

ADERENZA E COMUNICAZIONE MEDICO PAZIENTE: UNA RELAZIONE IMPORTANTE

Adriana Ammassari

INMI L. Spallanzani, IRCCS, Roma

18 Marzo 2011



**“To say something doesn’t mean
to say that it is heard.**

**To hear it doesn’t mean it is
understood**

**To understand doesn’t mean to
agree**

To agree doesn’t mean to do

**To do it doesn’t mean to keep
doing it.”**



Konrad Lorenz

COMUNICAZIONE

E' la trasmissione di informazioni, pensieri, ed emozioni in modo tale che possano essere ricevuti e compresi in modo soddisfacente.

Una buona comunicazione per il paziente implica:

- ✓ Riconoscere e rispondere al paziente in quanto persona nella sua completezza: **“patient-centered” care**;
- ✓ Riconoscere che, in ogni interazione medico-paziente, sono presenti due esperti:
 - 1) Il **medico** con le conoscenze cliniche;
 - 2) Il **paziente** con le conoscenze circa i fattori individuali e culturali che influenzano l'efficacia del trattamento.

Soliciting the Patient's Agenda

Have We Improved?

M. Kim Marvel, PhD

Ronald M. Epstein, MD

Kristine Flowers, MD

Howard B. Beckman, MD

Context Previous research indicates physicians frequently choose a patient problem to explore before determining the patient's full spectrum of concerns.

Objective To examine the extent to which experienced family physicians in various practice settings elicit the agenda of concerns patients bring to the office.

Design A cross-sectional survey using linguistic analysis of a convenience sample of

- Solo 28% dei pazienti hanno potuto completare le loro iniziali dichiarazioni di preoccupazione.
- I medici ridirezionavano le dichiarazioni di apertura dei pazienti dopo mediamente 23.1 secondi.
- I pazienti a cui era consentito completare le dichiarazioni di preoccupazione utilizzavano in media solo ulteriori 6 secondi per completare l'affermazione.
- Dichiarazioni di preoccupazione tardive erano più frequenti nei casi in cui il medico non sollecitava il paziente e a cui era consentito completare la dichiarazione iniziale.

wish to discuss or if the pursued concern was the most important one. Al-

can improve interview efficiency and yield increased data.

JAMA. 1999;281:283-287

www.jama.com

ATTEGGIAMENTI DEL MEDICO

	Dimensione della comunicazione
<p>“Costruire una storia” Formula <u>“ipotesi”</u> su pochi elementi e spesso affrettate</p>	Contenuto
<p>“Fare ordine” e “verificare l’ipotesi” Conduce una <u>intervista strutturata</u> al fine di trovare indizi e prove a supporto della sua ipotesi</p>	Forma
<p>“Non perdere tempo” Decide <u>il ritmo</u> della conversazione</p>	Modalità

ATTIVITÀ DEL MEDICO

- Valutazione
 - Interpretazione
 - Sostegno
 - Indagine ←
 - Soluzione ←
 - Riformulazione
- Modelli prevalenti
-
- ```
graph TD; A[Valutazione] --> B[Interpretazione]; A --> C[Sostegno]; A --> D[Indagine]; A --> E[Soluzione]; A --> F[Riformulazione]; D --> G[Modelli prevalenti]; E --> G;
```

# Physician Communication and Patient Adherence to Treatment

## *A Meta-Analysis*

*Kelly B. Haskard Zolnierek, PhD,\* and M. Robin DiMatteo, PhD†*

- Ricerca di letteratura dal 1949 al 2008
- 106 studi correlavano la comunicazione medica con l'aderenza del paziente
- 45.093 soggetti
- 87/106 erano studi sull'aderenza ai farmaci

to medical education and to interventions to improve adherence, supporting arguments that communication is important and resources devoted to improving it are worth investing in. Communication is thus an important factor over which physicians have some control in helping their patients to adhere.

**Key Words:** physician-patient communication, patient adherence, communication training, communication skills, meta-analysis

(*J Am Geriatr Soc* 2009;47: 826–834)

La probabilità di non-aderenza è 1.47 volte maggiore in coloro cui medico è un cattivo comunicatore

# Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection

*John Schneider, MD, MPH, Sherrie H. Kaplan, MPH, PhD, Sheldon Greenfield, MD,  
Wenjun Li, PhD, Ira B. Wilson, MD, MSc*

**BACKGROUND:** There is little evidence to support the widely accepted assertion that better physician-patient relationships result in higher rates of adherence with recommended therapies.

**OBJECTIVE:** To determine whether and which aspects of a better physician-patient relationship are associated with higher rates of adherence with antiretroviral therapies for persons with HIV infection.

**DESIGN:** Cross-sectional analysis.

**SETTING:** Twenty-two outpatient HIV practices in a metropolitan area.

**PARTICIPANTS:** Five hundred fifty-four patients with HIV infection taking antiretroviral medications.

**KEY WORDS:** patient compliance; HIV infections; physician-patient relations; HIV infections/drug therapy.

*J GEN INTERN MED 2004;19:1096–1103.*

The belief that good physician-patient relationships are associated with better adherence to antiretroviral regimens for HIV infection is widespread,<sup>1–4</sup> and supported by several qualitative studies.<sup>5–9</sup> However, only a few published empirical studies have examined this relationship,<sup>5,10–15</sup> with mixed results. Two of these studies were conducted among a sample of prisoners,<sup>10,11</sup> and thus have limited generalizability. Bakken et al.<sup>12</sup> found that a scale

- Studio trasversale
- 22 ambulatori a Boston, USA
- 554 pazienti in terapia antiretrovirale
- Aderenza misurata con una scala a 4-item
- Qualità della relazione medico-paziente misurata con 6 scale

**Table 4. Multivariable Relationship of Measures of Physician-Patient Relationship Quality to Adherence, Adjusted for Age, Gender, Education, Race, Physical Health, and Mental Health**

| Physician-Patient Relationship Quality Measure | Odds Ratio* | 95% CI       | P Value |
|------------------------------------------------|-------------|--------------|---------|
| General communication                          | 1.15        | 1.07 to 1.23 | .0001   |
| HIV-specific information                       | 1.09        | 1.01 to 1.16 | .02     |
| Participatory decision making                  | 1.07        | 0.99 to 1.15 | .12     |
| Overall physician satisfaction                 | 1.14        | 1.04 to 1.25 | .004    |
| Willingness to recommend physician             | 1.09        | 1.02 to 1.15 | .009    |
| Physician trust                                | 1.10        | 1.01 to 1.21 | .03     |
| Adherence dialogue                             | 1.20        | 1.10 to 1.30 | <.0001  |

