

Workshop: l'applicazione del piano sulla malattia diabetica nella Regione Emilia Romagna

Pazienti e professionisti: perché è necessario lavorare insieme



Salvatore Caputo
Istituto di Medicina Interna e Geriatria
Servizio di Diabetologia
Università Cattolica del Sacro Cuore
Policlinico A. Gemelli





Rapporto Medico-Paziente (patologie acute)

Per circa 3000 anni i pazienti si sono recati dal medico perché avevano dei sintomi, nella speranza che il medico li facesse scomparire o quanto meno ridurre

In realtà nessuno si reca da un medico solo per un sintomo; chi si rivolge al medico ha **Idee** circa il sintomo, **Preoccupazioni** per il sintomo e **Aspettative** correlate al sintomo



Rapporto Medico-Paziente (patologie croniche)

Sempre più frequentemente il medico, non richiesto, propone al paziente modifiche dello stile di vita ed eventualmente trattamenti farmacologici nella prospettiva di prevenire delle malattie o delle complicanze

Il rapporto medico paziente in questa situazione è completamente diverso dal precedente:
invece di alleviare l'ansia può provocarla



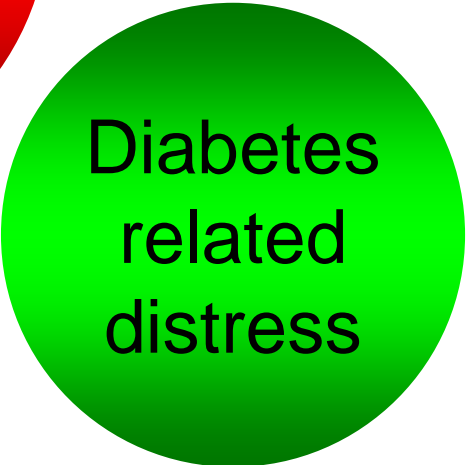
Una situazione complessa



Diabete



Ansietà



Diabetes
related
distress



Depressione



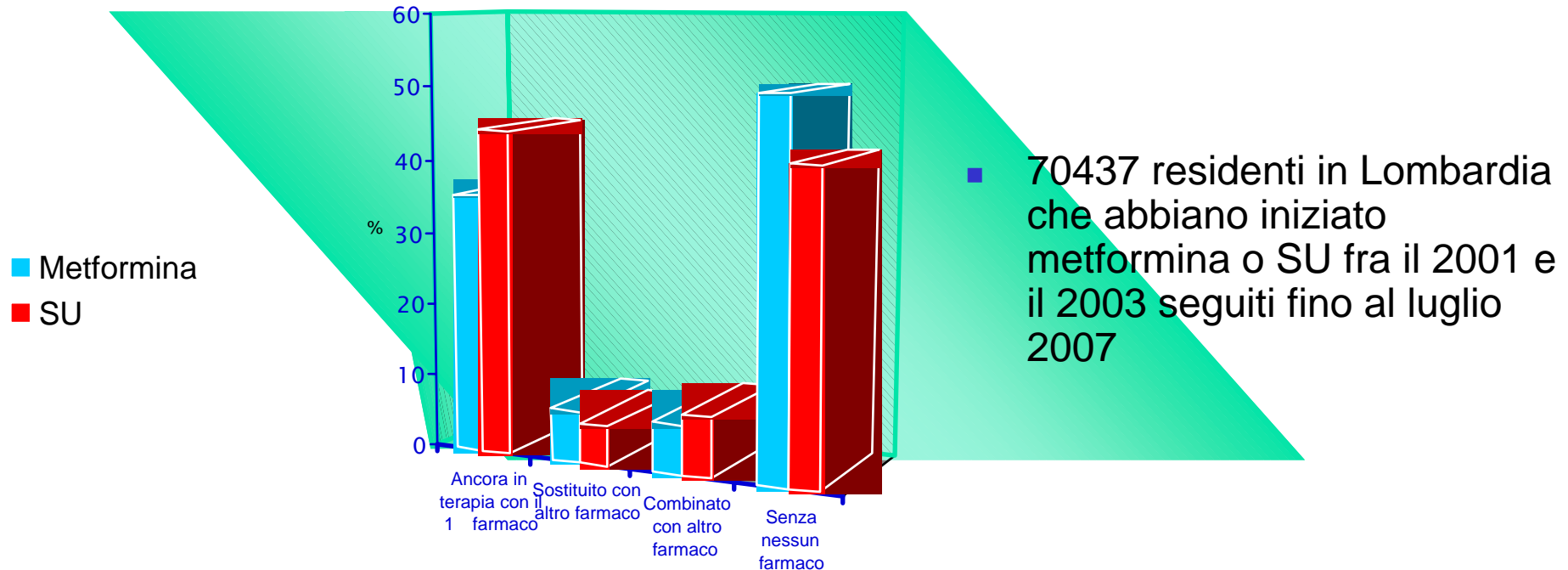
Diabetes Distress Scale

Physician-related distress

- 2. Feeling that my doctor doesn't know enough about diabetes and diabetes care.
- 4. Feeling that my doctor doesn't give me clear enough directions on how to manage my diabetes.
- 9. Feeling that my doctor doesn't take my concerns seriously enough.
- 15. Feeling that I don't have a doctor who I can see regularly enough about my diabetes.

Multiple outcomes associated with the use of metformin and sulphonylureas in type 2 diabetes: a population-based cohort study in Italy

Aderenza alla terapia iniziale dopo 1 anno

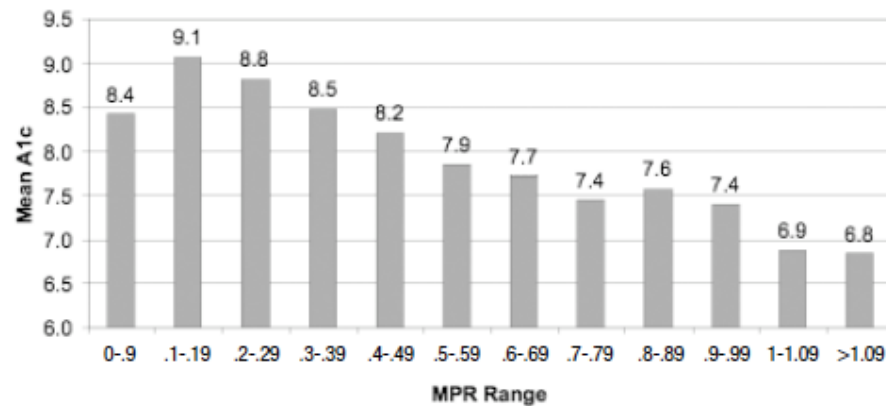


Nel mondo reale l'aderenza è pessima

Relationship of Oral Antihyperglycemic (Sulfonylurea or Metformin) Medication Adherence and Hemoglobin A1c Goal Attainment for HMO Patients Enrolled in a Diabetes Disease Management Program

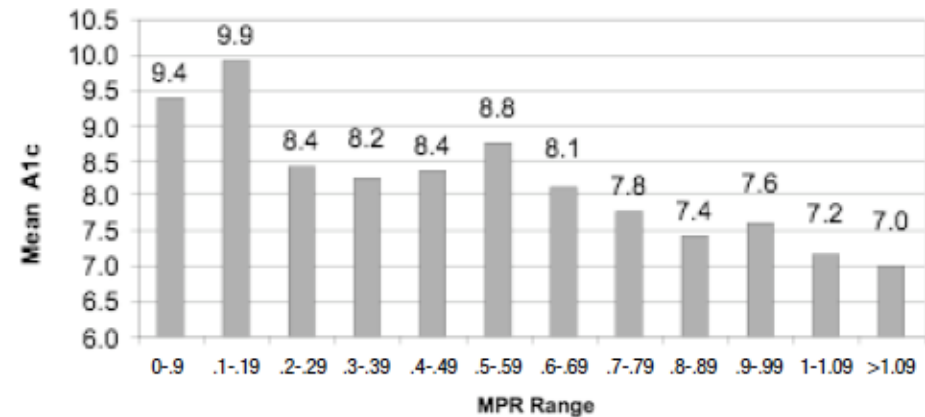
L'aderenza alla terapia si associa ad un'HbA1c più bassa

