

***Come spiegare e far comprendere ai pazienti le patologie che richiedono la terapia anticoagulante e il tipo di farmaco impiegato***

**PRESCRIVERE UN ANTI VITAMINA K (AVK) A UN ANZIANO CON  
FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA) E INSUFFICIENZA RENALE**

**Raimondo De Cristofaro**

*Servizio Malattie Emorragiche e Trombotiche, Fondazione Policlinico universitario  
"A. Gemelli" e Ist. Medicina Interna e Geriatria,  
Università Cattolica S. Cuore, ROMA, Italy*



**3° convegno di anticoagulazione.it**  
***"Anticoagulazione: Attualità cliniche e di laboratorio. Aspetti sociali."***  
Bologna, Savoia Regency Hotel  
25-26 gennaio 2018

## **Premessa**

- ✓ **L'analisi comparata dei bisogni ha mostrato che**  
**barriere linguistiche e culturali nella comunicazione**  
**non solo sono causa di limitazioni nell'accesso e**  
**nell'uso appropriato dei servizi, ma anche di livelli**  
**inferiori di qualità delle cure e dell'assistenza, di**  
**bassa soddisfazione del paziente e, in ultima istanza,**  
**di risultati di salute peggiori.**

# Visita in un centro TAO

**Paziente:** Buon giorno dottore

**Medico:** Buon giorno sign. Rossi, prego si accomodi

**Paziente:** dottore sono un paziente diabetico di vecchia data in terapia con dieta e pillole che prendo a colazione, pranzo e cena. Mi ci mancava anche questo! All'ultimo controllo dell'ECG stamane mi hanno riscontrato infatti un'alterazione del cuore che chiamano fibrillazione atriale, mi sembra. Da qualche settimana sentivo infatti il cuore in gola. Il diabetologo dopo aver visto l'esame mi ha detto di venire con urgenza a questo centro ed eccomi qua.

**Medico:** Come va con il suo diabete? E' controllato?

**Paziente:** Va abbastanza bene. Qualche volta ho la glicata un po' alta e la glicemia qualche volta al mattino a digiuno è superiore a 150 e per il resto ho solo avuto negli ultimi tempi qualche disturbo alla vista. Il cuore però effettivamente mi sbatte strano e questo non mi è mai successo.

**Medico:** Dolori al petto, soprattutto quando si sforza, ne ha mai avuto?

**Paziente:** No, mai dottore

## Visita in un centro TAO (cont.)

**Medico:** Bene. Le hanno spiegato perché la fibrillazione atriale può essere pericolosa?

**Paziente:** Sì, mi hanno detto che mi può venire l'ictus. Anche mio padre è morto di ictus e perciò ho una gran paura! Però lui aveva la pressione alta, mentre a me la pressione è risultata sempre nella norma, per fortuna. Poi urino tanto e questo mi protegge dalla pressione alta, mi hanno detto e non sono neanche obeso perché peso scarsi 60 Kg!

**Medico:** Guardi, in realtà per dirla in poche parole, con la fibrillazione atriale si può favorire con il tempo la formazione di un trombo nell'atrio, che, staccandosi dalla parete, raggiunge il circolo cerebrale, causando l'ictus. Per prevenire questo dobbiamo usare dei farmaci che rendono il suo sangue meno coagulabile, più «fluido». Questa è l'azione svolta dai farmaci anticoagulanti

**Paziente:** Sì dottore, dopo essere uscito dal centro diabetologico, anche i suoi colleghi mi avevano detto che avrei dovuto utilizzare i farmaci anticoagulanti. Anche il mio vicino di casa li usa. Però mi ha detto che ora ne usa di nuovi, per i quali non c'è più bisogno di fare i controlli ogni tanto. Meno male che ci sono questi nuovi farmaci, così anche io che ho 81 anni e debbo già venire in ospedale per il diabete non sarò costretto a venire tante volte anche qui al centro!

