

ORDE:

**GRAND HOTEL TRAMONTANO**  
Via Villaria Veneta, 1 - Sarcena

**Iscrizione ed accreditamento ECM:**

Esoba S.r.l., Provider Accredited in data 08/12/2010 presso il Ministero della Salute con ID 901, è responsabile dei contenuti formativi, della qualità scientifica e della correttezza etica di questo corso ECM n° 8395 accreditato con 15,7 crediti formativi e rivolto a n°30 Medici (specialità: Endocrinologia, Diabetologia, Geriatria, Cardiologia, Medicina generale, Medicina Interna).



L'assegnazione dei crediti è subordinata alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo, alla verifica dell'apprendimento e al rilevamento delle presenze.

L'attestato di partecipazione riporta il numero di crediti formativi assegnati e sarà portato consegnato ai partecipanti dopo avere effettuato la verifica.

**Segreteria Scientifica:**

**Dot. Andrea Ferrilli, Napoli**  
**Dot. Annalisa Botta, Arellina**

**Registrazione Organizzativa e Provider**  
accreditata dalla CUPC con ID 269 il 2.12.2010



**ESObA S.r.l.**  
80132 Napoli  
Via Frosinense 11  
70100 Bari (BA) ITALIA  
Info@esoba.it  
www.esoba.it



**ASSOCIAZIONE ITALIANA**  
**PROVIDER ECM**

Con il contributo non condizionato di:



CON IL PATROCINIO DI



DI COLLABORAZIONE CON



## Task Force sulla Patologia Diabetica



**21-22**  
**ottobre 2011**

**GRAND HOTEL TRAMONTANO**  
Via Villaria Veneta 1 - Sarcena

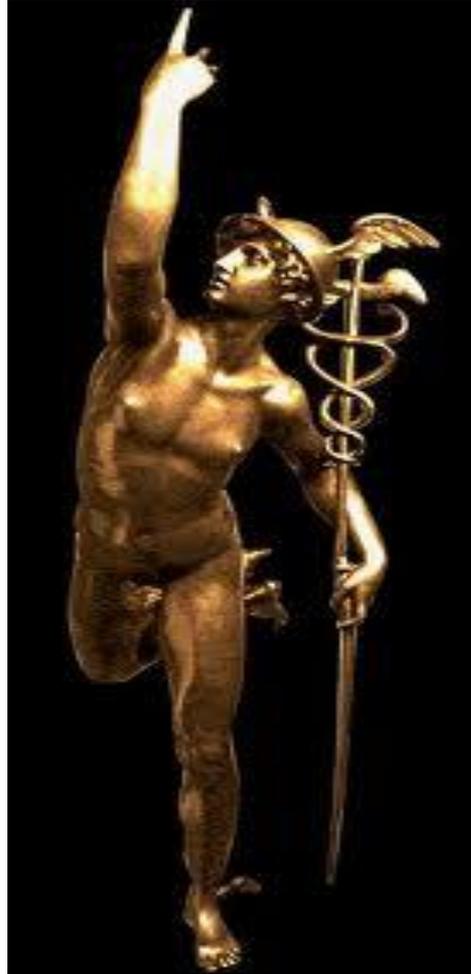
Comunicazione  
e  
compliance

Stefano De Riu



*Ordine Medici - Chirurghi e Odontoiatri  
di Napoli e Provincia*

# *Mercurio (Hermes)*



# La compliance (adherence) del paziente

Livello (o percentuale) di coincidenza tra il comportamento del paziente (stile di vita e assunzione di farmaci) e le indicazioni che gli sono state date



## LA COMPLIANCE 'STORICA'

*Il medico decide e dirige il trattamento che il paziente deve eseguire.*

*Il paziente deve attenersi scrupolosamente alla prescrizione imposta dal medico.*

## LA NUOVA COMPLIANCE ( adherence, concordance)

*Il medico accompagna (consiglia, indica, conferma) con le sue competenze il paziente ad attuare il trattamento condiviso.*

*Il paziente non segue ma esegue in autonomia e con responsabilità la prescrizione condivisa con il medico.*

*Diabetes Care.* 2004 May 1;27(5):1218-1224.

