

Giornate Mediche di Santa Maria Nuova 2013

V[^] EDIZIONE

LA VITA OLTRE LA MALATTIA

25 - 26 Ottobre 2013

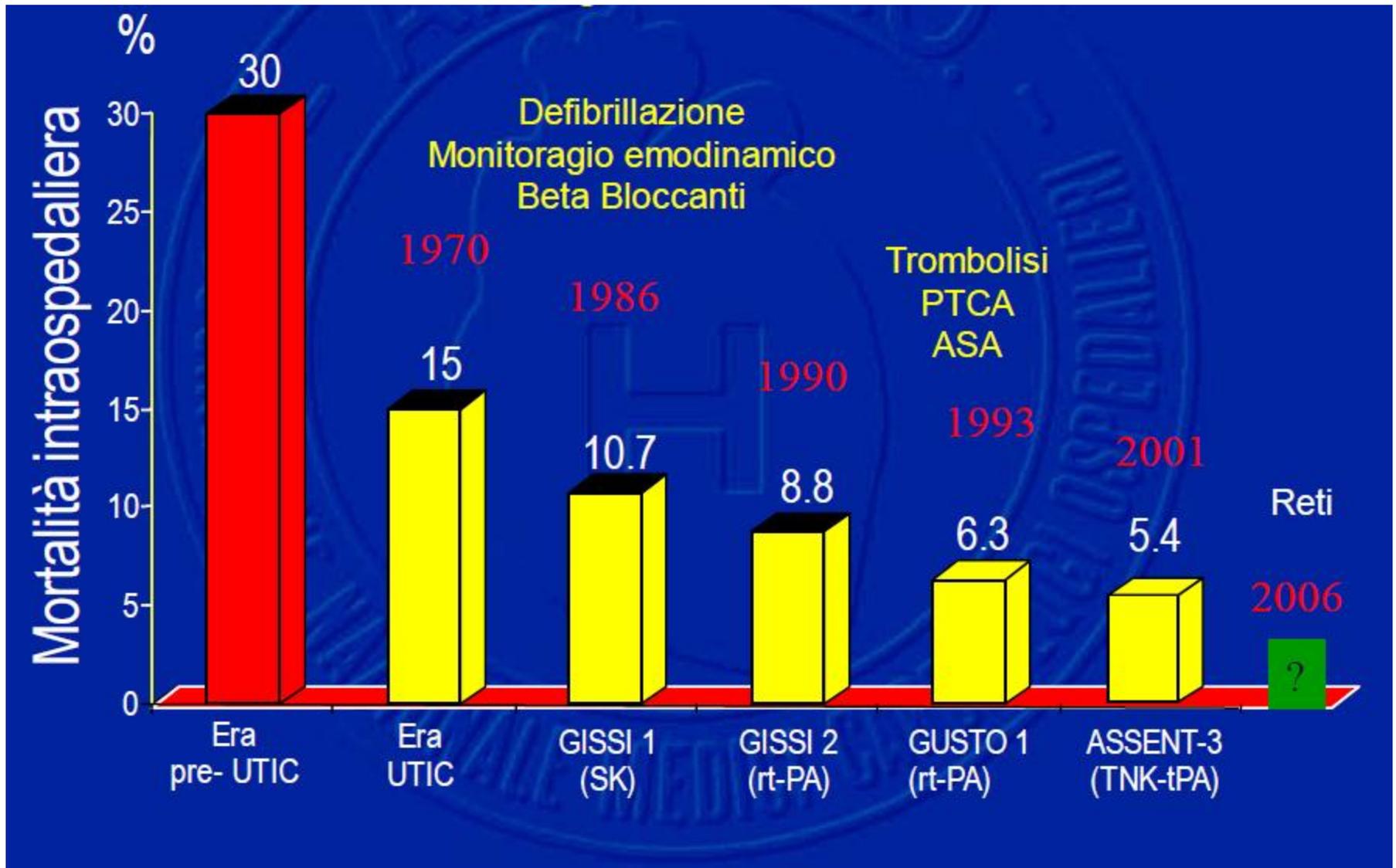
Sala Verde - Palazzo Incontri - Banca CR Firenze



IL CARDIOLOGO SI RAPPORTA CON LA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Massimo Milli
Cardiologia s.Maria Nuova

Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico



MORTALITA INTRAOSPEDALIERA

BLITZ-1 mortalità ospedaliera **7.4%**

- 7.5% per lo STEMI

- 5.2% per le SCA NSTE

(percentuale decisamente più elevata nei pazienti con età >75 aa)

32% dei pz ha avuto una o più complicanze durante il ricovero (scompenso cardiaco, edema polmonare, shock cardiogeno, reinfarto, angina ricorrente/refrattaria, ictus, sanguinamenti maggiori, complicanze meccaniche)

BLITZ-2 mortalità ospedaliera **1.2%**.

Nessun decesso ha riguardato la fascia di età <55 anni, rimarcando ancora una volta quanto l'età sia un importante fattore prognostico.