**Noi medici dovremmo *aggiornarci*  
anche ascoltando *con attenzione*  
come si esprimono i malati nei nostri  
ambulatori**

**Modello di medicina «Disease centred»**



**Modello di medicina «Patient centred»**



# Il modello di medicina «Patient-Centred»



- ✓ Non si tratta in alcun modo di una contrapposizione rispetto al modello tradizionale ma di un allargamento degli scopi delle consultazioni cliniche.

★ Engel GL. The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.

8 April 1977, Volume 196, Number 4286

## SCIENCE

### The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine

George L. Engel

At a recent conference on psychiatric education, many psychiatrists seemed to be saying to medicine, "Please take us back and we will never again deviate from the 'medical model.'" For, as one critical psychiatrist put it, "Psychiatry has become a hodgepodge of unscientific opinions, assorted philosophies and 'schools of thought,' mixed metaphors, role diffusion, propaganda, and politicking for 'mental health' and other esoteric goals" (1). In contrast, the rest of medicine appears neat and tidy. It has a firm base in the biological sciences, enormous technologic resources at its command, and a record of astonishing achievement in elucidating mechanisms of disease and devising new treatments. It would seem that psychiatry would do well to emulate its sister medical disciplines by finally embracing once and for all the medical model of disease.

the physician is appropriate for their helping functions. Medicine's crisis stems from the logical inference that since "disease" is defined in terms of somatic parameters, physicians need not be concerned with psychosocial issues which lie outside medicine's responsibility and authority. At a recent Rockefeller Foundation seminar on the concept of health, one authority urged that medicine "concentrate on the 'real' diseases and not get lost in the psychosociological underbrush. The physician should not be saddled with problems that have arisen from the abdication of the theologian and the philosopher." Another participant called for "a disentanglement of the organic elements of disease from the psychosocial elements of human malfunction," arguing that medicine should deal with the former only (2).

new discipline based on behavioral science. Henceforth medicine would be responsible for the treatment and cure of disease, while the new discipline would be concerned with the reeducation of people with "problems of living." Implicit in this argument is the premise that while the medical model constitutes a sound framework within which to understand and treat disease, it is not relevant to the behavioral and psychological problems classically deemed the domain of psychiatry. Disorders directly ascribable to brain disorder would be taken care of by neurologists, while psychiatry as such would disappear as a medical discipline.

The contrasting posture of strict adherence to the medical model is caricatured in Ludwig's view of the psychiatrist as physician (1). According to Ludwig, the medical model premises "that sufficient deviation from normal represents *disease*, that disease is due to known or unknown natural causes, and that elimination of these causes will result in cure or improvement in individual patients" (Ludwig's italics). While acknowledging that most psychiatric diagnoses have a lower level of confirmation than most medical diagnoses, he adds that they are not "qualitatively different provided that mental disease is assumed to arise largely from 'natural' rather than metapsychological, interpersonal or societal causes." "Natural" is defined as "biological brain dysfunctions, either

3° CONVEGNO DI ANTICOAGULAZIONE.it

ANTICOAGULAZIONE | Attualità cliniche e di laboratorio. Aspetti sociali |

BOLOGNA 25-26 GENNAIO 2018 Savoia Hotel Regency - Via del Pilastro 2, 40127 Bologna

# **Ma cos'è e come ci può essere utile «l'agenda del paziente?»**

## **Ma cos'è e come ci può essere utile «l'agenda del paziente?»**

### **Definizioni di agenda del paziente e delle sue componenti**

#### **Agenda del paziente**

- ) Si riferisce a tutto ciò (pensieri, emozioni, esperienze) che il paziente porta con sé nella visita.**
- ) Questi elementi non sono riducibili ai sintomi, alla malattia o alla terapia praticata ma si articolano intorno ad essi.**
- ) Ognuna delle aree che la compongono è presente in ogni paziente ma ha caratteri specifici per ciascun malato ed è esplorabile solo attraverso una strategia comunicativo-relazionale e l'attento riconoscimento dello stato clinico e psichico del paziente da parte del medico**

