

Compliance, adesione, aderenza

Il tema della *compliance* al regime terapeutico nella cura del diabete, come di tutte le malattie croniche, è centrale per aiutare il paziente a mantenere o a migliorare il proprio stato di salute.

Possiamo distinguere una non aderenza ai trattamenti non intenzionale da parte dei pazienti dovuta sostanzialmente al non avere compreso la terapia, o parti di essa, oppure a dimenticanze momentanee e una non aderenza ai trattamenti intenzionale per cui i medici si trovano di fronte malati che decidono di non curarsi per una serie di ragioni che possono andare dall'atteggiamento di negazione della malattia con se stesso e con il proprio contesto di vita, alla interpretazione dell'evento morboso come non grave o, al contrario come non curabile, ad atteggiamenti di sfida alla malattia o al personale sanitario.

Nel primo caso il piano della comunicazione tra curante e paziente ha difettato prevalentemente sul versante informativo e di comprensione, nel secondo caso il problema della non aderenza risulta più complesso e richiama in causa tutto ciò di cui si è parlato in precedenza, sia rispetto all'accettazione della malattia, sia alla mancata efficacia della comunicazione tra medico e paziente che non ha prodotto la comprensione delle resistenze e difficoltà del malato nell'affrontare il problema di salute e la necessaria modificazione dello stile di vita (dieta, abbandono del fumo, attività fisica ...).

La definizione classica di *compliance* è: *"il grado in cui il comportamento di una persona (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico"* (1)

Assunti di tale definizione:

- il trattamento prescritto è il migliore,
- la prescrizione è stata trasmessa in modo inequivocabile
- il paziente è tenuto all'obbedienza
- implica un giudizio negativo sulla mancata osservanza

La definizione contiene implicitamente l'idea di un ruolo passivo del paziente, della non fallibilità del medico nella comunicazione e da ciò può derivare:

- una colpevolizzazione del paziente attraverso modalità comunicative del curante che fluttuano tra toni paternalistici e di comprensione che pongono comunque il paziente in una condizione infantile creando un rapporto del tipo Adulto-Bambino,
- un atteggiamento dogmatico e rigido da parte del medico che non porta comunque all'*empowerment* del paziente e non migliora il suo senso di *autoefficacia* nella gestione della malattia.

Il termine di *Adherence to treatment*, più di recente, ha nella sua stessa definizione, incluso un cambiamento concettuale e, se vogliamo epistemologico, del termine parlando di: *"Coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione del trattamento elaborando un consenso basato sull'accordo"* (2)

Assunti di tale definizione:

- ruolo attivo del paziente nella gestione della malattia e terapia,
- alleanza medico-paziente come base per l'aderenza,
- la non aderenza viene interpretata come inefficacia della comunicazione medico-paziente.



(anziano**diabetico**)



fondazione
sanofi aventis

In questa definizione, la mancata aderenza del paziente viene interpretata come indicatore di una inefficace comunicazione del medico con il proprio assistito; l'attenzione viene posta sulla costruzione dell'alleanza tra medico e paziente e apre a nuove prospettive di dialogo e non di irrigidimento delle rispettive posizioni, che porta a un conflitto aperto.

Il paziente ha un suo *Sick-role behavior*, inteso come *complesso di azioni che comprendono, oltre all'aderenza al regime terapeutico proposto, la modificazione delle attività individuali, familiari e delle responsabilità sociali*.

Il termine aderenza non si riferisce solo all'assunzione dei farmaci, ma comprende una serie più ampia di comportamenti (3):

- entrare in un programma di trattamento e portarlo avanti con continuità,
- fissare e rispettare gli appuntamenti per le visite di controllo,
- assumere i farmaci prescritti in modo corretto,
- attuare appropriati cambiamenti nello stile di vita (dieta, attività fisica ...),
- gestire correttamente i regimi terapeutici domiciliari,
- evitare i comportamenti a rischio per la salute.

Il tema della non aderenza per malattie come il diabete, l'asma bronchiale, l'ipertensione è rilevante in quanto la sintomatologia è silente, a tratti variabile, quindi l'aderenza risulta più difficile proprio perché i pazienti non hanno sintomi eclatanti durante l'esordio della malattia, anzi la terapia può dare disturbi, che prima dell'assunzione della terapia non erano presenti.

L'aderenza può modularsi diversamente a seconda che si tratti di farmaci o di modificazioni nello stile di vita e nei comportamenti di salute.

Alcuni tra i fattori che possono influenzare la concordanza ai trattamenti, ma ne sono rintracciabili molti altri in letteratura (4) sono i seguenti:

- **Intrinseci al paziente**

- gravità dei sintomi (*se la malattia non dà sintomi l'aderenza è più bassa, più alta è invece negli episodi acuti*),
- livello culturale,
- età e sesso,
- supporto sociale (predittore di aderenza importante nella cura del diabete),
- tratti di personalità,
- stato psichico legato alla malattia (nei pazienti depressi la non aderenza è maggiore),
- conoscenze acquisite sulla malattia (le informazioni sono un prerequisito, ma la disponibilità di informazioni può non tradursi in conoscenza e ancora più difficile risulta il passaggio dalla conoscenza alla modificazione di atteggiamenti e comportamenti),
- difficoltà a riconoscere la condizione di malato o la necessità di trattamento (negazione della malattia, della sua gravità, persistenza o cronicità),
- comprensione e memorizzazione della terapia (in pazienti anziani la funzione più spesso compromessa è la memoria a breve termine, ma è un problema questo che riguarda tutti i pazienti),
- pregiudizi sulla inefficacia del farmaco o sui suoi effetti collaterali (i farmaci che hanno effetto immediato sui sintomi portano a una maggiore aderenza, mentre i farmaci, che in assenza di sintomatologia producono effetti

Commento [GM1]: On line deve essere un item



anziano diabetico



fondazione
sanofi aventis

collaterali comportano una minore aderenza, come nel trattamento dell'ipertensione).