FIGURE 3 Metformin MPR Range and A1c (Average)



A1c = glycosylated hemoglobin; MPR = medication possession ratio.

FIGURE 2 Sulfonylurea MPR Range and A1c (Average)



A1c = glycosylated hemoglobin; MPR = medication possession ratio.

Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality Among Patients With Diabetes Mellitus

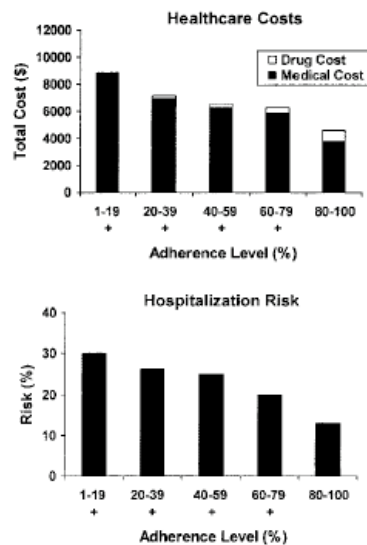
Table 2. Unadjusted Association Between Medication Nonadherence and Outcomes

Outcome	Adherent Patients	Nonadherent Patients	P Value
All-cause mortality, %	4.0	5.9	<.001
All-cause hospitalization, %	19.2	23.2	<.001
Blood pressure, mean (SD), mm Hg			
Systolic	131.4 (15.9)	132.1 (17.1)	.09
Diastolic	74.2 (9.5)	75.8 (9.9)	<.001
Low-density lipoprotein cholesterol, mean (SD), mg/dL	85.5 (26.6)	98.2 (34.5)	<.001
Glycosylated hemoglobin, mean (SD), %	7.7 (1.5)	8.1 (1.9)	<.001

I pazienti non aderenti hanno una mortalità e un tasso di ospedalizzazione più elevati

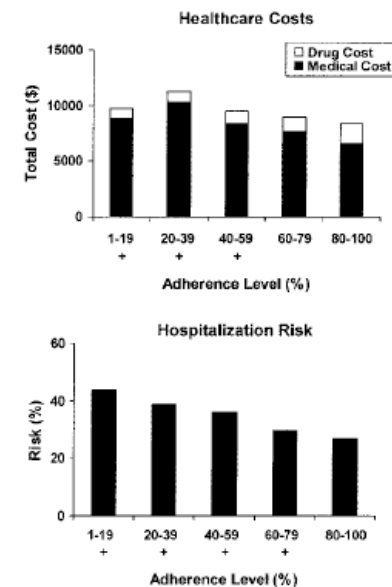
Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost

L'aderenza aumenta i costi per il farmaco, ma riduce i costi per l'ospedalizzazione e quindi riduce i costi totali



Estimated diabetes-related healthcare costs and hospitalization risk based on regression analyses. A plus sign (+) under a column denotes a value that is significantly higher than the outcome for the 80-100% adherence group ($P < 0.05$).

FIGURE 1. Diabetes: impact of medication adherence on disease-related healthcare costs and hospitalization risk.



Estimated all-cause healthcare costs and hospitalization risk based on regression analyses. A plus sign (+) under a column denotes a value that is significantly higher than the outcome for the 80-100% adherence group ($P < 0.05$).

FIGURE 2. Hypertension: impact of medication adherence on all-cause healthcare costs and hospitalization risk.