BLITZ-3 mortalità ospedaliera in terapia intensiva **3.3%**

IN-ACS Outcome mortalità ospedaliera del **2.9%** con una differenza significativa tra STEMI e SCA NSTE (4.6 vs 1.8%)



European Heart Journal (2007) 28, 1598–1640
doi:10.1093/eurheartj/ehm161

ESC Guidelines

† Guidelines for the diagnosis and treatment of
non-ST-segment elevation acute coronary syndromes

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment
Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society
of Cardiology

Online publish-ahead-of-print 14 June 2007

Hospital mortality is higher in patients with STEMI than among those with NSTE-ACS (**7 vs. 5%, respectively**)

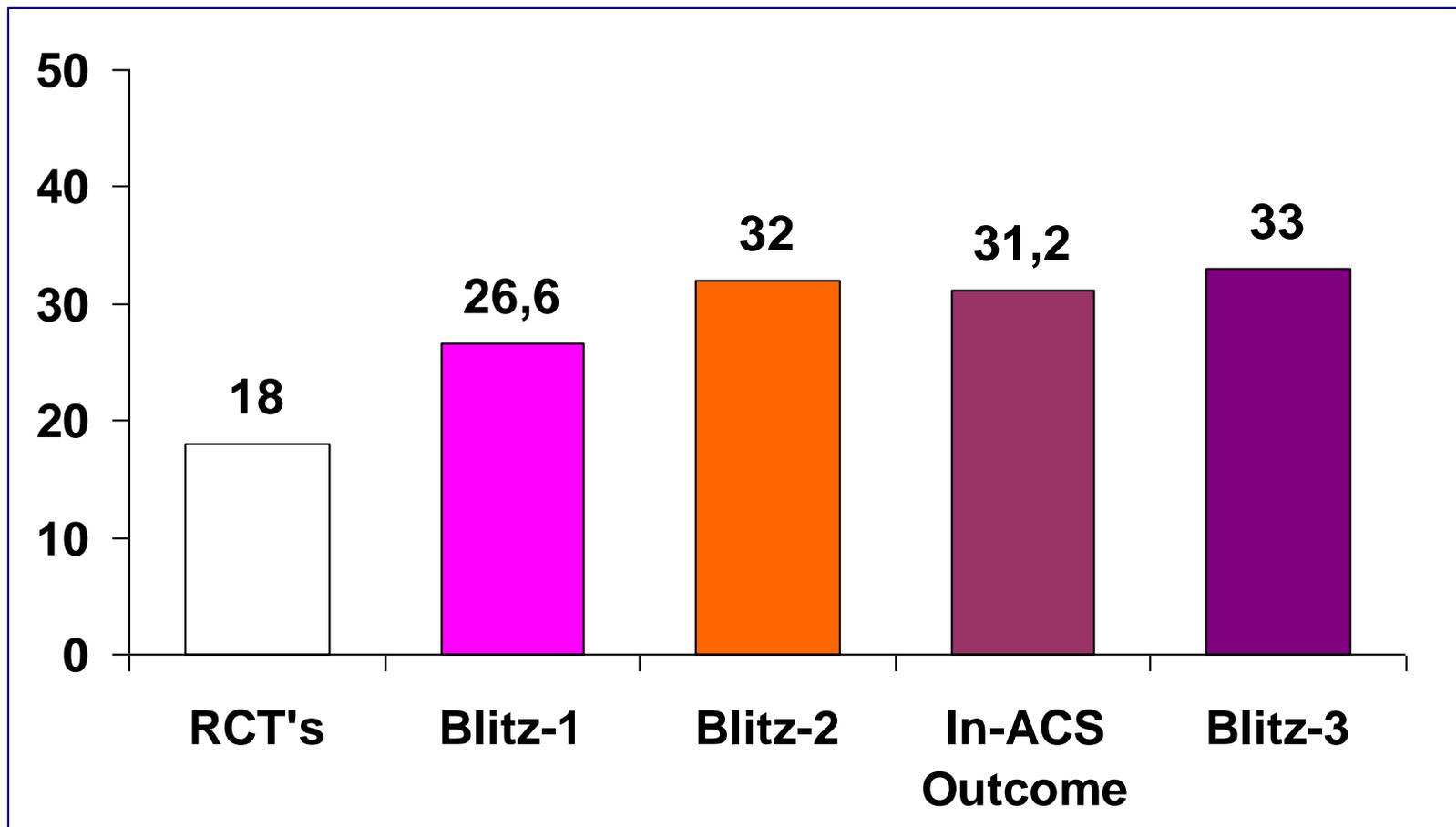
At 6 months, the mortality rates are very similar in both conditions (**12 vs. 13%, respectively**)

Long-term follow-up showed that **death rates were higher among those with NSTE-ACS than with STE-ACS**, with a two-fold difference at 4 years. This difference in mid and long-term evolution may be due to different patient profiles, since NSTE-ACS patients tend to be older, with more co-morbidities, especially diabetes and renal failure.