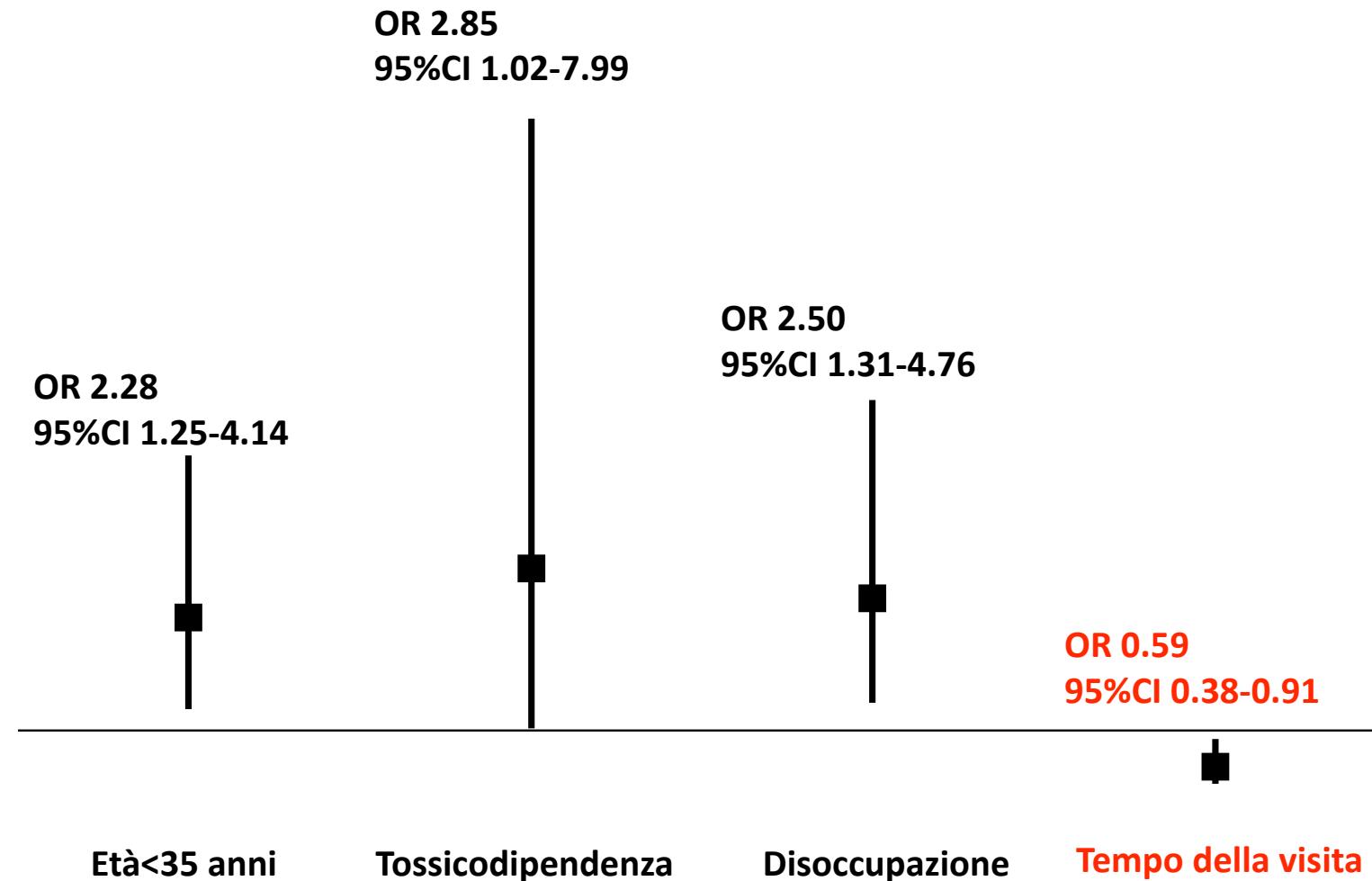
\* The 0 to 100 adherence variable was transformed into 20 equal ordinal categories of 5 points each for modeling. The odds ratio is therefore the odds of a 5-point change in adherence for a unit change in the independent variable. For each of the interpersonal care variables a unit change is 10 points on the 0- to 100-point scale.

## IN SINTESI ...

Nel *colloquio medico-paziente*:

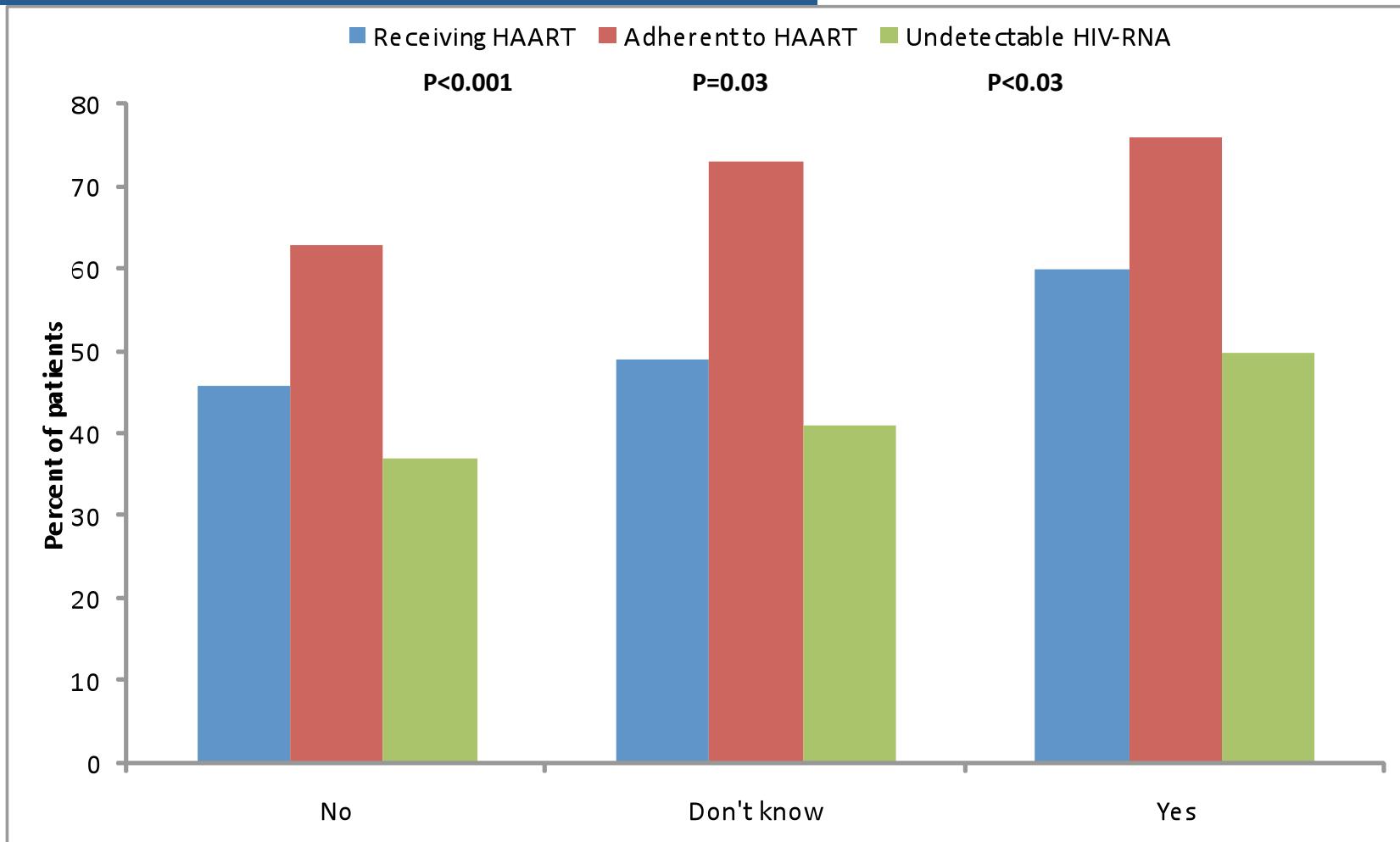
- ✓ Sono presenti due “competenze” specifiche, quella teorico-scientifica del medico e quella pratico-esperenziale del paziente.
- ✓ Siccome il medico generalmente applica una modello comunicativo (indagine, soluzione, ecc.) volto alle proprie finalità, **le priorità del paziente emergono solo con estrema difficoltà**.
- ✓ E’ stato dimostrato che **la buona capacità comunicativa del medico impatta fortemente sulla aderenza alle terapie, influenza i contenuti del colloquio, e condiziona la qualità del rapporto medico-paziente**.