# Ma cos'è e come ci può essere utile «l'agenda del paziente?»

Analisi delle affermazioni del paziente nel colloquio precedente

- *Mi ci mancava anche questo!*
- *Si, mi hanno detto che mi può venire l'ictus. Anche mio padre è morto di ictus e perciò ho una gran paura! Però lui aveva la pressione alta, mentre a me la pressione è risultata sempre nella norma, per fortuna. Poi urino tanto e questo mi protegge dalla pressione alta, mi hanno detto.*
- *Anche il mio vicino di casa li usa. Però mi ha detto che ora ne usa di nuovi, per i quali non c'è più bisogno di fare i controlli ogni tanto. Meno male che ci sono questi nuovi farmaci, così anche io che ho 81 anni e debbo già venire in ospedale per il diabete non sarò costretto a venire tante volte anche qui al centro trombosi!*



- Paura della malattia e parziale negazione della realtà
- Richiesta di minimizzazione dell'impegno nella terapia

## Ci può essere utile «l'agenda del paziente?»

Utilità dell'agenda del paziente nella gestione della terapia

Attenzione da parte del medico sui dati clinici

**Medico:** (analizzando gli esami ematochimici del Sign. Rossi): Sign. Rossi, sto vedendo che la sua funzione renale in realtà non è brillante, anche se lei mi ha detto che urina molto. Vede, il livello della creatinina nell'ultimo esame è alto, essendo uguale a 1.9 mg/dl. Anche la presenza dell'albumina nelle sue urine è abbastanza alta. Questo, molto probabilmente è l'effetto negativo del suo diabete. Questa situazione, purtroppo, ci limita nell'uso dei nuovi anticoagulanti, cui lei faceva riferimento

**Paziente:** Sono confuso, non capisco, che c'entrano i miei reni con i nuovi farmaci?

## Gestione della scelta terapeutica in questo caso clinico



*Comunicazione «impositiva» in base alle linee guida*



*Comunicazione «empatica» in base alle linee guida*

## Gestione della scelta terapeutica in questo caso clinico



*Comunicazione «impositiva» in base alle linee guida*



*Comunicazione «empatica» in base alle linee guida*

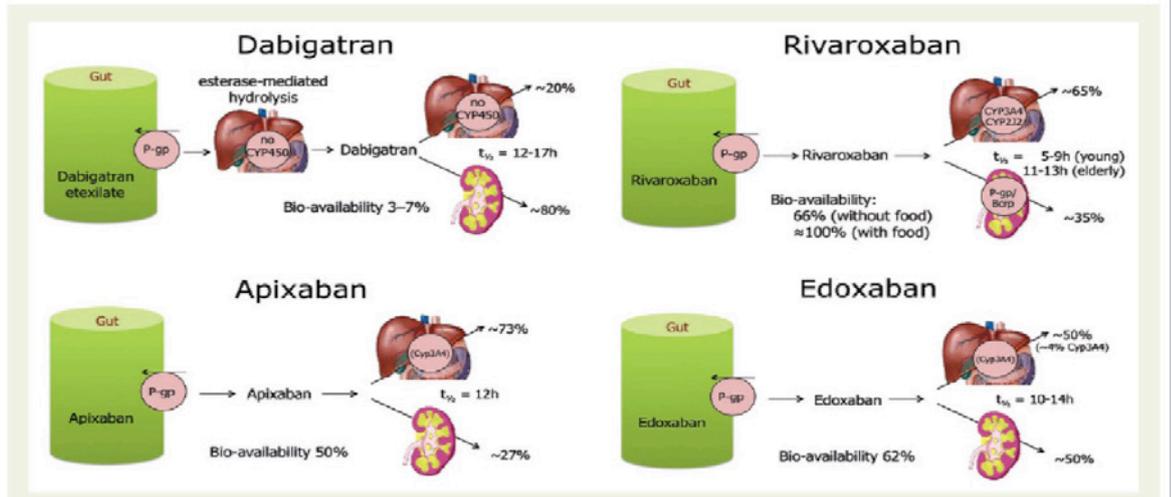
	Dabigatran (Pradaxa®)	Rivaroxaban (Xarelto®)	Apixaban (Eliquis®)	Edoxaban (Lixiana®)
<b>Dati del nostro paziente</b>	150 mg BID 110 mg BID	20 mg OD	5 mg BID	60 mg OD 30 mg OD
<b>Peso= 59.6 Kg Cr 1.9 mg/dl CrCl: 26 ml/min Età: 81</b>	Dabigatran 110 mg BID da considerare se - CrCl 30-49 ml/min  Controindicato se - CrCl < 30 ml/min	Rivaroxaban 15 mg OD se - CrCl 30-49 ml/min  ↑ Controindicato se - CrCl < 15 ml/min	Apixaban 2.5 mg BID se almeno 2 di: - Età > 80 aa - Creat > 1.5 g/dl - Peso ≤ 60 Kg  ↑ Controindicato se - CrCl < 15 ml/min	Edoxaban 30 mg OD se qualunque dei seguenti elementi: ↓ - CrCl 30-50 ml/min - Uso concomitante di - verapamile, chinidina, dronedarone