Anziani (≥ 75 aa.) con STEMI

Trials vs Registri Italiani



Cosa è cambiato nella gestione Ospedaliera del paziente con infarto miocardico

Miglioramento del trattamento farmacologico ed “interventistico”



**Riduzione dei tempi di degenza
(Durata media del ricovero 4 gg)**



**Poco tempo per il paziente per elaborare
“cosa è successo e cosa succederà” e poco
tempo a disposizione per gli operatori
sanitari per trasmettere informazioni**



**Mantenere e consolidare i
risultati acquisiti con la terapia**

Pianificare il follow-up del paziente

Trasmettere informazioni
riguardo alla
prevenzione secondaria dei
fattori di rischio cardiovascolare

Trasmettere informazioni riguardo
al corretto stile di vita
da seguire ed ad altri
aspetti pratici inerenti il
reinserimento nella vita
quotidiana e
lavorativa
del paziente

Diverse “reazioni psicologiche”

Atteggiamento costruttivo (1/3 dei pazienti):

“la qualità di vita è buona o migliore di prima dell’infarto”

- Miglioramento delle relazioni interpersonali “forti”
- Motivazione al cambiamento
- Percezione di miglior stato di salute mentale
- Miglioramento dello stile e della qualità della vita
- Miglioramento della vita sessuale



Riduzione della qualità di vita (1/3 dei pazienti)

Il pz dice: “sono a posto” ma il partner: Non è lo stesso di prima”

- paura dell’attività fisica
- paura delle emozioni
- paura di viaggiare e allontanarsi da casa
- Attività lavorativa ridotta
- Più tranquillo di prima. Non vuole discutere
- vita sessuale ridotta o abbandonata



Diverse “reazioni psicologiche”

**Danno psicologico a lungo termine (1/3 dei pazienti)
“ ansioso e/o depresso”**

Paura di un nuovo evento

Paura della cronicità della malattia (sintomi – ridotta aspettativa di vita)

Alterata identità (“mi sento invalido , una bomba a tempo che cammina”)

Paura di lasciare soli il partner e la famiglia

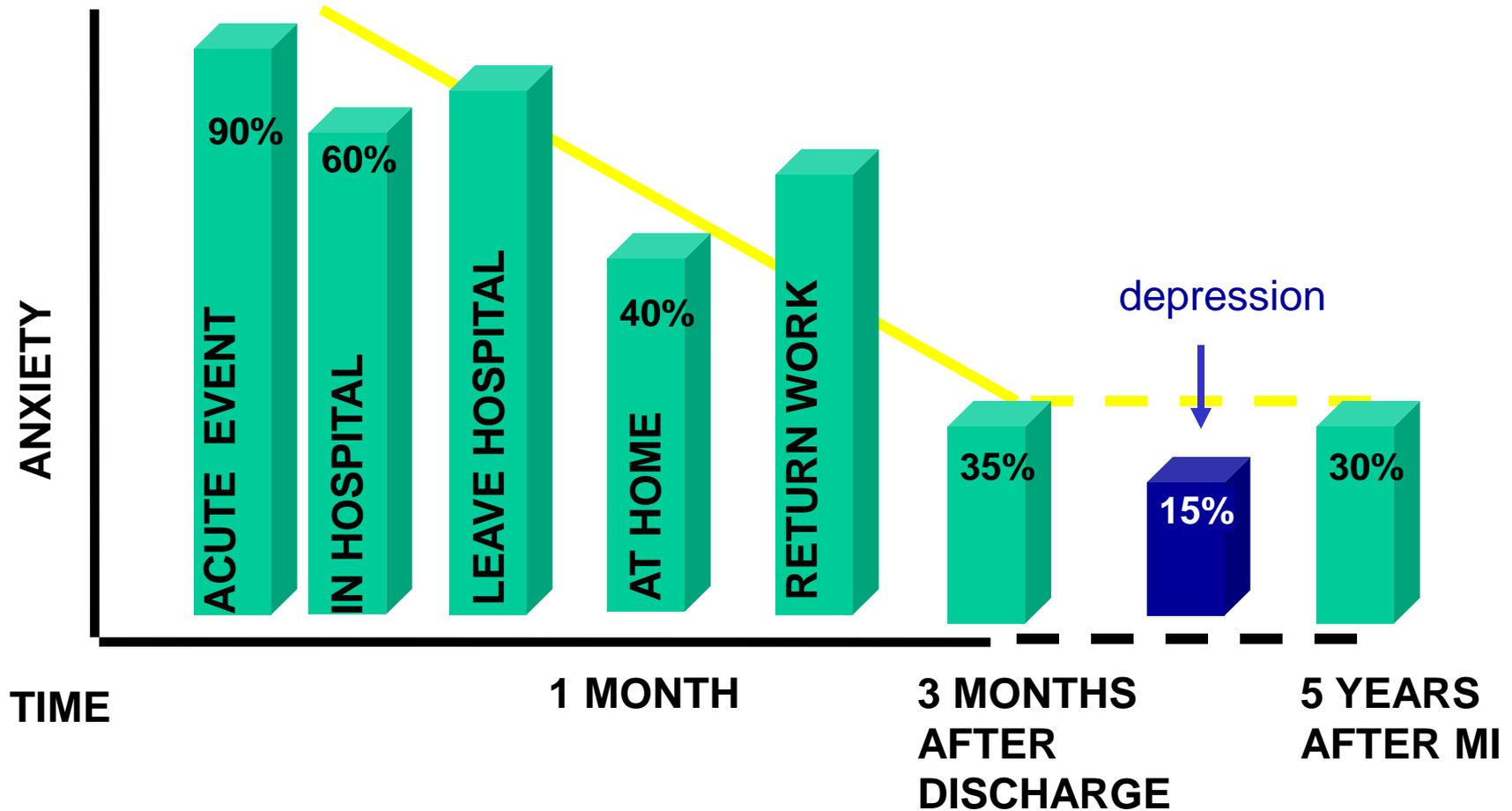
Timore per l'impiego e per la situazione economica