- **Estrinseci al paziente**

- durata della terapia, sua complessità e interferenza con lo stile di vita (la complessità della terapia è una variabile importante, così come le interferenze che essa produce nelle attività quotidiane, la difficoltà a monitorare contemporaneamente più prescrizioni).
- 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,
- assenza di sintomi,
- effetti collaterali del farmaco,
- relazione medico-paziente,
- qualità e quantità di informazioni che al paziente viene data sul protocollo,
- influenza dell'ambiente sociale (norme collettive, aiuto della famiglia, rete di sostegno sociale),
- le caratteristiche del *setting* clinico (ospedale, domicilio, ambulatorio ...).

La concordanza al regime terapeutico migliora nel caso in cui il paziente:

- sia consapevole che il diabete rappresenti un problema e possa essere pericoloso per la sua condizione di salute (*gravità percepita*),
- creda di essere a rischio di eventuali aggravamenti o complicazioni (*suscettibilità percepita*),
- sia convinto che il trattamento sia efficace e sicuro (*vantaggi percepiti*),
- sia cosciente che il disagio e le difficoltà di adesione al trattamento siano minori del beneficio che egli ne trae (*barriere percepite*),
- si senta in grado di eseguire quanto richiesto dalla terapia (somministrazione, controlli ...) e sviluppi un buon senso di *self - efficacy* (5) e di *locus of control* (6),
- sente che con il suo medico si è sviluppata una buona comunicazione e sente che le sue difficoltà sono comprese,

L'utilizzo delle tecniche di *counseling* nell'analisi dell'aderenza al trattamento persegue l'obiettivo di una *condivisione della strategia terapeutica* con il paziente.

All'inizio di un trattamento lo schema operativo può essere il seguente, secondo quanto indicato da Daltroy (7):

- il paziente è incoraggiato a esprimere le sue preoccupazioni,
- le preoccupazioni del paziente vengono discusse,
- il medico e il paziente definiscono le finalità, le priorità e le modalità del trattamento,
- il medico e il paziente identificano possibili ostacoli all'aderenza,
- medico e paziente formulano strategie per prevenire le difficoltà,
- il medico fornisce informazioni sulla malattia e sul regime terapeutico, facendole riassumere al paziente.

In un *follow – up*:

- il paziente è incoraggiato a esprimere il suo parere sulla terapia seguita,



(anziano**diabetico**)



fondazione
sanofi aventis

- vengono discusse eventuali ragioni di insoddisfazione o di preoccupazione e l'eventuale quota di non aderenza che può esserne derivata,
- medico e paziente definiscono le finalità raggiunte e quelle rimanenti e le priorità nella prosecuzione del trattamento,
- medico e paziente formulano progetti per ridurre le difficoltà.

Commento [GM2]: On line virgola,

NOTE

- 1) Haynes R. B., *Compliance in health care*, John Hopkins University Press, Baltimora, 1979
- 2) Meyers L. B., Midence K., *Adherence to treatment in medical condition*, Harwood Academic Publisher, Amsterdam, 1998
- 3) Majani G., *Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica.*, McGraw – Hill, Milano, 2001
- 4) Haynes R. B., *Compliance in health care*, John Hopkins University Press, Baltimora, 1979
- 5) *Self – efficacy “La convinzione che una persona ha di poter mettere in pratica con successo il comportamento richiesto per produrre risultati attesi e desiderati”* Bandura A., *Principles of Behavior Modification*, Prentice Hall, New York, 1977. Il senso di autoefficacia è collegato al singolo comportamento messo in atto, ad esempio il paziente può sentirsi in grado di seguire la dieta, ma non la terapia per cui va verificato di volta in volta, anche perché l'autoefficacia dipende da una serie di fattori che mutano nel tempo: le convinzioni, le esperienze, il sistema nel quale la persona è inserita.
- 6) *Locus of control "c'è una relazione tra le convinzioni di un individuo circa la propria capacità di esercitare un controllo diretto sugli eventi che gli occorrono (locus of control interno) o, viceversa, circa la dipendenza degli eventi dalle azioni altrui o dalla sorte (locus of control esterno) e il suo comportamento rispetto a quelle stesse situazioni"* Rotter J.B., *Social Learning and Clinical Psychology*, Prentice Hall, New York, 1979
- 7) Daltroy L.H., *Doctor – patient communication and adherence to treatments*, Jama, n. 285, pp. 1351 -1357, 1992



(anzianodiabetico)



fondazione
sanofi aventis