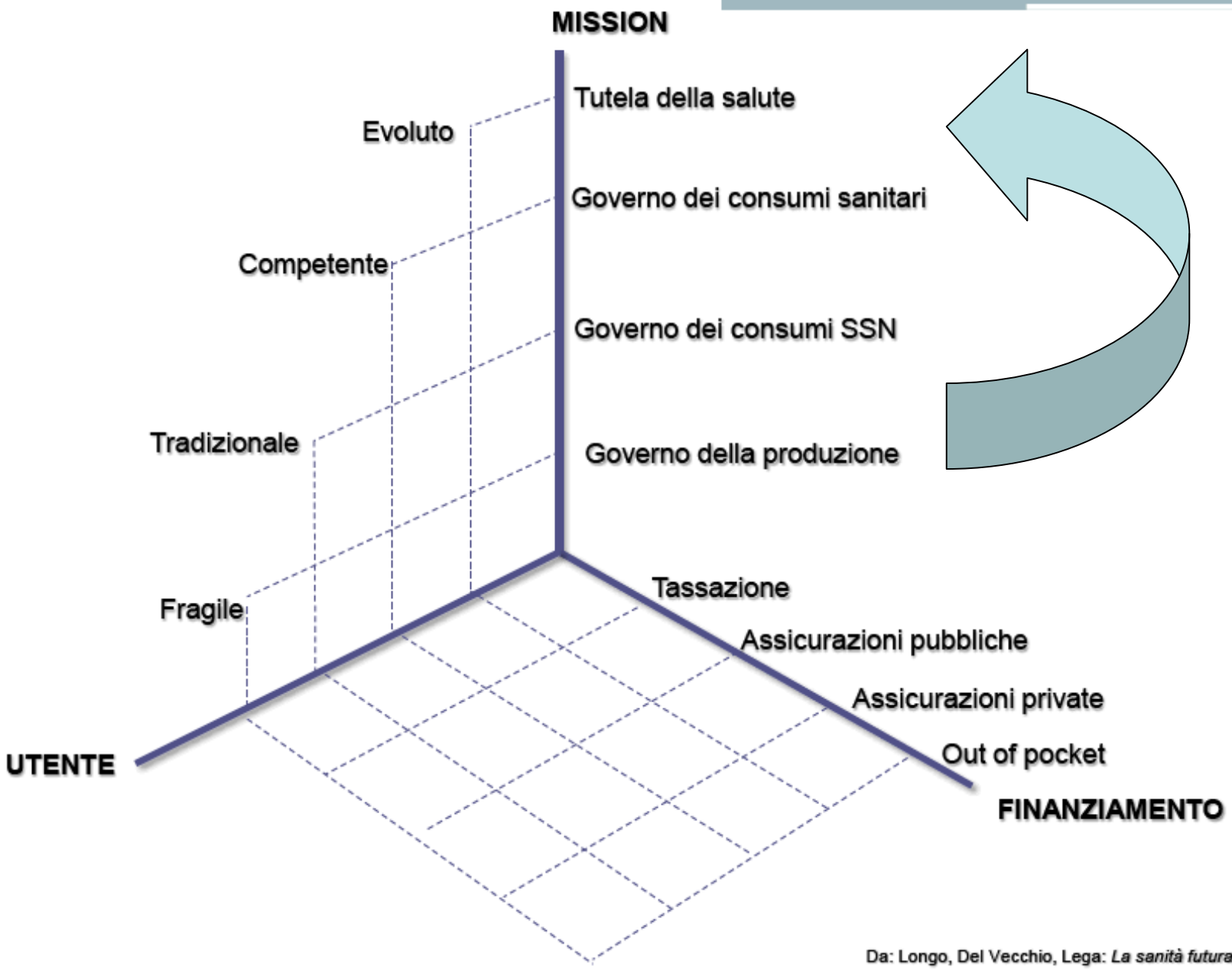
BMJ 2014, submitted

Conclusions: *6 months after AMI, despite a high adherence to drug treatments, BP, LDL and diabetic goals are inadequately achieved. Subjects with healthy lifestyles improved after discharge, but those with regular exercise and fish intake are still insufficient.* ***Access to post-discharge cardiac visit and referral to cardiac rehabilitation, but not nurse-driven counseling, were associated with better adherence to healthy lifestyles.*** *Knowledge of the variables associated to specific lifestyle changes may help in tailoring the secondary prevention programmes.*