Effetti collaterali dei farmaci (astenia, sonnolenza, impotenza)

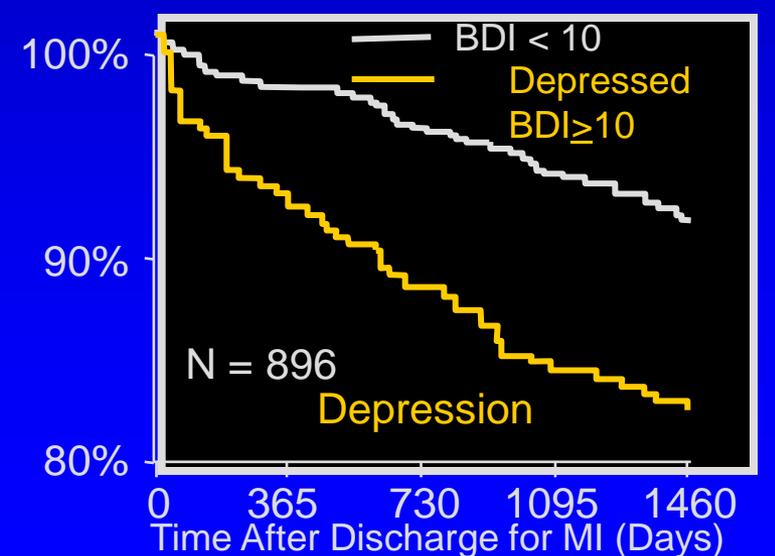
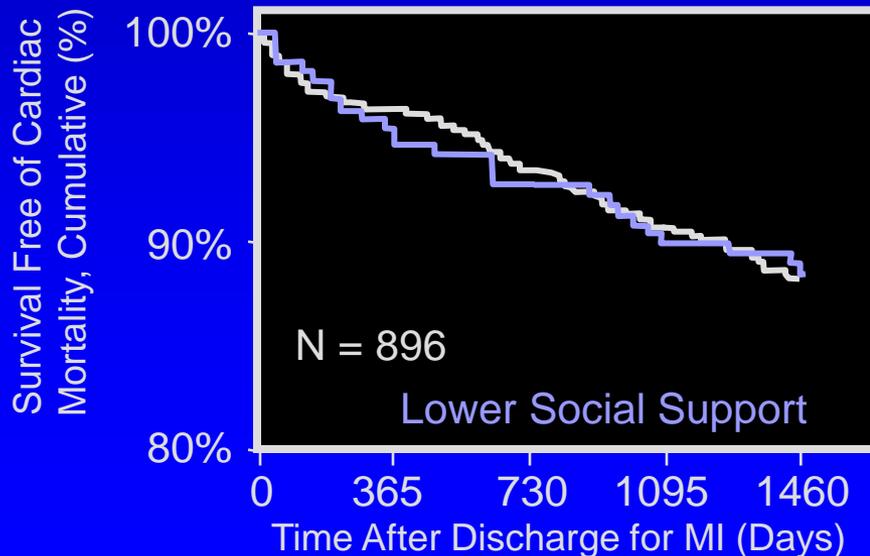
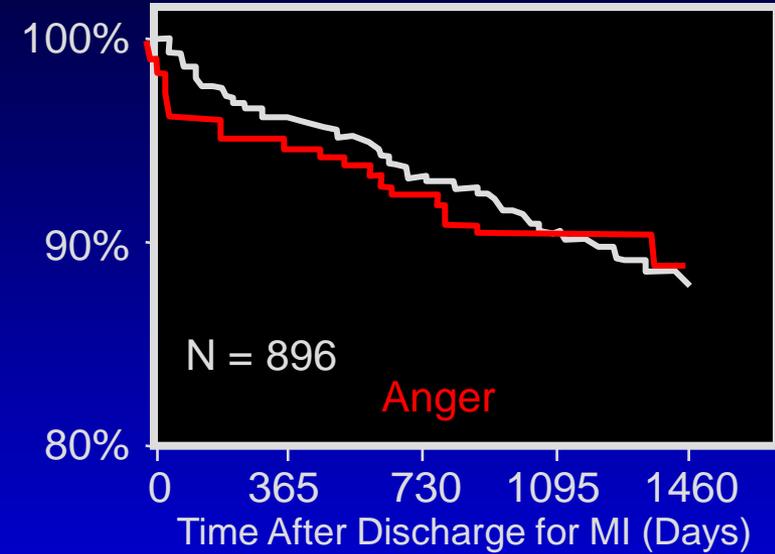
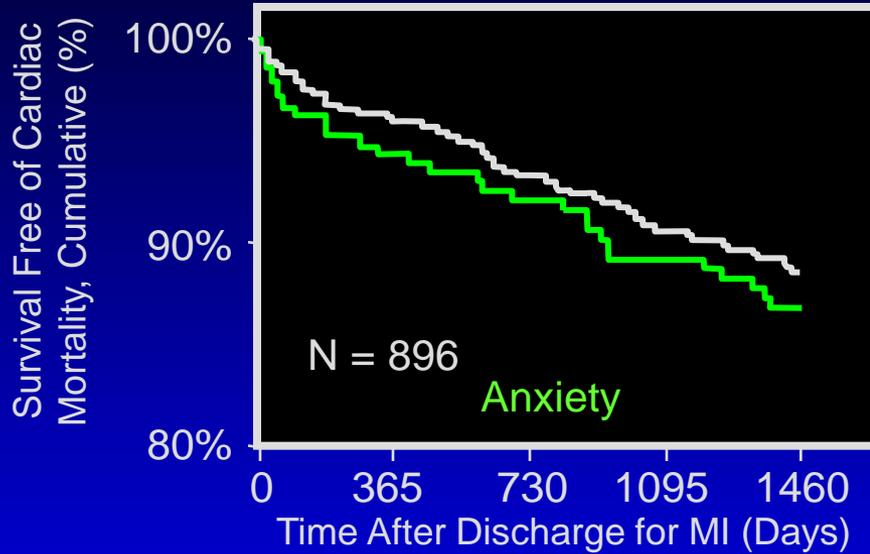
Essere trattato in modo diverso dalle altre persone