# TEMPI PIÙ BREVI PER LA VISITA MEDICA SI ASSOCIANO AD UNA PEGGIORE ADERENZA AUTO-RIPORTATA

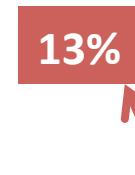


# CONSIDERARE IL PAZIENTE NELLA SUA “UNICITÀ”

- Studio trasversale
- 4694 interviste in 1743 pazienti con infezione da HIV



# CARATTERISTICHE ASSOCIATE ALLE PREFERENZE NELLA MODALITÀ DI SCELTA DECISIONALE

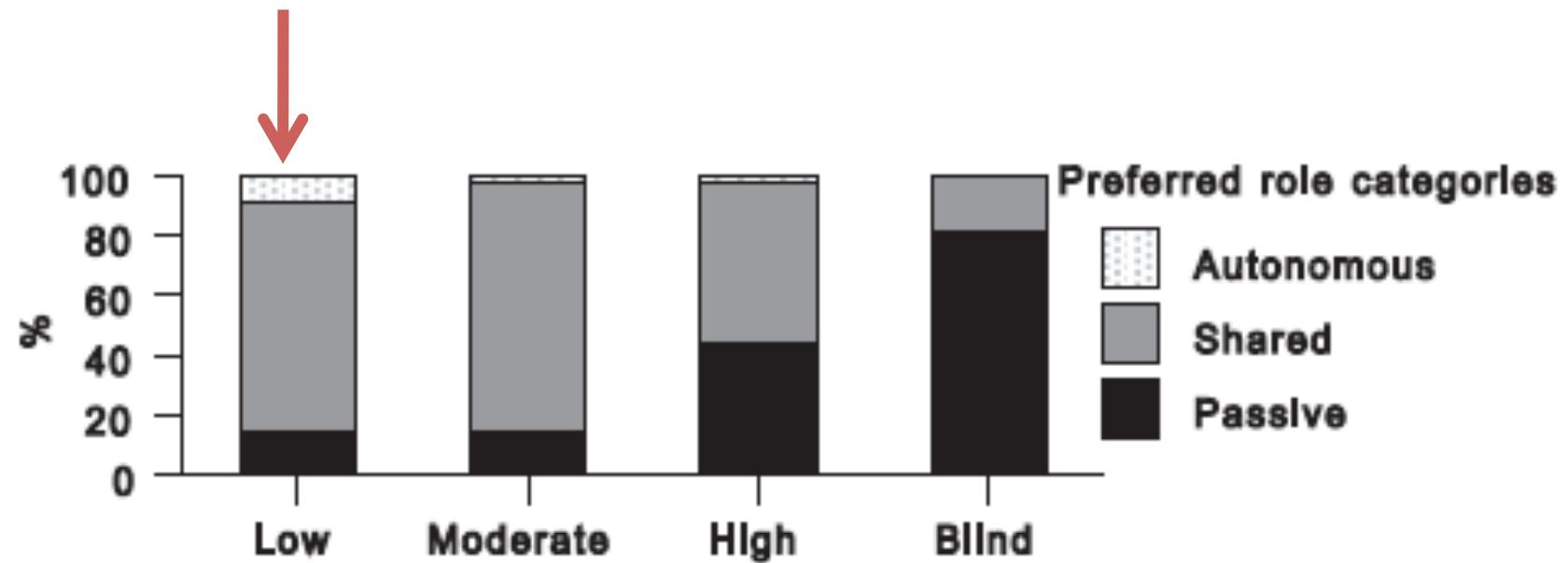


|                                | Total sample | Decision-making role preference            |                                |                                     | Overall p value* |
|--------------------------------|--------------|--------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|
|                                |              | Provider and patient share decisions N=651 | Provider makes decisions N=240 | Patient makes decisions alone N=136 |                  |
| <b>Patient Characteristics</b> |              |                                            |                                |                                     |                  |
| Age, Mean (SD)                 | 39.0 (8.7)   | 39.3 (8.6)                                 | 39.4 (7.7)                     | 36.8 (10.1)†                        | 0.007            |
| Sex, % Male                    | 64.9         | 64.7                                       | 65.4                           | 64.7                                | 0.978            |
| Race, % African American       | 83.4         | 81.7                                       | 85.8                           | 86.8                                | 0.178            |
| Drug Use, % Active             | 20.9         | 19.2                                       | 25.4                           | 21.3                                | 0.128            |
| Depression, %>=10 CES-D        | 23.9         | 22.7                                       | 24.7                           | 28.2                                | 0.384            |
| <b>Communication Quality</b>   |              |                                            |                                |                                     |                  |
| % Known As a Person            | 82.2         | 81.4                                       | 89.6†                          | 72.8†                               | <0.001           |
| % Involved in Decisions        | 86.0         | 88.8                                       | 81.3†                          | 80.9†                               | 0.003            |
| % Always Understand            | 82.9         | 86.5                                       | 77.1‡                          | 75.7†                               | <0.001           |
| <b>Explanations</b>            |              |                                            |                                |                                     |                  |

I pazienti che preferivano prendere tutte le decisioni da soli erano significativamente più:

- più giovani
- si sentivano meno frequentemente conosciuti come “persone”da parte del loro medico
- erano stati coinvolti meno di quanto avessero voluto nelle decisioni in passato
- comprendevano meno bene le spiegazioni del loro medico