## A Systematic Review of Adherence With Medications for Diabetes

JOYCE A. CRAMER

**OBJECTIVE** — The purpose of this study was to determine the extent to which patients omit doses of medications prescribed for diabetes.

**RESEARCH DESIGN AND METHODS** — A literature search (1966–2003) was performed to identify reports with quantitative data on adherence with oral hypoglycemic agents (OHAs) and insulin and correlations between adherence rates and glycemic control. Adequate documentation of adherence was found in 15 retrospective studies of OHA prescription refill rates, 5 prospective electronic monitoring OHA studies, and 3 retrospective insulin studies.

**RESULTS** — Retrospective analyses showed that adherence to OHA therapy ranged from 36 to 93% in patients remaining on treatment for 6–24 months. Prospective electronic monitoring studies documented that patients took 67–85% of OHA doses as prescribed. Electronic monitoring identified poor compliers for interventions that improved adherence (61–79%;  $P < 0.05$ ). Young patients filled prescriptions for one-third of prescribed insulin doses. Insulin adherence among patients with type 2 diabetes was 62–64%.

**CONCLUSIONS** — This review confirms that many patients for whom diabetes medication was prescribed were poor compliers with treatment, including both OHAs and insulin. However, electronic monitoring systems were useful in improving adherence for individual patients. Similar electronic monitoring systems for insulin administration could help healthcare providers determine patients needing additional support.

*Diabetes Care* 27:1218–1224, 2004

als with chronic diseases. Problems with poor self-management of drug therapy may exacerbate the burden of diabetes.

Several studies suggest that a large proportion of people with diabetes have difficulty managing their medication regimens (oral hypoglycemic agents [OHAs] and insulin) as well as other aspects of self-management (1,5,6). Whereas some studies that have assessed adherence among young people with type 1 diabetes (6,7), little is known about adherence to insulin regimens in patients with type 2 diabetes.

This systematic review was undertaken 1) to assess the extent of poor adherence and persistence with OHAs and insulin and 2) to link adherence rates with glycemic control.

### RESEARCH DESIGN AND METHODS

#### Literature search

A systematic literature search was conducted to identify articles containing in-

Adherence to doses of oral antidiabetic agents is only 67% to 85%, and adherence to insulin doses is only 62% to 64%. So, patient adherence to pharmacologic treatment is clearly going to be a barrier.

# Fattori che influenzano la compliance

## Estrinseci al paziente

Durata della terapia, sua complessità ed interferenza con lo stile di vita

Mezzo di cura e le sue rappresentazioni

Quantità e frequenza di assunzione di farmaci

Prescrizione di più farmaci insieme

Manifestazione tardiva dell'azione benefica del farmaco

L'assenza di sintomi

Effetti collaterali del farmaco

## **Relazione medico-paziente**

## **Qualità della comunicazione sanitaria**

Influenza dell'ambiente sociale (norme collettive, aiuto della famiglia, rete di sostegno sociale)

Le caratteristiche del setting clinico (ospedale, domicilio...)

# Cause di mancata adesione gli errori nella comunicazione

La mancata comprensione o il fraintendimento delle informazioni possono inficiare un'ottimale aderenza al trattamento

- *Uso di termini troppo tecnici*
- *Linguaggio specialistico*
- *Convinzioni dei pazienti sulla natura, le cause e le modalità di cura della propria malattia che li portano ad escludere informazioni mediche dissonanti con tali convinzioni.*
- *I pazienti, inoltre, non pongono domande per avere chiarimenti e i medici, non sentendosi porre alcuna domanda, credono di essere stati efficaci e comprensibili, concludendo che i pazienti non hanno bisogno di ulteriori informazioni*