Psychological illness in post-MI patients



The Prognostic Impact of Depression



Depression in Patients with Cardiovascular Disease

Cardiology Research and Practice

Volume 2012, Article ID 794762, 10 pages

doi:10.1155/2012/794762

Effetti biumorali della depressione

Platelet Activity and Aggregation. Serotonin seems to play a role in clot formation, since it can bind to 5-hydroxytryptamine (5-HT) receptors on platelets, causing the release of precoagulant factors, thus promoting platelet aggregation

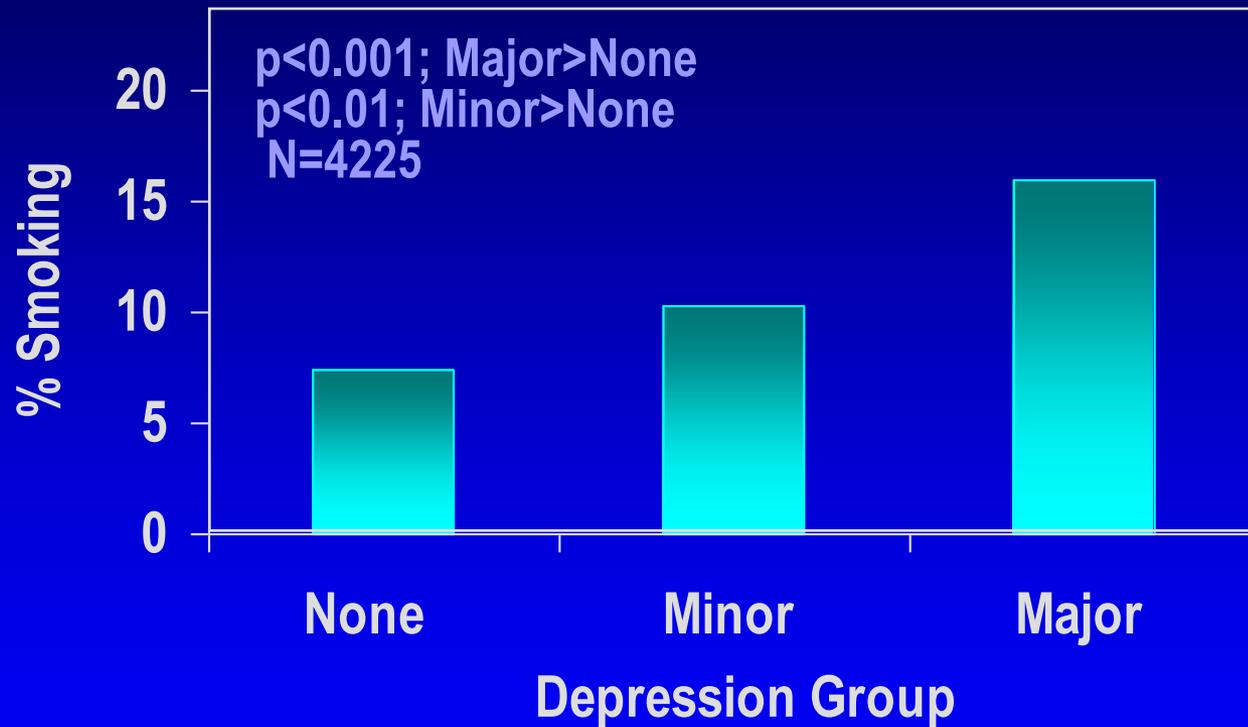
Inflammation. Depression has been found to be associated with elevated levels of interleukin-1 (IL-1), IL-6, and tumor necrosis factor- α (TNF- α). These proinflammatory cytokines play a key role in the process of atherosclerosis

Longer QT intervals, decreased baroreflex cardiac control and ventricular arrhythmias. Lower heart rate variability (HRV) may indicate decreased parasympathetic tone, which allows sympathetic nerves to provide stimulation and possibly provoke ventricular arrhythmias.