Relationship Between Patient Medication Adherence and Subsequent Clinical Inertia in Type 2 Diabetes Glycemic Management

Una scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente predice una successiva inerzia clinica da parte del medico

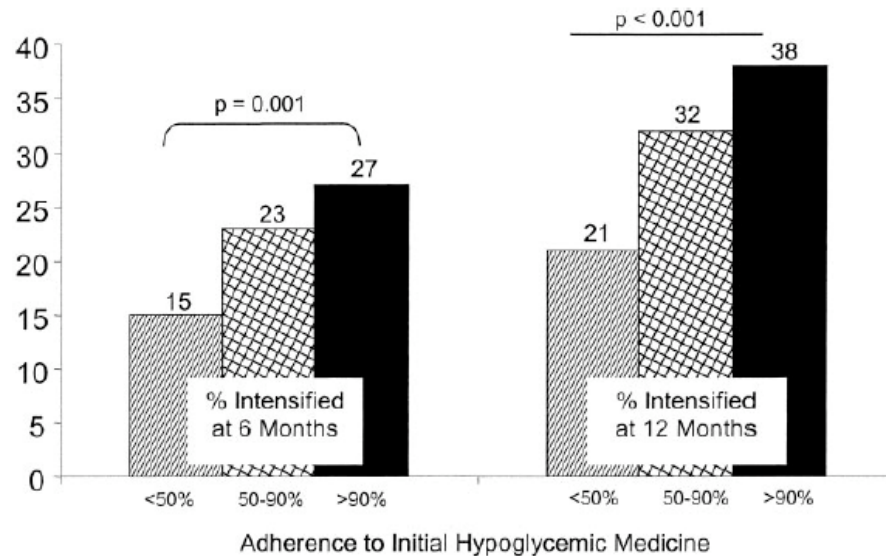


Figure 1—Medication intensification within 6 and 12 months of first elevated A1C result following treatment initiation among patients with type 2 diabetes, stratified by level of adherence to initial hypoglycemic medication (<50%, 50–90%, and >90% adherence).

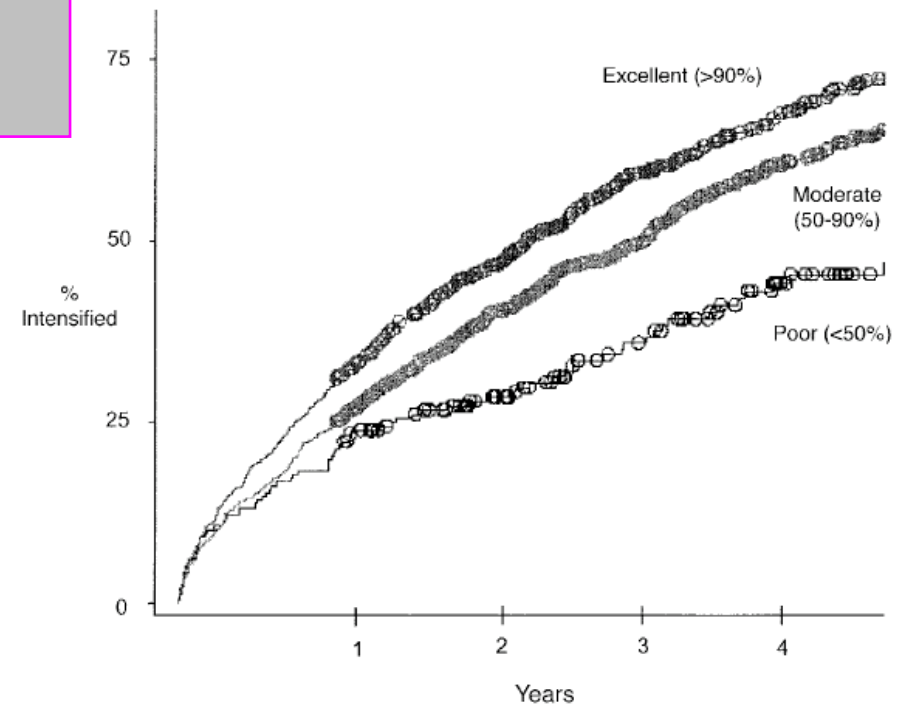


Figure 2—Cumulative incidence curves of time to medication intensification from first elevated A1C result at least 3 months after initiation oral hypoglycemic therapy, stratified by excellent (>90%, n = 857), moderate (50–90%, n = 1,020), and poor (<50%, n = 188) adherence to first prescribed oral hypoglycemic medicine.

ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES

Evidence for action



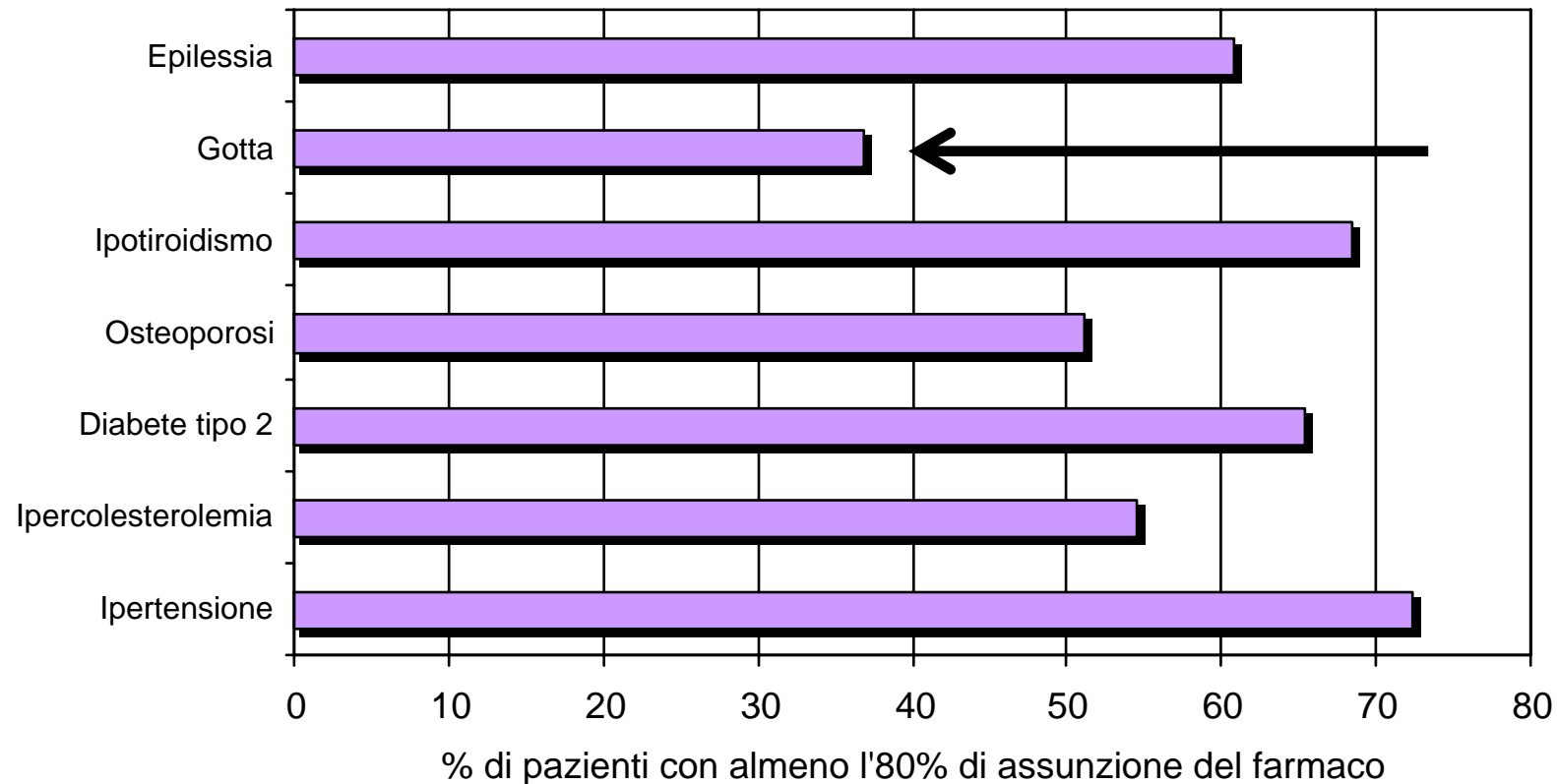
World Health Organization 2003



“Increasing the effectiveness of adherence interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatments”¹