Spesso il diabetologo e paziente si confrontano su livelli diversi. Il Medico propone una cura basata sulla razionalità, mentre il paziente adotta una propria versione della terapia. Ha delle idee in proposito che non confesserà mai al Medico che considera intrusivo perché gli chiede di cambiare completamente la sua vita senza interessarsi dell'immagine che il paziente ha di sé stesso



# La resistenza al cambiamento

- Il curante che si sforza di indurre il paziente a ottenere un cambiamento, può attivare le sue difese , generando resistenza.
- Quando invece il curante si libera dalla tentazione di indurre un cambiamento crea una relazione che che minimizza le resistenze e spinge al cambiamento

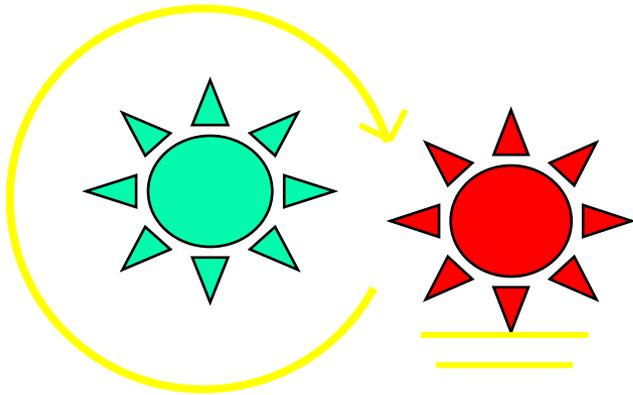
# Lavorare sulla frattura interiore come motore del processo di cambiamento

- La frattura interiore è la percezione della differenza esistente tra la condizione attuale e quella che si vorrebbe raggiungere tra “come si è” e “come si vorrebbe essere” (ambivalenza)
- Lo scopo è quello di aumentare la motivazione intrinseca a cambiare, aiutando i pazienti a diventare consapevoli della discordanza tra il comportamento attuale e gli obiettivi da raggiungere.
- Il passaggio dal desiderio di cambiamento all'azione dipenderà dal disagio interiore del paziente, cioè dal disagio che avverte nel continuare un dato comportamento che viene percepito come non corretto.

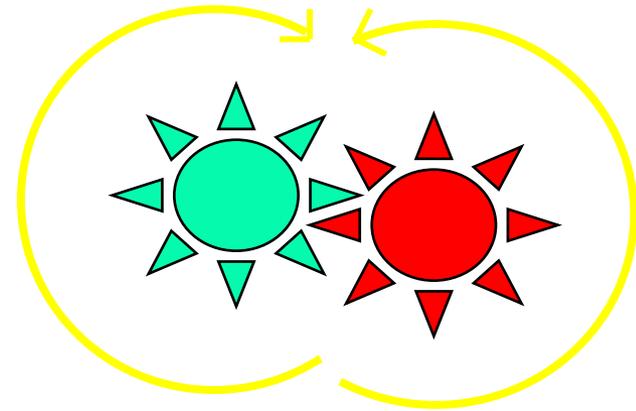
# COMUNICAZIONE, PEDAGOGIA ED migliore compliance