**TANTO PIÙ BASSA È LA FIDUCIA NELLA RELAZIONE, TANTO PIÙ ALTO IL LIVELLO DI AUTONOMIA NEL PROCESSO DI SCELTA**



**Figure 2** Preferred role by Trust: current health vignette.

## Prevalence and Predictors of Deterioration of a Trustful Patient-Provider Relationship Among HIV-Infected Persons Treated With Antiretroviral Therapy

*Marie Préau, PhD,\*†‡ Catherine Leport, MD,§ Virginie Villes, MSc,†‡ Christian Michelet, MD,||  
Fidéline Collin,¶ Maria-Patrizia Carrieri, PhD,†‡ Jean-Marie Ragnaud, MD,# Audrey Taieb, MSc,¶  
François Raffi, MD,\*\* Bruno Spire, MD, PhD,†‡ and the ANRS CO-8 APROCO Study Group*

**Objectives:** We studied the evolution of the patient-provider relationship (PPR) in HIV-infected patients who reported trustful relationships at highly active antiretroviral therapy (HAART) treatment initiation.

**Methods:** Psychosocial and clinical data were obtained from the French ANRS CO-8 cohort. Break of trust was defined using the question "How much do you trust the provider who usually treats you at this clinic?" Predictors of a possible break of trust during the 5 years after initiating treatment for those patients reporting a trustful PPR at month 0 were identified using a Cox model.

**Results:** During a total follow-up of 3044 person-years, 68 (7%) patients reported having at least 1 break of trust in their PPR. Break

- Coorte francese ANRS CO-8
- Rottura nella fiducia: “quanto ti fidi del medico che abitualmente ti cura?”

rimental to the PPR. Interestingly, clinical events and changes of treatment prevent a possible break of trust by reinforcing the provider's role. These results underline the importance of recognizing a patient's perceived secondary effects and developing appropriate care.

**Key Words:** highly active antiretroviral therapy, patient-provider relationship, self-reported side effects, trust

(J Acquir Immune Defic Syndr 2008;47:467–471)

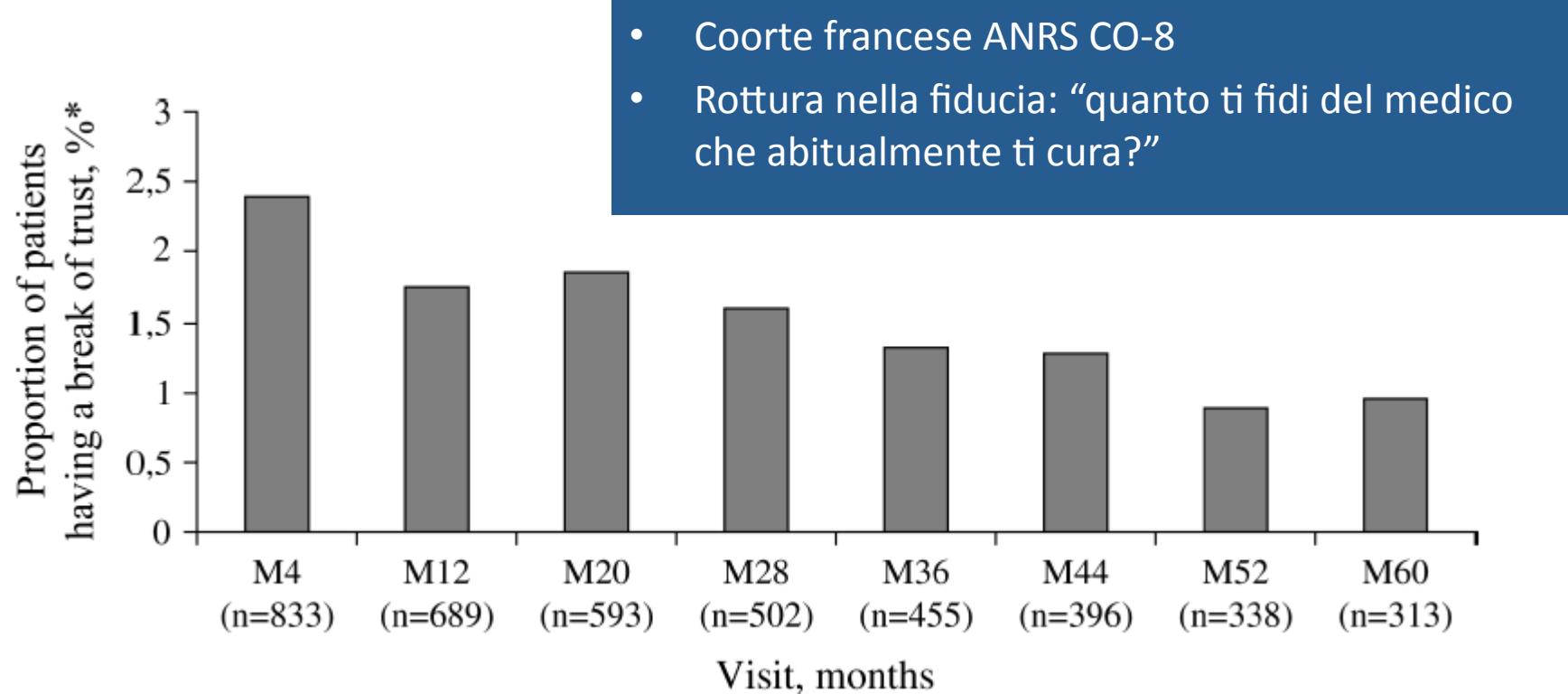
**G**iven that highly active antiretroviral therapy (HAART) has decreased morbidity and mortality,<sup>1–5</sup> an outstanding challenge concerns the problems of long-term patient follow-up and, consequently, patient-provider relationships (PPRs). PPRs can positively influence patients' adherence behaviors in the context of HIV infection<sup>6,7</sup> and health-related quality of life.<sup>8,9</sup> Until now, most PPR studies have made recommendations on how to enhance the PPR<sup>10–12</sup> and how to address the ethical issues involved,<sup>13</sup> investigated provider interactions with the patient,<sup>14–17</sup> and studied the importance of the Internet for the physician's own professional development.<sup>18–21</sup> Most of these studies were aimed at identifying the determinants of PPRs and were cross-sectional in nature, however. Patient-centered studies are rare, factors enabling the development of PPRs and the impact of PPR remains

develop and the multidisciplinary CO-8 anti-HIV study with 5 years of opportunity to describe the nature and evolution of PPRs and to determine predictors of a "break of trust."