Comparison of Drug Adherence Rates Among Patients with Seven Different Medical Conditions

L'assenza o presenza di sintomi non sembra influenzare l'aderenza alla terapia

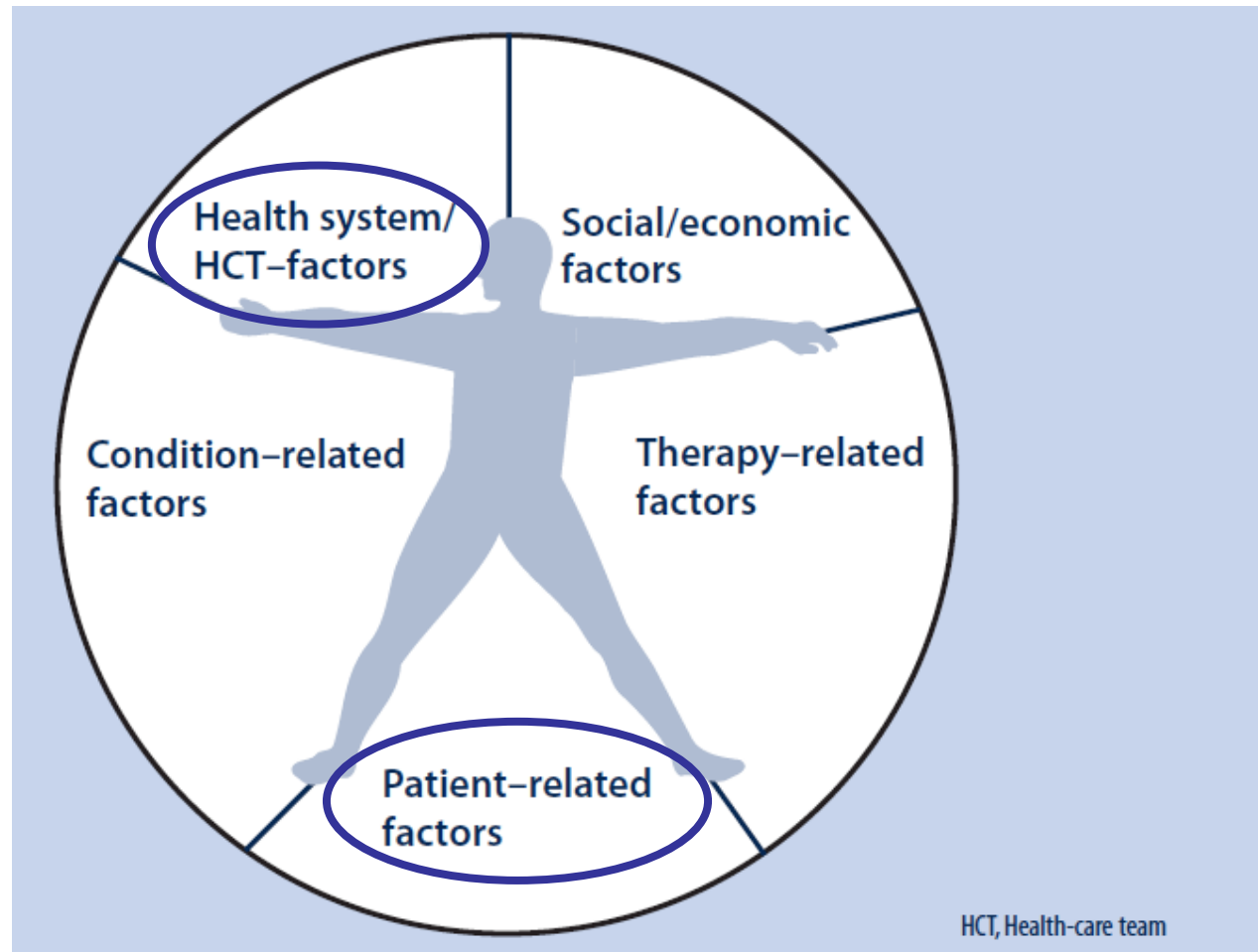


ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES

Evidence for action



World Health Organization 2003

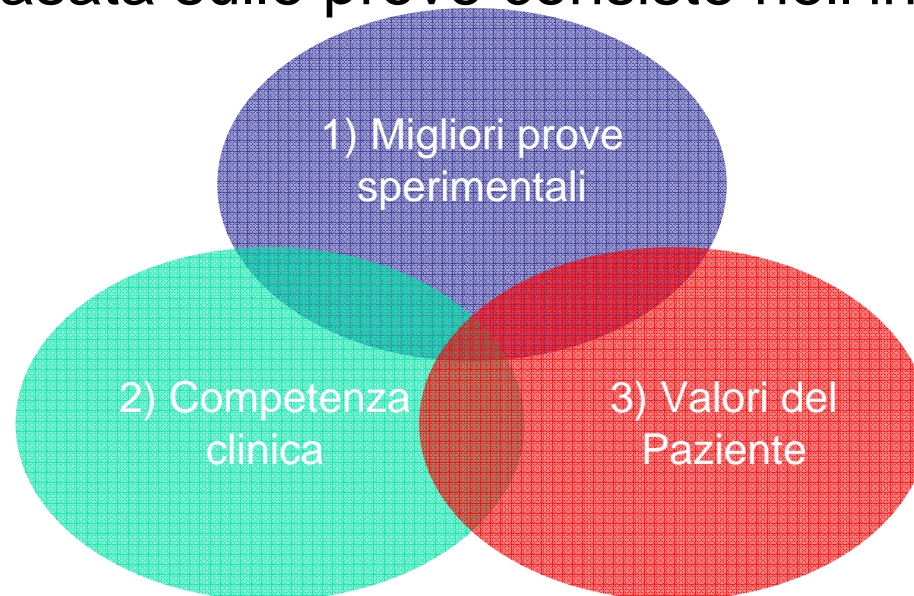


EVIDENCE-BASED MEDICINE

La definizione originaria da parte del suo inventore

(How to practice and teach EBM. Sackett DL et al 2000)

La medicina basata sulle prove consiste nell'integrazione fra:



- “Con l’integrazione di queste tre componenti medici e pazienti formano un’alleanza diagnostico-terapeutica al fine di ottimizzare gli outcomes clinici e la qualità della vita” (How to practice and teach EBM. Sackett DL et al 2000)
- La medicina in fin dei conti consiste nel rapporto fra due persone: se le migliori prove sperimentali sono sempre le stesse in ogni differente caso la competenze clinica e i valori del paziente possono cambiare



I valori del paziente

Implementing evidence based medicine in general practice: audit and qualitative study of antithrombotic treatment for atrial fibrillation

Alistair Howitt, David Armstrong BMJ 1999;318:1324-7

The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis

Joanne Protheroe, Tom Fahey, Alan A Montgomery, Tim J Peters BMJ 2000;320:1380-4

- Dopo una corretta informazione sui vantaggi e sui rischi della prevenzione dell'ictus con terapia anticoagulante in presenza di una fibrillazione atriale cronica [circa il 50% dei pazienti rifiuta](#) il trattamento
- La valutazione del rapporto beneficio ipotetico/rischio ipotetico da parte di un paziente su due è diversa dalla valutazione da parte della medicina