*Modello bio-medico*

*Modello pedagogico*

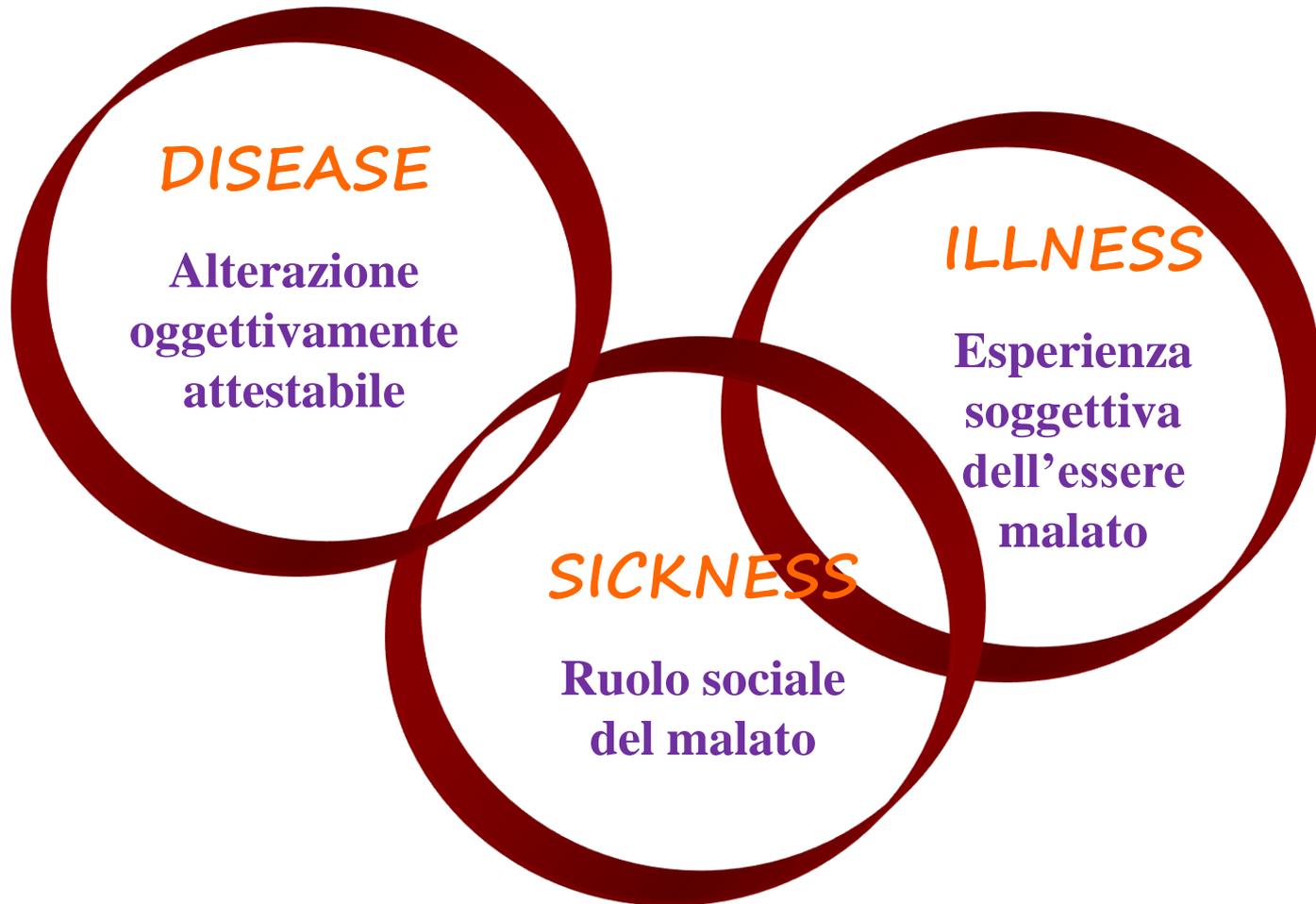


*provo a spiegare*



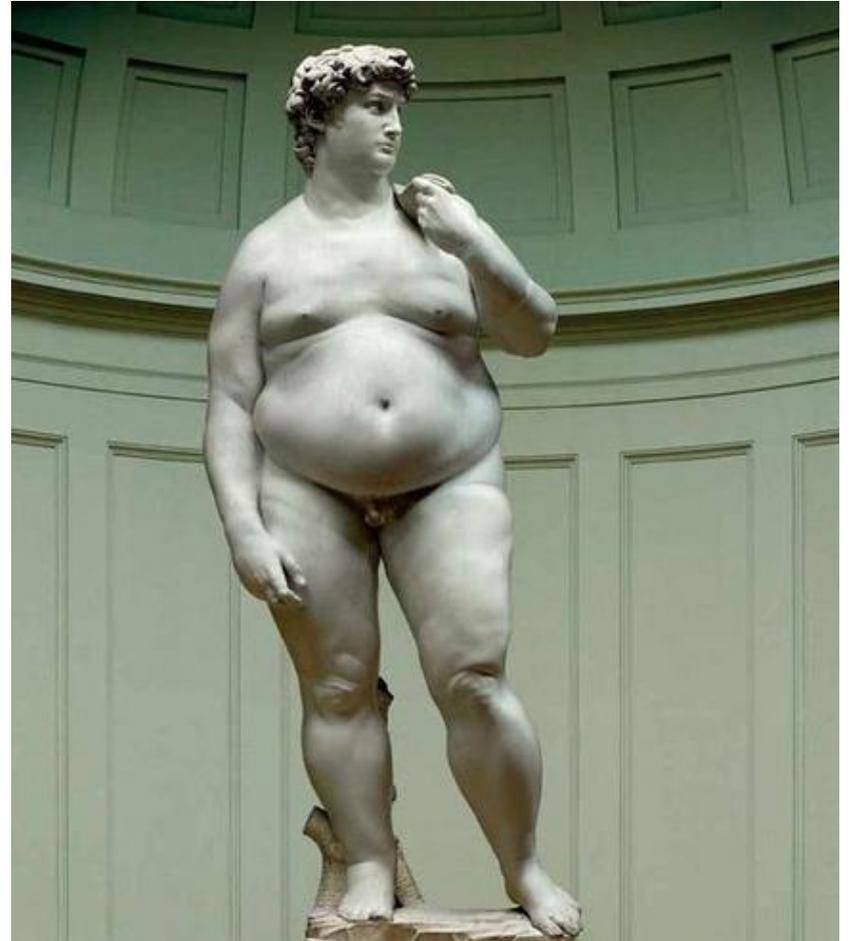
*aiuto la messa in moto*

# Prendersi cura di una malattia cronica



# Sickness e diabete

Il diabete è tradizionalmente visto come “la malattia dell'eccesso” e offre al contesto di vita del paziente e al mondo sanitario stesso (sickness) la possibilità di un “atto d'accusa” nei confronti dell'ammalato.





La migliore adesione al programma terapeutico si ottiene se i bisogni reali del paziente sono gratificati, e la terapia corrisponde alle rappresentazioni del paziente e soddisfa le sue aspettative