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE SECONDARIA:

il paradigma vale anche per tutte le patologie croniche

La relazione diviene così il *fil rouge* che attraversa *il percorso di cura* (D. Priami, TBC FLAG BAG Dossier 197-2010); pur essendo entrambi protagonisti del percorso di cura, il professionista sanitario e l'assistito dovranno essere consapevoli che a ciascuno ha il suo "pezzo" di responsabilità diverse nella gestione della malattia. Tuttavia l'obiettivo è passare da una vecchia logica di *compliance* all'aderenza terapeutica (se non fino alla *partnership*) (D. Priami, TBC FLAG BAG Dossier 197-2010). In tale ottica, il counseling nel mondo sanitario diventa un'*opportunità* di operare e di riflettere in modo più profondo sul senso e significato di relazione di cura; un'opportunità fondamentale che può aiutare a *"come"* comunicare una diagnosi, a *"come"* far capire l'importanza di assumere una terapia.



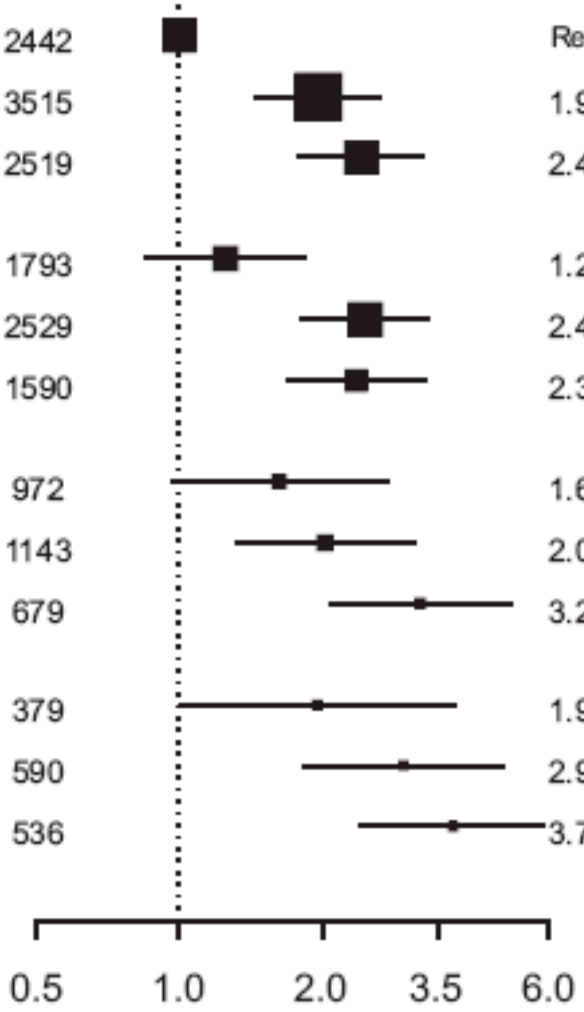
Da: Longo, Del Vecchio, Lega: *La sanità futura*; 2010

