

# Compliance del paziente e comunicazione del medico: quale nesso?

di Stefano Aiolfi

**F**ino al recente passato, il termine “compliance” significava per il paziente fare ciò che gli era stato “ordinato” dal medico. Ora sappiamo che l’approccio autoritario non sempre dà i risultati migliori, anzi, la non-compliance ai consigli del medico ha assunto gli aspetti di un’epidemia, che interessa oltre il 50% dei pazienti [1]. La mancata aderenza ai piani di cura è vista come vergogna da parte dei pazienti, che tendono sempre a negarla, e come frustrazione da parte del medico, che non sa come minimizzarla. Per questo è necessario che ogni medico (quindi noi tutti) adotti un nuovo modello relazionale, imparando a mettere il paziente sempre più al centro, a trattarlo come un vero partner, a coinvolgerlo nella pianificazione degli interventi diagnostico-terapeutici, incoraggiandolo ad assumersi la responsabilità delle decisioni sanitarie che lo riguardano. Non più l’immagine del medico-padrone, del medico-poliziotto, che prescrive ciò che deve essere supinamente eseguito dal paziente, ma quella di un professionista che guida, in modo condiviso, scelte importanti di chi gli si affida, che è sempre in una condizione di subalternità, ma che vede rispettati i suoi dubbi, le sue preoccupazioni e paure quando si stanno prendendo decisioni relative alla sua vita; è infatti dimostrato che quanto più i pazienti si sentono coinvolti nelle scelte di salute che li riguardano, tanto più sono disposti a seguire i consigli dei sanitari [2]. La medicina centrata sul paziente mette in primo piano la capacità comunicativa fondata soprattutto sull’ascolto del paziente, così da ottenere il massimo delle informazioni veramente utili; e ciò semplicemente

evitando, durante il colloquio medico, di interrompere il paziente mentre sta “raccontando”, a suo modo, i motivi che lo hanno portato alla visita. Questo approccio potrebbe indurre la maggior parte di noi medici, che viviamo in quest’era di medicina orientata in modo ossessivo alla produttività, a pensare ad un ulteriore aggravio (per non dire consumo!) delle già scarse risorse temporali disponibili. In realtà, chi sostiene il nuovo approccio metodologico afferma che è meno costosa la promozione della compliance, rispetto all’ospedalizzazione indotta dalla mancata assunzione delle terapie prescritte [3]: uno studio americano ha stimato che ogni anno, circa il 6% dei ricoveri sia imputabile a scarsa o nulla compliance alla terapia [4]. Poiché noi medici tendiamo anche a sottostimare (scotomizzare?) il numero dei pazienti non-compliant, si potrebbe obiettare che questo è un tipico problema del sistema sanitario statunitense. Non sarebbe la prima volta però, che situazioni anomale che si verificano fuori dall’Italia diventino, quanto prima, anche nostre emergenze nazionali. Fortunatamente, nella maggior parte dei casi è possibile capire le cause alla base della non compliance e porvi quindi rimedio [5]. I pazienti spesso pensano di non aver assoluto bisogno delle medicine prescritte; oppure le acquistano, ma decidono di non assumerle; o ancora, si convincono che i farmaci prescritti in realtà non inducano i miglioramenti promessi, ma al contrario, comportino solo effetti collaterali pericolosi... Questo significa che la mancata aderenza alla terapia affonda le sue radici principalmente nelle convinzioni personali del paziente, veri e propri iceberg sempre presenti durante il colloquio medico-paziente, quasi mai portati in superficie per la scarsa preparazione al dialogo che il medico ha ricevuto nel corso

degli studi universitari, più orientati a presentare il paziente come un “puzzle di patologie” da scoprire, interpretare e risolvere, piuttosto che persona da “ascoltare”. Pensiamo alla visita ambulatoriale tipo: il paziente si presenta con alcuni disturbi, che spesso esprime in modo generico (la paura gioca brutti scherzi, nonostante la tecnocrazia dei nostri giorni); trascorsi al massimo 20 secondi dall’inizio del racconto relativo al primo disturbo, il medico lo blocca con domande sui sintomi, che prevedono solo risposte chiuse: sì/no. Scrive la diagnosi e la terapia su una ricetta e la consegna al paziente: è il segno che tutto si è compiuto. Il paziente, però, può non aver ancora citato il vero problema che lo affligge e quindi non sarà assolutamente motivato ad assumere una terapia che già in anticipo ritiene non lo aiuti a risolvere il problema, che non ha neanche avuto il tempo di esporre! Proverà quindi a rivolgersi ad un altro medico, magari specialista come il primo, finché non deciderà di ricorrere a maghi o guaritori ...assolutamente molto esperti nella “manipolazione” della comunicazione. La natura del colloquio medico-paziente ha allora un elevato impatto diretto sulla compliance del paziente: si è visto che essa e la soddisfazione di quest’ultimo aumentano quando il medico fornisce maggiori informazioni, chiede al paziente di esprimere il suo pensiero e i suoi convincimenti rispetto alla proposta fatta, verifica in modo dettagliato le modalità e i tempi di assunzione dei farmaci prescritti, ecc. [6,7]. Sono questi i primi passi di una corretta educazione sanitaria del paziente, che non può prescindere dalla verifica sia delle conoscenze del paziente sullo specifico argomento, sia dei conseguenti comportamenti che autonomamente ha già intrapreso. Spostare il colloquio da ciò che il medico sa della condizione clinica a ciò che il paziente vuole conoscere, per poter esprimere al meglio il suo ruolo di partner nel percorso diagnostico-terapeutico che lo riguarda, è un passaggio imprescindibile. Educare il paziente sulla sua malattia e sul suo piano di trattamento è un “must”, se si vuole che egli segua in modo com-