# Gestione della scelta terapeutica in questo caso clinico



Comunicazione «impositiva» in base alle linee guida

Comunicazione «empatica» in base alle linee guida



## Il modello «empatico» in atto: un esempio dall'oncologia

VOLUME 29 · NUMBER 15 · MAY 20 2011

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

### Supporting Treatment Decision Making in Advanced Cancer: A Randomized Trial of a Decision Aid for Patients With Advanced Colorectal Cancer Considering Chemotherapy

Natasha B. Leigh, Heather L. Shepherd, Phyllis N. Butow, Stephen J. Clarke, Margaret McJannett, Philip J. Beale, Nicholas R.C. Wilcken, Malcolm J. Moore, Eric X. Chen, David Goldstein, Lisa Horvath, Jennifer J. Knox, Monika Krzyzanowska, Amit M. Oza, Ronald Feld, David Hedley, Wei Xu, and Martin H.N. Tattersall

3° CONVEGNO DI ANTICOAGULAZIONE.it

ANTICOAGULAZIONE | Attualità cliniche e di laboratorio. Aspetti sociali |

BOLOGNA 25-26 GENNAIO 2018 Savoia Hotel Regency - Via del Pilastro 2, 40127 Bologna

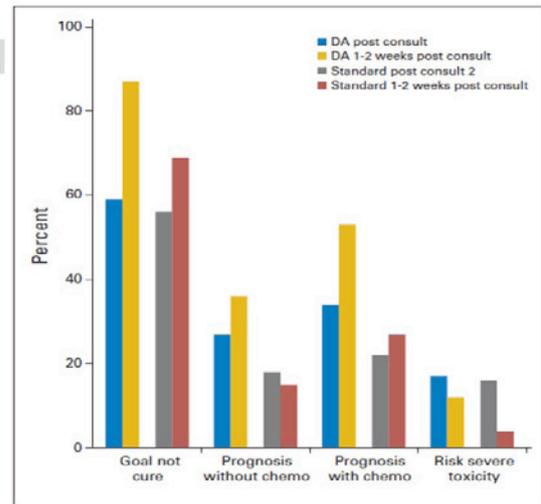
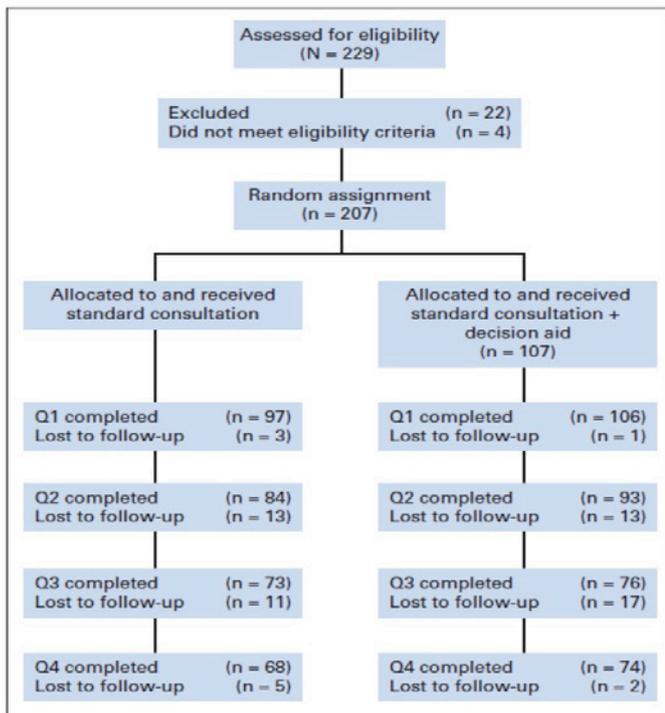


Fig 2. Knowledge gain and loss in selected areas of understanding. DA, decision aid.

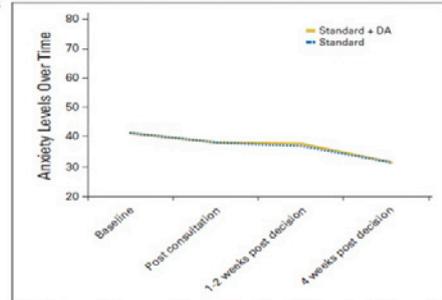


Fig 3. Anxiety levels over time by randomization arm. DA, decision aid.

Randomized Trial of a Decision Aid in Advanced Colorectal Cancer

Table 3. Summary of Outcome Measures

Outcome Measure	Standard Arm (n = 100)		Standard + Decision Aid (n = 107)		P
	Median	Range	No.	%	
Understanding (No. of facts correct; maximum score, 16)					<b>&lt; .001</b>
Immediately postconsultation	8.8	0-14	9	2-15	
1-2 weeks postdecision	9.6	0-15	11.6	0-15	
Change over time			+5	+16	
Decisional conflict score (range, 0-100)*	26	0-67	26	0-79	