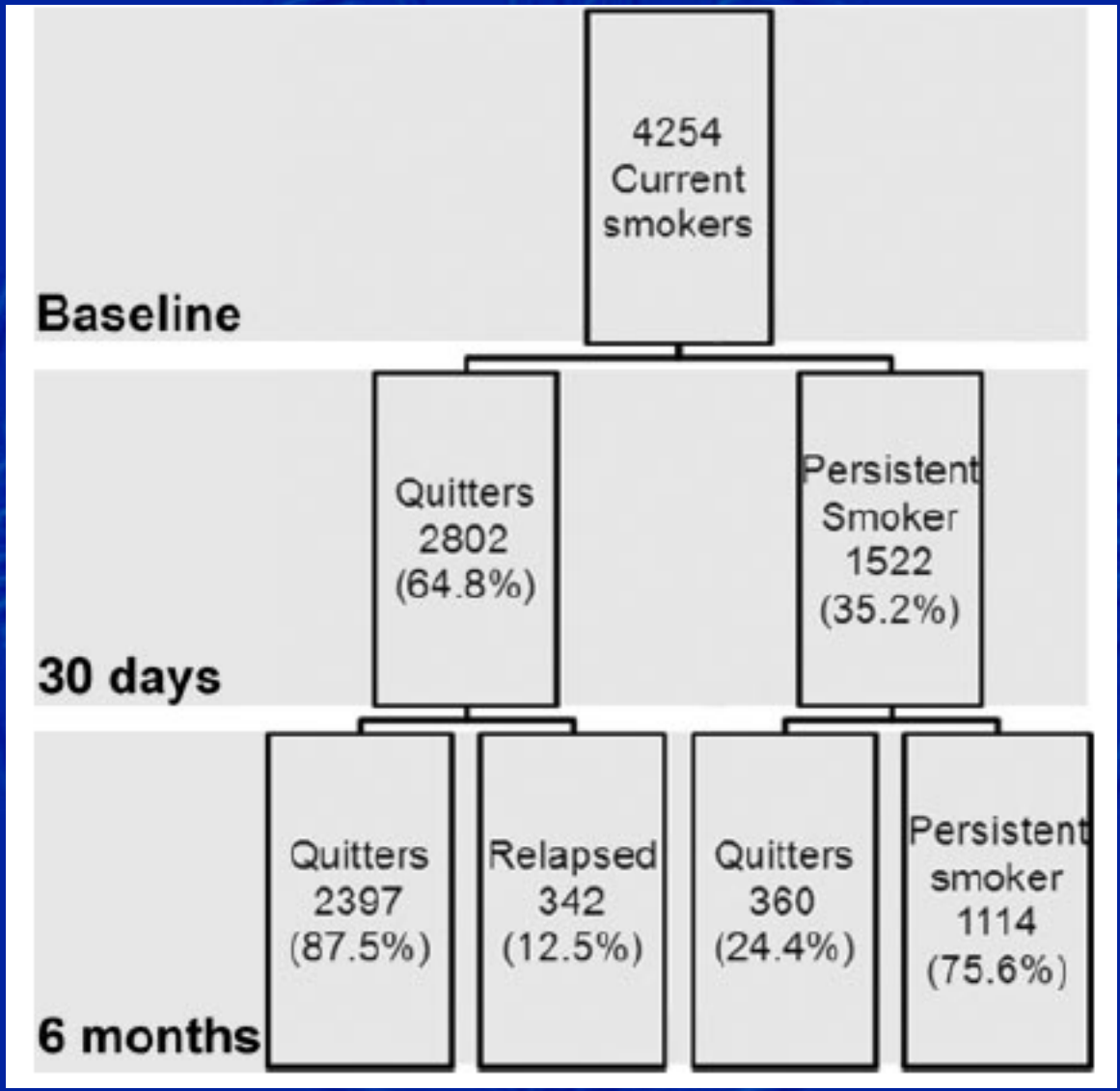
Regione Emilia-Romagna

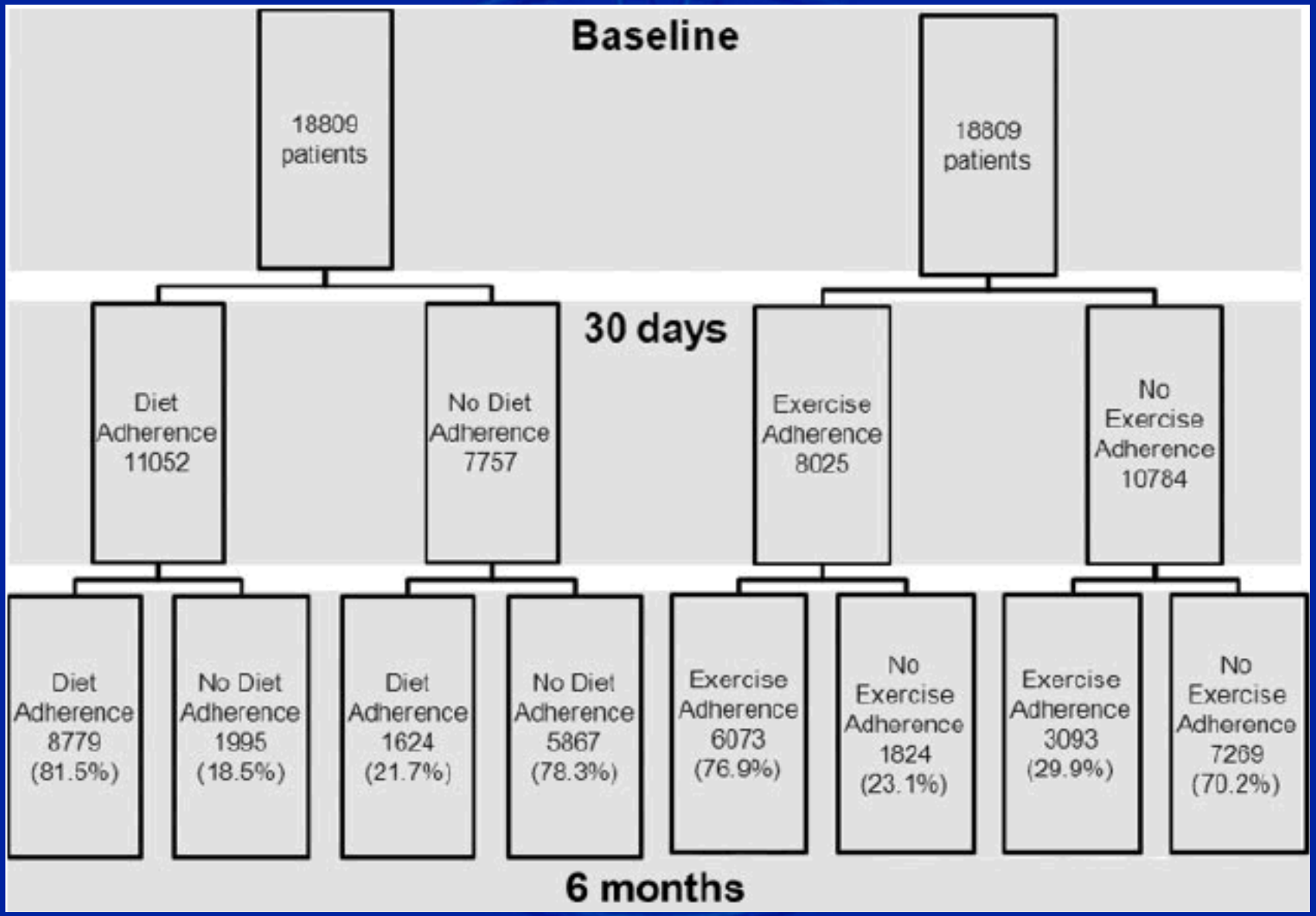
Il progetto F.R.E.S.C.O.

Fumo nella Regione Emilia Romagna nelle Sindromi Coronariche dopo Ospedalizzazione

Characteristic	No. of Patients	Odds Ratio for MI or Stroke or Death (95% CI)	P Value
Never smoker, diet & exercise	2442	Reference category	-
Never smoker, either diet/exercise	3515	1.96(1.45-2.65)	<0.0001
Never smoker, No diet/exercise	2519	2.42(1.78-3.29)	<0.0001
Former smoker, diet & exercise	1793	1.25(0.85-1.85)	0.2586
Former smoker, either diet/exercise	2529	2.46(1.80-3.37)	<0.0001
Former smoker, No diet/exercise	1590	2.36(1.68-3.30)	<0.0001
Quit smoking, diet & exercise	972	1.62(0.96-2.75)	**0.0732**
Quit smoking, either diet/exercise	1143	2.03(1.32-3.13)	0.0014
Quit smoking, No diet/exercise	679	3.22(2.07-5.03)	<0.0001
Persistent smoker, diet & exercise	379	1.95(1.00-3.82)	0.0502
Persistent smoker, either diet/exercise	590	2.97(1.83-4.82)	<0.0001
Persistent smoker, No diet/exercise	536	3.77(2.40-5.91)	<0.0001




4254
Current
smokers
Baseline
Quitters
2802
(64.8%)
Persistent
Smoker
1522
(35.2%)
30 days
Quitters
2397
(87.5%)
Relapsed
342
(12.5%)
Quitters
360
(24.4%)
Persistent
smoker
1114
(75.6%)
6 months


Baseline
18809 patients
18809 patients
30 days
Diet Adherence 11052
No Diet Adherence 7757
Exercise Adherence 8025
No Exercise Adherence 10784
Diet Adherence 8779 (81.5%)
No Diet Adherence 1995 (18.5%)
Diet Adherence 1624 (21.7%)
No Diet Adherence 5867 (78.3%)
Exercise Adherence 6073 (76.9%)
No Exercise Adherence 1824 (23.1%)
Exercise Adherence 3093 (29.9%)
No Exercise Adherence 7269 (70.2%)
6 months