Catecholamines Norepinephrine is significantly elevated into vascular and extravascular compartments of patients with depression compared to controls while both had similar plasma NE clearance rates, suggesting increased sympathetic nervous system activity. Catecholamines cause vasoconstriction, arrhythmia, increased blood pressure, and platelet activation, all of which are contributing factors of cardiovascular instability

Endothelial Dysfunction. The impaired endothelial function, usually appearing with aging, has been suggested as a contributing factor to the development, progression, and clinical manifestations of atherosclerosis

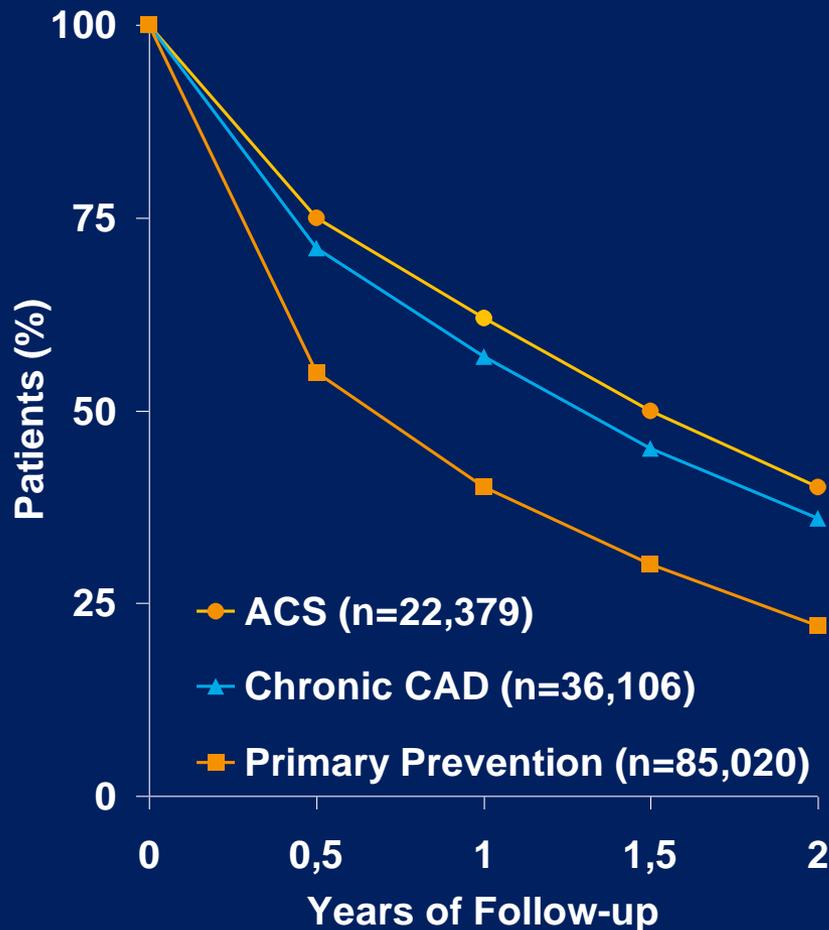
Depression Is Associated With ↑% Smoking



Adjusted for demographics, medical comorbidity, diabetes severity, diabetes type and duration, treatment type, HbA1c and clinic.

Katon et al, Diabetes Care, 2004

Discontinuation of Statin Therapy in Primary or Secondary Prevention of Coronary Artery Disease



Independent Predictors of Statin Therapy Discontinuation

- Older age (≥ 75 years)
- Lower socio-economic status
- Depression or dementia
- ≥ 10 prescribed medications
- No acute events in previous 12 months

Jackevicius CA, et al. *JAMA*. 2002;288:462-467.

Benner JS, et al. *JAMA*. 2002;288:455-461.

Il problema Compliance :

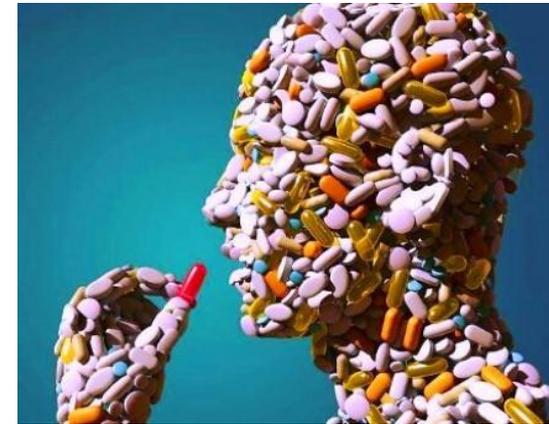
“I farmaci non funzionano nei pazienti che non li assumono”.
(C. Everett Koop)

È stato documentato che, tra i pazienti dimessi dopo un infarto miocardico acuto in terapia con aspirina, statine e betabloccanti, circa il 34% dei pazienti sospende almeno 1 dei 3 farmaci, il 12% li sospende tutti e 3 entro il primo mese dalla dimissione

Ho PM, Spertus JA, et al Arch Intern Med 2006; 166: 1842-7.