Patient satisfaction with decision (range, 5-25)†	21	15-25	22	13-25	
Patients satisfaction with consultation (range, 25-125)‡	98	68-125	99	78-124	
FACT-G score‡					
Physical functioning (range, 0-28)	20	4-28	21	0-28	
Emotional functioning (range, 0-20)	17	7-20	17	0-20	
Functional well-being (range, 0-28)	17.5	7-28	17	6-28	
Physician satisfaction with decision-making score (range, 6-30)	24	21-30§	24	18-30	
Treatment decision					
Chemotherapy			71	77	
Supportive care alone			8	6	
Observation			11	9	
Surgery, other			5	4	
	(n = 97)		(n = 106)		
Preliminary decision timing					
During initial consultation			58	60	
After initial consultation			39	40	
Initial treatment leaning					
Chemotherapy			62	73	
Unsure			31	18	
Supportive care			7	9	

## **Opportunità e criticità nella metodologia «empatica» di comunicazione per la gestione dei pazienti con neoplasia avanzata**

*Questo studio randomizzato ha dimostrato che l'uso di materiale di «supporto esplicativo» e di comunicazione allargata in pazienti con cancro del colon-retto in stadio avanzato ha migliorato la comprensione da parte del paziente della prognosi, delle opzioni di trattamento, dei rischi e benefici senza aumentare l'ansia.*

## **Opportunità e criticità nella metodologia «empatica» di comunicazione per la gestione dei pazienti in terapia con AVK**

- L'uso dei mezzi di comunicazione non convenzionali come figure/schemi grafici semplici, video, etc., può *aumentare il livello di conoscenza, soprattutto con pazienti con basso livello di istruzione e diminuire l'inibizione di solito presente nella vita reale rispetto alla sola comunicazione verbale*, (in analogia a quanto osservato con l' "online disinhibition effect").