### METHODS

The French APROCO cohort was designed to study the clinical, immunologic, virologic, and sociobehavioral course of HIV-1-positive individuals who started a treatment regimen

# PROPORZIONE DI SOGGETTI CON “ROTTURA” NEL RAPPORTO DI FIDUCIA CON IL MEDICO



- Solo il 7% dei soggetti riportava almeno una rottura nella fiducia nel rapporto medico-paziente
- La rottura nella fiducia era indipendentemente associata con l'età più giovane, l'insoddisfazione con le spiegazioni del medico, fumo di sigaretta, sintomi auto-riportati
- Eventi HIV-relati severi e cambi di terapia prevengono possibili roture nella fiducia

# Provider-Focused Intervention Increases Adherence-Related Dialogue but Does Not Improve Antiretroviral Therapy Adherence in Persons With HIV

Ira B. Wilson, MD, MSc,\* Michael Barton Laws, PhD,\*† Steven A. Safren, PhD,‡ Yoojin Lee, MS, MPH,\* Minyi Lu, MD, PhD,\* William Coady, MA,\* Paul R. Skolnik, MD,§ and William H. Rogers, PhD\*

**Background:** Physicians' limited knowledge of patients' antiretroviral adherence may reduce their ability to perform effective adherence counseling.

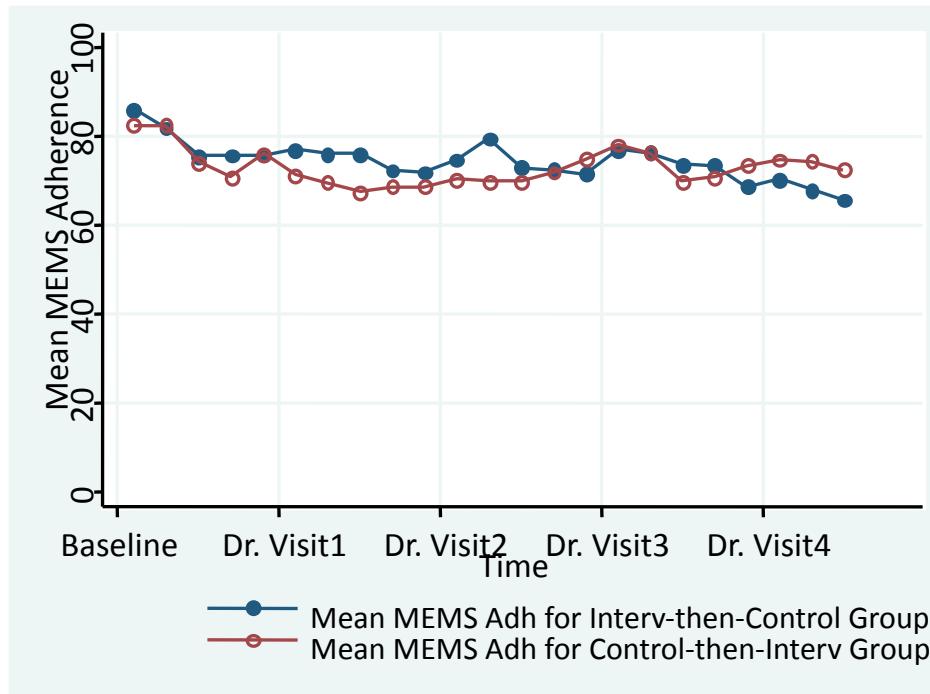
**Methods:** We conducted a randomized, cross-over study of an intervention to improve physicians' knowledge of patients' antiretroviral adherence. The intervention was a report given to the physician before a routine office visit that included data on Medication Event Monitoring System and self-reported data on anti-

- Studio di intervento randomizzato
- 5 centri clinici USA
- Criterio di inclusione: viremia plasmatica rilevabile
- Intervento: report dettagliato sull'aderenza al medico curante
- Misure di aderenza: MEMS, aderenza auto-riportata

**Conclusions:** Receipt of a detailed report before clinic visits containing data about adherence and other factors did not improve patients' antiretroviral adherence. Analyses of patient-provider dialogue suggests that providers who care for persons with HIV may benefit from training in adherence counseling techniques.

**Key Words:** communication, electronic monitoring, HIV infections/drug therapy, patient compliance, physician-patient relations, randomized controlled trial

(J Clin Infect Dis 2010;49:e99-e100)



- L'intervento focalizzato sul medico non ha migliorato i livelli di aderenza nei pazienti con viremia rilevabile.
- Il dialogo medico-paziente risultava maggiormente focalizzato sulla HAART nel pazienti con l'intervento (di cui il medico aveva il report sull'aderenza), ma non venivano sufficientemente affrontate le problematiche correlate.
- Conclusione: è necessario un training per i medici.

Table 2. Comparison (median [25<sup>th</sup>, 75<sup>th</sup> percentile]) between the total (participant plus provider) number of utterances in control and intervention visits by topic code.

| Topic Codes                | Intervention (N=58) | Control(N=58)    | P-value* |
|----------------------------|---------------------|------------------|----------|
| Physical health            | 120.5 [68, 210]     | 97 [55, 167]     | 0.14     |
| Psychosocial               | 24 [0, 53]          | 6 [0, 59]        | 0.77     |
| Logistics                  | 43.5 [18, 78]       | 40.5 [14, 72]    | 0.35     |
| Physical exam              | 5 [0, 11]           | 5 [0, 12]        | 0.83     |
| Studies/Trials             | 4 [0, 15]           | 0 [0, 5]         | 0.001    |
| Socializing                | 11 [5, 21]          | 9 [5, 22]        | 0.27     |
| ART related                | 76 [52, 127]        | 49.5 [28, 113]   | 0.07     |
| Adherence, current regimen | 51.5 [37, 77]       | 32.5 [17, 52]    | 0.0002   |
| ART side effects           | 0 [0, 11]           | 0 [0, 8]         | 0.96     |
| ART prescribing            | 0 [0, 15]           | 0 [0, 17]        | 1.00     |
| ART problem solving        | 0 [0, 12]           | 0 [0, 2]         | 0.05     |
| Pharmacological, non-ART   | 13.5 [6, 59]        | 23.5 [9, 58]     | 0.71     |
| Non-Allopathic             | 0 [0, 0]            | 0 [0, 0]         | 0.50     |
| Non-pharmaceutical         | 0 [0, 2]            | 0 [0, 4]         | 0.46     |
| Total utterances           | 360 [258, 531]      | 311.5 [239, 492] | 0.03     |

\* Signed rank test

## IN SINTESI ...

Nel *conto del'infazione da HIV*:

- ✓ Una migliore aderenza alla terapia antiretrovirale si associa a **tempi di visita clinica significativamente più lunghi**.
- ✓ I pazienti aderenti alla propria terapia riferiscono di essere maggiormente soddisfatti con le **competenze e le capacità empatiche del proprio medico**.
- ✓ I pazienti che si sentono riconosciuti nella **propria “unicità” di persona**, più frequentemente riferiscono di essere in terapia antiretrovirale, di assumere correttamente i farmaci, di avere la carica virale soppressa.
- ✓ La **fiducia nel proprio medico** favorisce una capacità decisionale del paziente maggiormente condivisa, ma non è una condizione immodificabile nel tempo.
- ✓ Un intervento focalizzato sul medico (report sulla non-aderenza del paziente) non ha comportato una migliore aderenza nelle persone in HAART con viremia rilevabile.