I pazienti che non seguono **nessuna terapia prescritta alla dimissione nei primi 120 giorni dopo un infarto miocardico acuto hanno un **rischio di mortalità più alto dell'80%**, mentre quelli che assumono **solo parte della terapia** prescritta presentano un **rischio di mortalità del 44% più alto** rispetto a quelli che seguono la terapia prescritta.**

Jackevicius CA, et al: Circulation 2008; 117: 1028-36.



Elementi correlati con scarsa aderenza alla terapia :

- **Fattori socioeconomici**
- **Inefficace comunicazione**
- **Mancanza di motivazione adeguata**



Strategie per migliorare l'aderenza alla terapia

- **Iniziare la terapia nella fase intraospedaliera**
- **Istruire il paziente durante l'ospedalizzazione**
- **Stratificare il rischio di sospensione prematura della terapia farmacologica**
- **Semplificare la terapia**
- **Sensibilizzare gli altri specialisti ed i MMG**



The importance of beliefs

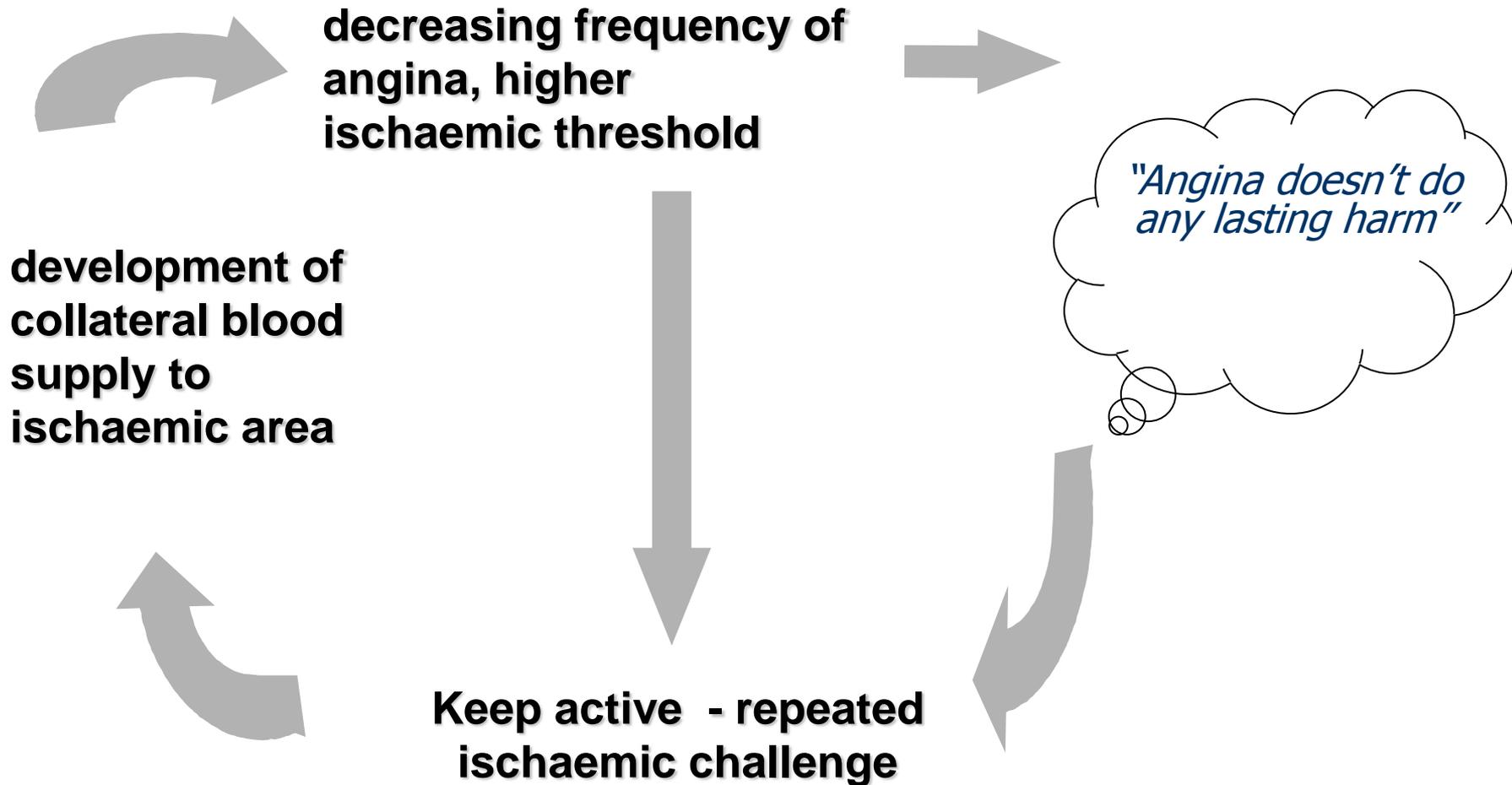
angina at lower level of activity

"angina is a mini heart attack"

deconditioning
less efficient
use of oxygen in
myocardium

reduce activity to prevent angina
& further damage to heart

The importance of beliefs



Obiettivi di valutazione dell'operato medico
sempre più "Aziendali":