## **Opportunità e criticità nella metodologia «empatica» di comunicazione per la gestione dei pazienti in terapia con AVK**

- Nei pazienti anziani *la comunicazione della necessità di monitorizzare la terapia AVK mediante visite da ripetersi nel tempo può contribuire a creare un rapporto fiduciale di sicurezza nell'individuo fragile anche per aspetti clinici non direttamente collegati alla terapia anticoagulante (consigli sulla natura di sintomi, altre terapie, complicanze etc.)*

## **Criticità nella metodologia «empatica» di comunicazione per la gestione dei pazienti in terapia con AVK**

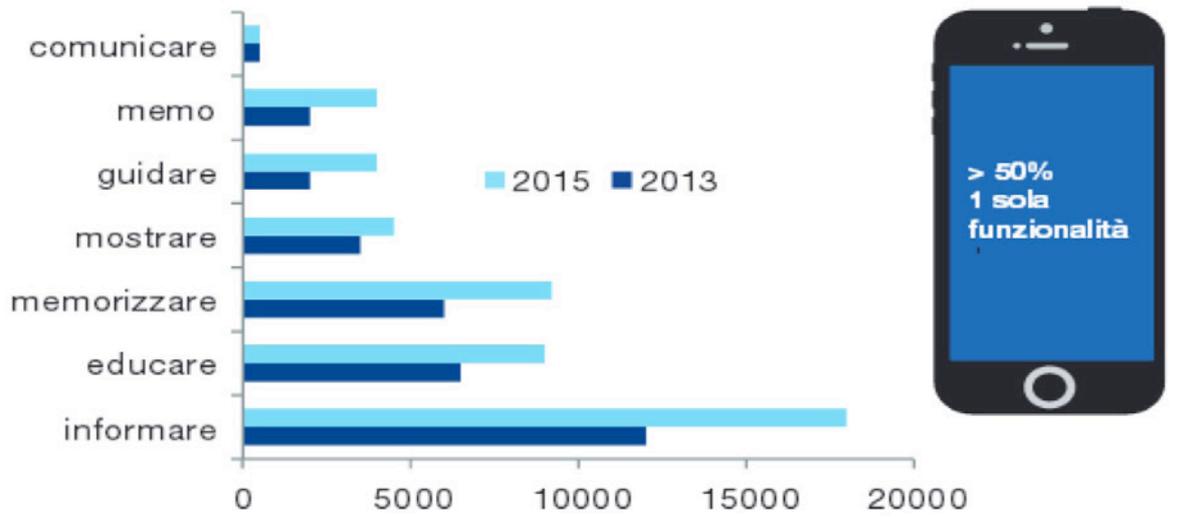
- L'organizzazione ospedaliera, così come si è andata strutturando negli ultimi anni, non sembra favorire la dovuta attenzione ai bisogni psicologici ed emotivi del malato, determinando essa stessa ben note dipendenze e passività nella risposta del paziente.
- ***La mancata accettazione da parte del paziente AVK delle motivazioni fondamentali che hanno portato a scegliere la terapia con AVK può portare inevitabilmente ad un aumento delle sue complicanze trombo-emorragiche***

## Conclusione della visita del sigor Rossi

- *Grazie dottore, ora ho le idee un pò più chiare.*
- ***Ci sarà lei al prossimo controllo?***

*Grazie dell'attenzione*

## Buon uso della *Mobile Health*



Fonte: IMS Health, AppScript, 2015; IMS Institute for Healthcare Informatics, 2015