pleto le prescrizioni farmacologiche, le modifiche delle abitudini voluttuarie e, più in generale, il proprio stile di vita. Il tutto senza dimenticare un altro “must”: noi medici, periodicamente, con molto *savoir faire*, ma anche con altrettanta determinazione, dobbiamo verificare l’aderenza ai consigli sanitari impartiti. Ciò perché i pazienti possono essere riluttanti ad ammettere le frequenti omissioni nell’assunzione di quanto prescritto e concordato e preferiscono dire qualche piccola bugia, pur di non sembrare irresponsabili o sentirsi colpevoli. Approcciarsi al paziente dicendogli che molti malati trovano difficoltà ad assumere “sempre” le medicine ordinate, significa rimuovere la parte più pesante del suo senso di colpa e metterlo nella condizione di discutere le motivazioni della sua non completa aderenza. Potremo così rinforzare e meglio chiarire le ragioni a favore di una corretta compliance, esprimendo anche apprezzamenti e congratulazioni, nei casi in cui il paziente evidenzia la sua piena aderenza e le azioni di miglioramento intraprese. Vi può essere una forte tentazione da parte nostra di lasciar perdere il problema della non compliance, ma le esperienze dimostrano che insistere sugli aspetti educativi induce positivi cambiamenti anche nei pazienti più difficili, con conseguenti ottimi risultati a distanza. Sollecitare il paziente o il *caregiver*, a parlare delle proprie paure e ad esprimere le proprie opinioni sulla condizione clinica significa inviare un forte messaggio di condivisione: il paziente (o il *caregiver*) penserà veramente che il suo medico lo abbia a cuore e si sentirà anche sentimentalmente più vincolato a realizzare i piani operativi condivisi. In questo modo saremo in grado di influenzare il comportamento del paziente, non più sulla base di una prescrizione: “...Me l’ha ordinato il dottore”, ma perché egli si sentirà percepito come partner nel processo di cura. È un preciso interesse del medico, come operatore e come cittadino, far sì che i pazienti stiano bene. Ciò si ottiene adottando la filosofia che vede il paziente al

centro, cioè quella in cui ...il medico parla poco, ma sa ascoltare "bene".

A quale prezzo, in una società sempre più impegnata a produrre molto in sempre minor tempo? Le varie ricerche [8] hanno dimostrato che una visita ben condotta non dura più di 20-25 minuti, che sembrano tanti, ma se ben impiegati, evitano successive visite inutili e ripetitive.

La riduzione di queste visite "inappropriate" è proprio quello che ci viene richiesto oggi, oltre che dai nostri pazienti, anche da chi ha la responsabilità dell'amministrazione della "cosa" sanitaria.

## BIBLIOGRAFIA

[1] Nagasawa M, Smith MC, Barnes JH, Fincham JE. Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications. *Diabetes Educ.* 1990; 16(3): 192-200.

[2] Wagner EH, Austin BT, Von Koroff M. Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly.* 1996; 4(2): 12-25.

[3] Cleemput I, Kesteloot K. Economic implications of non-compliance in health care. *Lancet.* 2002 Jun 22; 359(9324): 2129-30.

[4] Sullivan SD, Kreling DH, Hazlet TK. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations: literature analysis and cost of hospitalization estimate. *Res Pharm Ec.* 1990; 2(2): 19-33.

[5] Billups SJ, Malone DC, Carter BL. The relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. *Pharmacotherapy.* 2000 Aug; 20(8): 941

[6] Inui TS, Yourtee EL, Williamson JW. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Intern Med.* 1976; 84(6): 646-651.

[7] Olshaker JS, Barish RA, Naradzay JF, Jerrard DA, Safir E, Campbell L. Prescription noncompliance: contribution to emergency department visits and cost. *J Emerg Med.* 1999 Sep-Oct; 17(5): 909-12.

[8] Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA.* 1997; 277(4): 350-356

A M E R I C A N C O L L E G E O F



C H E S T

P H Y S I C I A N S

Capitolo Italiano **Italian Chapter**

Regent: Prof. Giuseppe Di Maria (Catania, Italy)

## Congresso Nazionale National Meeting

Presidenti:

Dario Olivieri, MD, FCCP (Parma)  
Giuseppe Di Maria, MD, FCCP (Catania)

Chairmen:

Francesco De Blasio, MD, FCCP (Napoli)  
Mario Polverino, MD, FCCP (Cava dei Tirreni, SA)  
Mario Del Donno, MD, FCCP (Benevento)

**4 - 6 maggio 2006**

Città della Scienza  
Napoli, Italy



Segreteria Organizzativa  
G.P. Pubbliche Relazioni s.r.l.  
tel. 081 401201 - 412835  
fax 081 404036  
e-mail gp.congress@tin.it