**Chi colpisce l'HIV oggi?**

**SUPPORT HIV**

**A cosa mi serve la terapia e come faccio a sapere se funziona?**

**SUPPORT HIV**

**La tua terapia funziona bene.**

**Prendo bene la mia terapia?**

**SÍ, SE:** la prendi tutti i giorni sempre alla stessa ora più o meno

**DEVI FARE DI MEGLIO...**

**SUPPORT HIV**

**STAI ANDANDO BENE!**

**Buona Aderenza!!**

**Per la mia vita, che cosa devo aspettare?**

**Con la terapia antiretrovirale e una buona Aderenza le aspettative di vita per una persona infetta da HIV possono raggiungere i 30 anni ed è**

**QUALITÀ DELLA VITA = IN DELLA VITA**

**In che fase della mia vita sono?**

**CD4**

**DIFESA IMMUNITARIE**

**INFETZIONE ACUTA**

**FASE ASINTOMATICA**

**TERAPIA ANTIRETROVIRALE**

**ARRESTO REPLICAZIONE VIRUS**

**RICOSTITUZIONE IMMUNOLOGICA**

**di combinazione** attacca il virus colpendolo su più fronti

**soppressiva** blocca la replicazione del virus anche se non lo elimina del tutto

**ben tollerabile** gli effetti collaterali con i nuovi farmaci si sono notevolmente ridotti

**personalizzabile** oggi è possibile scegliere la terapia più adatta a te

**A OGNIUNO LA SUA:** Non esiste una sola terapia: ne esistono personalizzabili come un vestito tagli misura.

**È possibile che la prima terapia non sia giusta per te: si può cambiare, grazie a di scegliere fra varie combinazioni di farmaci.**

**È un virus "mutato" che riesce a sfuggire al controllo dei farmaci.**

**Una scarsa Aderenza rende la pressione farmacologica meno ermetica quindi più debole: li compiono i virus resistenti che possono prendere il sopravvento, essendo insensibili all'azione dei farmaci.**

**SUPPORT HIV**

**SUFFICIENTE PRESSIONE FARMACOLOGICA**

**VIRUS sotto CONTROLLO**

**SCARSA ADERENZA**

**PRESSIONE FARMACOLOGICA INSUFFICIENTE**

**VIRUS SENZA CONTROLLO E MUTATO**

**CONCENTRAZIONE DI HIV**

**CONCENTRAZIONE DI HIV**



## Chi colpisce l'HIV oggi?

SUPPORT HIV



Nuovi casi di HIV in Italia

L'infezione da HIV è molto diffusa e riguarda tutto il mondo.



In Italia si stimano circa

150 mila persone con infezione da HIV/AIDS.

GENERE



ETÀ MEDIA

25 ANNI

32 ANNI

36 ANNI

MODALITÀ DI TRASMISSIONE

SEX ETERO

SEX OMO

DROGHE



TASSO DI LETALETTA\*

95%

67%

9%

\* rapporto fra i decessi per anno di diagnosi e i casi diagnosticati nello stesso anno

## LA RISERVATEZZA “VIOLATA” SI ASSOCIA AD UN RISCHIO DI ADERENZA SUB-OTTIMALE PIÙ ELEVATO

|                                                 | %    | Scarsa vs elevata<br>aderenza | Moderata vs<br>elevata aderenza |
|-------------------------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------|
| Rivelazione sistematica                         | 35.6 | 1                             | 1                               |
| Rivelazione selettiva a poche persone rilevanti | 6.8  | 0.73 (0.28-1.94)              | 0.92 (0.64-1.33)                |
| Mancato occultamento a colleghi                 | 4.8  | 2.44 (1.08-5.52)              | 1.68 (1.11-2.53)                |
| Mancato occultamento a parenti/amici            | 6.8  | 0.68 (0.25-1.85)              | 1.49 (1.05-2.11)                |
| Occultamento a poche persone rilevanti          | 17.7 | 1.34 (0.68-2.65)              | 1.28 (0.98-1.68)                |
| Occultamento sistematico ed efficace            | 28.3 | 0.87 (0.49-1.52)              | 1.18 (0.95-1.47)                |

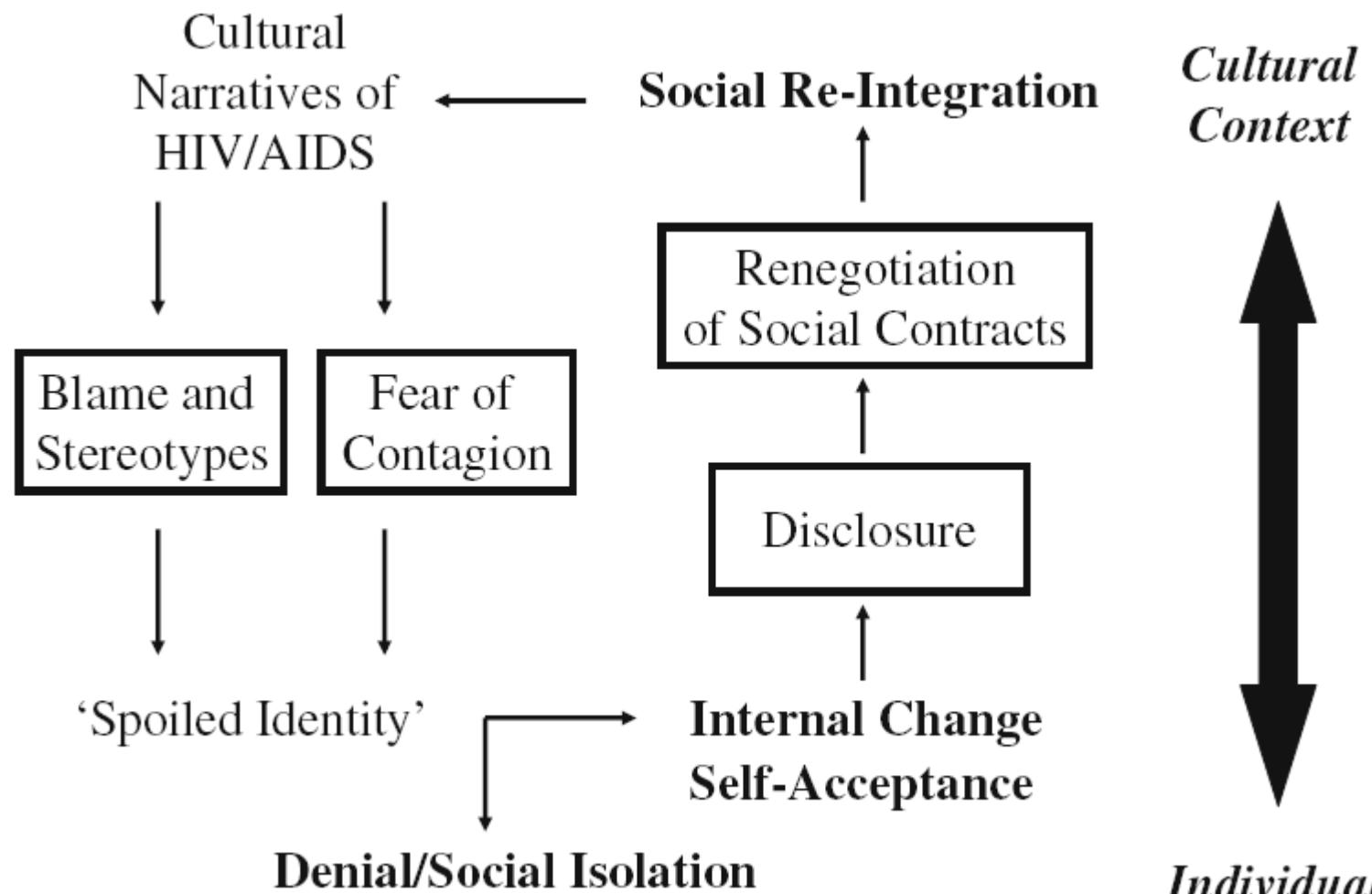
## The Role of HIV Serostatus Disclosure in Antiretroviral Medication Adherence