- Rispetto del Budget
- Riduzione dei tempi di degenza
- Incremento delle prestazioni



Assenza di
specifiche
di comunicazione

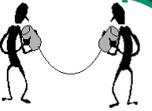


Maggiore "compressione" dei tempi di
relazione

Setting ambientali di
comunicazione spesso
inadeguati



Illoquio
azione terapeutica
tamento



” Spesso i pazienti soffrono di cose ben diverse da quelle indicate sulla loro cartella clinica. Se si pensasse a questo, molte loro sofferenze potrebbero essere alleviate“. Florence Nightingale

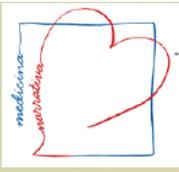
EVIDENCE BASED MEDICINE

+

NARRATIVE BASED MEDICINE

Medicina narrativa: *un ponte che unisce i mondi della malattia e della cura*
(Rita Charon)

Dare valore nell'atto medico non solo alla **disease** (la malattia in senso biomedico) ma anche all'**illness** (il vissuto di malattia da parte del paziente)



Interviste semi-strutturate a pazienti e analisi di colloqui medico/paziente (videoregistrati) si sono concentrate nei reparti di Cardiologia, Oncologia e di Rianimazione

Analisi quantitative e testuale sulle storie racchiuse nei reclami arrivati all'Urp nei confronti del Dipartimento di Medicina nell'anno 2009



Decalogo

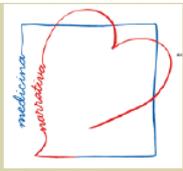
Convegni sulla
Medicina Narrativa:

- 2009
- 2012

NAME 2 - ORA È UN'ALTRA STORIA

2° convegno internazionale di medicina narrativa

Incontri formativi sulla comunicazione medico-paziente, svolti nel 2011/2012 e centrati sull'applicabilità nella pratica medica quotidiana



Decalogo del buon paziente



- 1 Ho uno scopo** Voglio capire cos'ho, cosa devo fare per curarmi, se ci sono altre possibilità di cura e se sono in buone mani
- 2 Mi presento** Presento al medico la mia persona
- 3 Informo** Riassumo al medico le mie condizioni di salute e la mia storia clinica
- 4 Osservo** Guardo il medico mentre mi informa sulle mie condizioni
- 5 Mi faccio capire** Ripeto al medico quel che mi sembra non abbia capito della mia situazione e delle mie difficoltà
- 6 Ascolto** Smetto di parlare e cerco di capire cosa mi sta dicendo il medico
- 7 Esprimo** Dico al medico quel che non ho capito, o che non sono sicuro di aver capito bene, e le mie perplessità
- 8 Dubito** Sono sicuro di aver detto tutto il necessario e di aver compreso esattamente cos'ho e cosa devo fare?
- 9 Chiedo** Pongo domande al medico, anche se mi sembrano non pertinenti o ridondanti
- 10 Chiarifico** Il medico ha frainteso qualcosa? Ho qualche difficoltà che non sono riuscito a comunicare? Ho chiari i punti fondamentali del colloquio?

Decalogo del buon medico



- 1 Ho uno scopo** Vorrei che il paziente uscisse dall'ambulatorio informato sulle proprie condizioni e propenso a seguire la cura
- 2 Mi presento** Non do per scontato che il paziente sappia già chi sono
- 3 Informo** Fornisco al paziente tutte le informazioni sul suo stato di salute, il trattamento e lo stile di vita da seguire
- 4 Osservo** Guardo il paziente ed osservo le sue reazioni, mentre gli dico cosa ha e cosa deve fare
- 5 Mi faccio capire** Uso stile, linguaggio e terminologia che mi sembrano adeguati alla persona che ho di fronte
- 6 Ascolto** Lascio spazio al paziente di poter esprimere le sue perplessità
- 7 Esprimo** Aiuto il paziente ad esprimere i suoi dubbi e esemplifico le indicazioni terapeutiche
- 8 Dubito** Sono sicuro che il paziente abbia capito cosa dovrà fare nel momento che lascerà l'ambulatorio?
- 9 Chiedo** Chiedo al paziente di ripetere le mie indicazioni
- 10 Chiarifico** Rafforzo e chiarifico le indicazioni terapeutiche

1791/1577 - SANNA PROSPERINI & C.
 GRAFICA E SERVIZI DI COMUNICAZIONE S.p.A.



Medicina basata
sulla Narrazione
Progetto Name 2

REFERENTI

Dott. Massimo Milli
massimo.milli@asf.toscana.it

Dott. Federico Trentanove
frentanove.esterno@asf.toscana.it





GRAZIE PER L'ATTENZIONE



NRMI: prevalenza di STEMI e NSTEMI