# SVILUPPARE COMPETENZE COMUNICATIVE per una migliore compliance

**Competenza linguistica:** aspetti fonologici, sintattici, semantici e pragmatici della lingua

**Competenza paralinguistica:** intercalari come le risate, silenzi, borbottii, dizione, cadenze nella pronuncia.

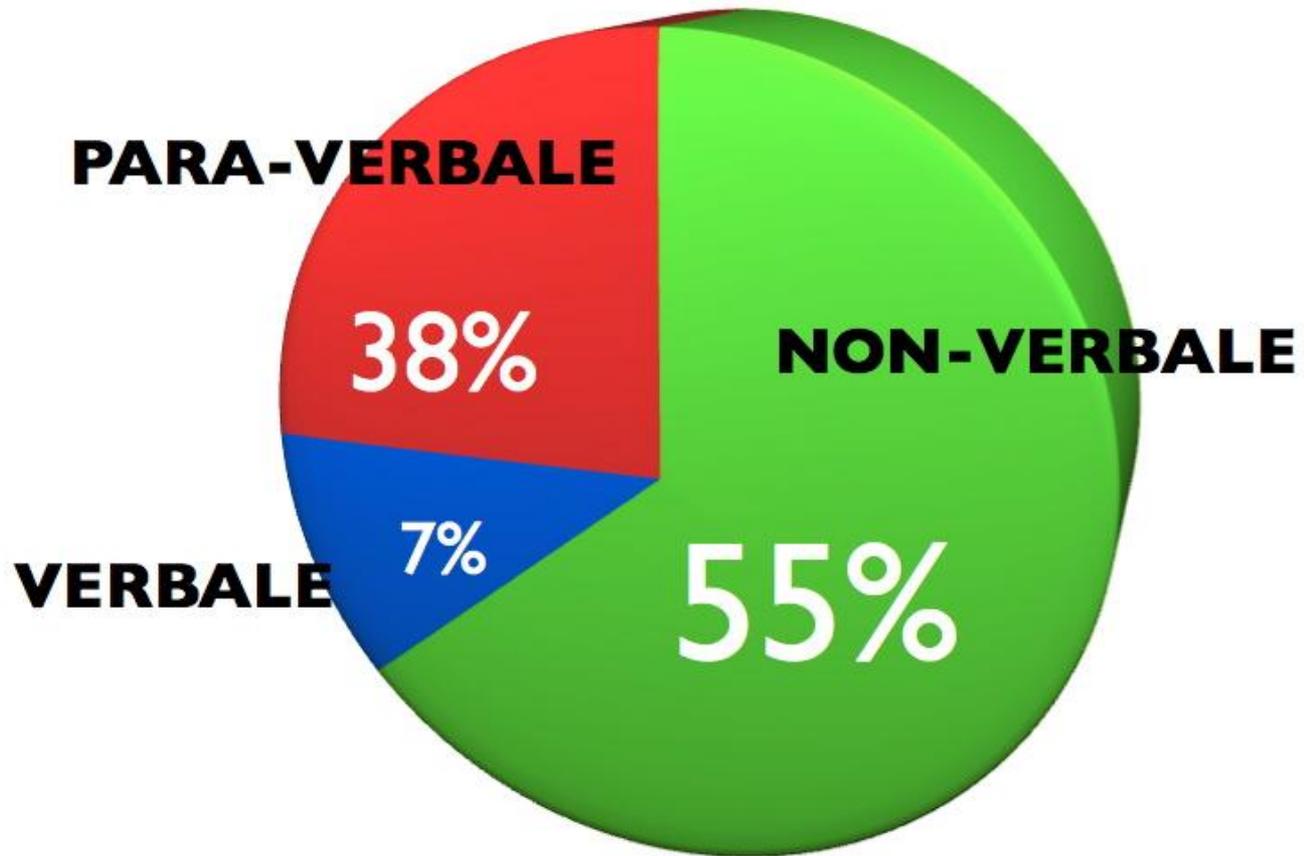
**Competenza cinesica:** gesti e posture (notevoli le implicazioni culturali)

**Competenza prossemica:** gestione dello spazio

**Competenza pragmatica:** saper usare i segni linguistici verbali e non, in modo adeguato alla situazione

**Competenza cronemica:** uso del tempo (culture veloci e lente, ritmo personale)

**Competenza socioculturale:** saper comunicare in base al ruolo



# IL QUADRATO DELLA COMUNICAZIONE di Schulz von Thun

**DI CHE  
COSA SI TRATTA**

***IO SONO, IO MI  
SENTO***

***CHI TU SEI  
PER ME***

**COSA MI ASPETTO  
DA TE**

per una gestione cosciente della comunicazione  
è sempre necessario definire con esattezza:

1. a chi ci rivolgiamo  
(chi sono i soggetti  
con i quali devo  
entrare in relazione?)

2. l'obiettivo  
(cosa vogliamo che  
facciano, pensino,  
abbiano presente, al  
termine della  
comunicazione?)

3. che cosa comunicare  
(quali sono i punti  
fondamentali che devo  
comunicare per  
ottenere l'effetto  
voluti e creare la  
relazione?)