Michael J. Stirratt · Robert H. Remien · Anna Smith · Olivia Q. Copeland · Curtis Dolezal · Daniel Krieger · the SMART Couples Study Team

Persone che dichiarano più frequente la loro condizione di sieropositività presentano livelli di aderenza più elevati

**Abstract** This study examined the relationship between HIV serostatus disclosure and adherence to antiretroviral therapy (ART). The study was conducted with 215 HIV-seropositive patients who demonstrated poor adherence (<80%) and who were in serodiscordant relationships. Participants completed self-report measures regarding HIV serostatus disclosure and reasons for missing ART doses, as well as electronic monitoring of ART adherence (MEMS caps). Overall, 19% of the sample reported missing medication doses in the last two months due to concerns regarding serostatus disclosure. Participants who reported greater serostatus disclosure to others demonstrated higher rates of adherence, and this relationship remained after controlling for other explanatory variables. The relationship between disclosure and adherence was not mediated by practical support for adherence from others. Interventions to improve ART adherence should address the role of serostatus disclosure by providing patients with skills to maintain adherence in contexts of non-disclosure and to make informed choices regarding selective disclosure.

# MECCANISMO DELLO STIGMA SOCIALE



## IN SINTESI ...

- ✓ L' **esplicitazione del proprio stato di sieropositività in maniera non controllata** nel contesto lavorativo, familiare o sociale è associata ad una più frequente **non-aderenza alla terapia antiretrovirale**.
- ✓ La condivisione della propria condizione di infezione è un potente **mezzo di sostegno**, se collocata in un **contesto selettivo e ragionato**.



## Per la mia vita, che cosa mi devo aspettare?

Con la terapia antiretrovirale  
e una buona Aderenza le aspettative di vita  
per una persona infetta da HIV  
possono  
raggiungere i

**30 anni**



**QUALITÁ  
DELLA  
VITA**

=

**INNOVAZIONI  
DELLA SCIENZA  
MEDICA**

+

**BUONA  
ADERENZA  
ALLA TERAPIA**

*ed è possibile...*

*costruire un futuro  
lavorativo  
ed economico  
(pensione)*

**SUPPORT HIV**



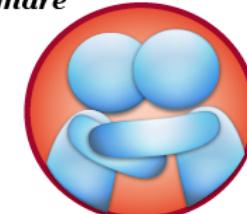
*avere  
relazioni  
sociali*



*innamorarsi  
e amare*



*diventare  
genitori*



## IL RISPETTO

- E' generalmente considerato un elemento sostanziale dell'etica e della professionalità in medicina: **impone al medico una responsabilità morale.**
- Nei confronti dei pazienti, è **il riconoscimento del valore incondizionato del paziente come persona.**
- Comporta **rispettare l'autonomia del paziente.**
- E' **indipendente dalle caratteristiche personali del paziente e quindi deve essere rivolto in modo uguale a tutti.**
- Deve avere una **dimensione cognitiva (convinzione che le persone hanno un valore)** e una **dimensione comportamentale (comportamento in accordo con questa convinzione).**



## Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors?☆

Mary Catherine Beach<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Debra L. Roter<sup>d</sup>, Nae-Yuh Wang<sup>a,c</sup>,  
Patrick S. Duggan<sup>b</sup>, Lisa A. Cooper<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup> Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, United States

<sup>b</sup> Phoebe R. Berman Bioethics Institute, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, United States

<sup>c</sup> Welch Center for Prevention, Epidemiology, and Clinical Research, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, United States

<sup>d</sup> Department of Health, Behavior, and Society, Johns Hopkins Bloomberg School of Medicine, MD, United States

Received 7 April 2006; received in revised form 19 May 2006; accepted 1 June 2006

- La valutazione del medico relativamente al rispetto varia molto tra i pazienti ed è principalmente associata alla familiarità piuttosto che a caratteristiche socio-demografiche.
- I medici che agiscono con più rispetto nei confronti dei loro pazienti danno più informazioni e esprimono più slancio positivo nelle visite.

# Physician Cultural Competence and Patient Ratings of the Patient-Physician Relationship

Kathryn A. Paez, PhD, MBA, RN<sup>1</sup>, Jerilyn K. Allen, ScD, RN, FAAN<sup>2</sup>,  
Mary Catherine Beach, MD, MPH<sup>3,4,5</sup>, Kathryn A. Carson, ScM<sup>6</sup>,  
and Lisa A. Cooper, MD, MPH<sup>3,4,5,6,7</sup>

<sup>1</sup>Center for Health Research and Policy, Social & Scientific Systems, Inc., Silver Spring, MD, USA; <sup>2</sup>Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD, USA; <sup>3</sup>Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA; <sup>4</sup>Welch Center for Prevention, Epidemiology, and Clinical Research, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA; <sup>5</sup>Department of Health, Behavior and Society, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA; <sup>6</sup>Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA; <sup>7</sup>Department of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA.

**OBJECTIVE:** To determine the association of patients' ratings of the patient-physician relationship with physicians' self-reported cultural competence (CC).

**METHODS:** Physicians completed a survey assessing

**KEY WORDS:** cultural competence; primary care physician; disparities; interpersonal relationship; quality; patient participation.