4. come comunicarlo  
(quali sono "gli  
strumenti" di  
comunicazione più  
adatti a ottenere  
l'effetto voluto?  
Scritto, orale, ecc. )

La  
comunicazione  
è il risultato  
ottenuto,  
non il contenuto  
trasMESSO



## La prescrizione dei farmaci (come evitare che non vengano presi)

In questo contesto fare le domande dirette

- Pensa di avere difficoltà a seguire le prescrizioni della ricetta?
- Come s'inserisce questa cura nella sua giornata?
- Deve fare dei cambiamenti a prendere i medicinali alle ore prescritte?

*Feldman et al. Articolo teorico, 2002 (BMC Medical Information Decision Making)*

Discussione degli approcci adeguati per migliorare la compliance ai cambiamenti negli stili di vita.

La scarsa *compliance* nel caso dei cambiamenti negli stili di vita possono essere compresi a partire dalla asimmetria nella posizione assunta frequentemente da medico (nella veste dell'esperto) e paziente. Nel caso degli stili di vita l'esperto è il paziente e gli approcci di tipo puramente educativo possono non essere sufficientemente influenti sui comportamenti di aderenza dei pazienti.

*Heisler et al. Survey, 2002 (Journal of General Internal Medicine)*

Soggetti: 2000 pazienti in cura per diabete. Strumento: Questionario.

Variabili: Comunicazione del medico, grado di condivisione delle decisioni e della *compliance* alle attività per l'autogestione del diabete.

Alti punteggi nella variabile "condivisione delle decisioni terapeutiche" e nella variabile "comunicazione del medico" sono associati ad una maggiore autonomia e ad una migliore *compliance* dei pazienti diabetici. Gli Autori concludono che fornire informazioni chiare ai pazienti circa le opzioni legate alla malattia e alle cure e comprendere il loro desiderio di partecipare alle decisioni terapeutiche dovrebbe essere una competenza clinica dei medici.

*Butler et al. Articolo teorico, 1996 (Canadian Medical Association Journal)*

Analisi dei fattori favorenti o sfavorenti la *compliance*.

Anziché vedere la resistenza al cambiamento come caratteristica radicata nel solo paziente gli Autori analizzano il ruolo giocato anche dal medico. Questo è più efficace quando negozia il trattamento con il paziente piuttosto che quando fornisce consigli e indicazioni unilateralmente. Questo approccio promuove l'accettazione delle decisioni del paziente da parte del medico.

*Kaplan et al. Studio, 1989 (Medical Care)*

Soggetti: 252 pazienti cronici. Variabili: Misurati e messi in relazione indici dello stato di salute (pressione sanguigna, glicemia) e caratteristiche della comunicazione. Misurati anche status funzionale, valutazione soggettiva del proprio benessere.

Ad aspetti specifici della comunicazione tra medico e paziente si correla uno stato di salute migliore. La comunicazione influenza dunque la salute dei pazienti e deve essere tenuta in considerazione nell'erogazione dei servizi sanitari. Comportamenti comunicativi quali lasciare più controllo al paziente e meno al medico, lasciare al paziente la possibilità di fare domande e di interrompere, consentire comportamenti emotivi quali l'espressione di emozioni negative, fornire più informazioni, da parte del medico, in risposta alle esigenze informative effettivamente espresse dal paziente, ecc., sono correlati ad un migliore stato di salute del paziente

# Motivazioni del/la paziente per la non aderenza



Studio prospettico, in aperto, basato su interviste, condotto nelle farmacie Newyorkesi (n = 821)

Cheng JWM et al. *Pharmacotherapy*. 2001; 21: 828-841

# Comunicazione e compliance

- Attento a trovare i termini giusti
- Attento a non esagerare con le spiegazioni
- Attento ai termini scientifici
- Attento al positivo-male e al negativo-bene
- Attento alla comunicazione scritta

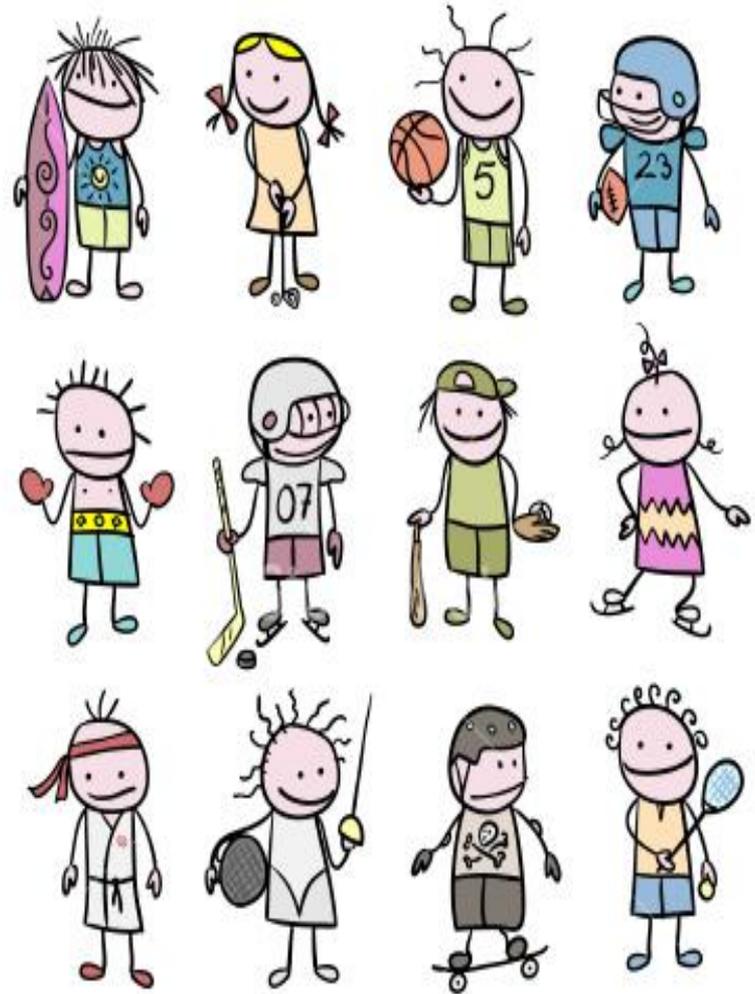
# Alcuni interventi comunicativi infelici, ma consueti del medico

- Quante volte le devo ripetere che? .... (tono irritato)
- Non so più come comportarmi con lei, se continua a non fare quello che le dico....allora mi promette che... (tono tra l'irritato e il paternalistico)
- Perché continua a preoccuparsi...non c'è problema...(tono svalutante e pseudorassicurante)
- Come ha fatto a pensare che?...come fa a non capire che?...(tono punitivo)



# varie tipologie di paziente

- Va bene le prometto che...  
(*paziente infantilizzato*)
- Sì...va bene...mah!...non so se...(*paziente in stato di soggezione*)
- Lei fa presto a dire che non c'è problema, sapesse come mi sento!  
(*paziente in stato di opposizione non costruttiva*)
- La sua cura è sbagliata...la medicina mi fa male...io non la prendo più!  
(*paziente aggressivo*)



# Quali domande porsi

*Che cosa sa questo paziente della malattia?*

*Cosa significa per lui?*

*Che cosa fa rispetto a questa situazione?*

*Cosa sente e come la vive? Cosa crede al riguardo?*

*Chi è questo "paziente"? Come si definisce lui stesso?*

*Quali sono le sue attese, i suoi progetti*

# Comunicare per educare

*I pazienti vanno dal medico per essere curati e guariti non per essere educati. Bisogna tener conto di questa profonda asimmetria di attese, dalla quale possono scaturire molti malintesi*

*Chi ha bisogno sente forte la necessità di essere aiutato.*

*Ma non tutti coloro che hanno bisogno sentono la necessità di essere aiutati.*

*Andrea Canevaro deficit, handicap e malattia*