J Gen Intern Med 24(4):495–8

DOI: 10.1007/s11606-009-0919-7

© Society of General Internal Medicine 2009

Pazienti di medici che erano più motivati a conoscere altre culture nell'ambito della loro pratica erano più:

- soddisfatti con la visita medica ( $OR=2.1$ , 95% CI=1.0–4.4);
- percepivano il loro medico come più “facilitante” ( $\beta=0.4$ ,  $p=0.02$ );
- riportavano di cercare e condividere più informazione ( $\beta=0.2$ ,  $p=0.03$ ).

tions between CC and patient ratings of the relationship.

**RESULTS:** Patients of physicians reporting more motivation to learn about other cultures were more satisfied ( $OR=2.1$ , 95% CI=1.0–4.4), perceived their physicians were more facilitative ( $\beta=0.4$ ,  $p=0.02$ ) and reported seeking and sharing more information during the medical visit ( $\beta=0.2$ ,  $p=0.03$ ). Physicians' power assimilation attitudes were associated with patients' ratings of physician facilitation ( $\beta=0.4$ ,  $p=0.02$ ). Patients of physicians reporting more frequent CC behaviors were more satisfied ( $OR=3.1$ , 95% CI=1.4–6.9) and reported seeking and sharing more information ( $\beta=0.3$ ,  $p=0.04$ ).

with patients and less actively engaged patient-physician partnerships<sup>2</sup> have been identified as contributing factors to health disparities. Satisfaction,<sup>3</sup> trust in physicians<sup>4</sup> and perceptions of being treated with respect by physicians<sup>5</sup> are lower among minority patients than whites, and minorities are less participatory during the medical visit.<sup>6</sup> The patient-provider relationship is one of the most important health service factors affecting the course of patient care,<sup>7</sup> including patient adherence with recommendations for care.<sup>8</sup> Cultural competence (CC) training is suggested as one strategy for better preparing physicians to serve diverse groups of patients.<sup>9</sup> CC at the patient-physician level of care has been defined as “the ability of individuals to establish effective

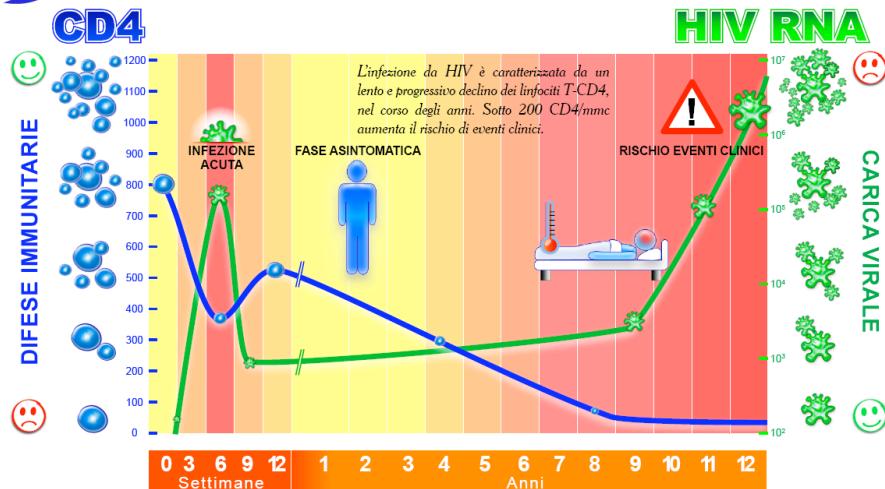
## **IN SINTESI ...**

Per incrementare la qualità del rapporto tra paziente e medico è fondamentale che un medico sia capace di dimostrare rispetto nei confronti del paziente e di accettare gli aspetti culturali o le scelte esistenziali individuali diverse.



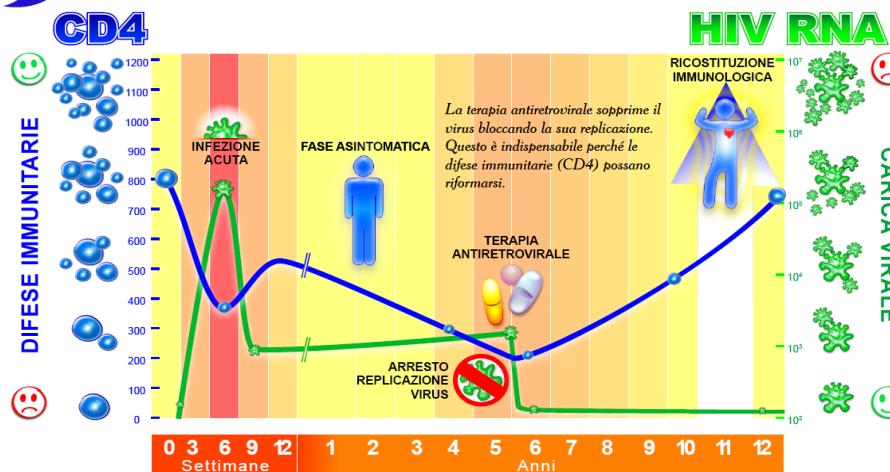
In che fase dell'infezione mi trovo?

SUPPORT HIV



In che fase dell'infezione mi trovo?

SUPPORT HIV



# Influence of Adherent and Effective Antiretroviral Therapy Use on Human Papillomavirus Infection and Squamous Intraepithelial Lesions in Human Immunodeficiency Virus–Positive Women

Howard Minkoff,<sup>1</sup> Ye Zhong,<sup>2</sup> Robert D. Burk,<sup>2</sup> Joel M. Palefsky,<sup>4</sup> Xiaonan Xue,<sup>2</sup> D. Heather Watts,<sup>6</sup> Alexandra M. Levine,<sup>5</sup> Rodney L. Wright,<sup>3</sup> Christine Colie,<sup>8</sup> Gypsyamber D'Souza,<sup>7</sup> L. Stewart Massad,<sup>9</sup> and Howard D. Strickler<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Maimonides Medical Center and State University of New York Downstate, Brooklyn, and Departments of

<sup>2</sup>Epidemiology and Population Health, and <sup>3</sup>Obstetrics and Gynecology, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York; <sup>4</sup>Department

of Medicine, University of California, San Francisco, CA; <sup>5</sup>Department of Medicine, University of Southern California School of Medicine,

Angeles; <sup>6</sup>Pediatric, Adolescent, and Young Adult Infectious Disease, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, Maryland;

<sup>8</sup>Department of Medicine, Division of Hematology/Oncology, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri;

**L'infezione e le patologie correlate all'HPV sono ridotte  
nelle persone aderenti alla terapia antiretrovirale**

(See the editorial commentary by Gravitt and Kirk, on pages 650–652.)

**Background.** The impact of highly active antiretroviral therapy (HAART) on the natural history of human papillomavirus (HPV) remains uncertain following conflicting reports. Prior studies, however, did not consider patients' adherence to their regimens or HAART effectiveness (viral suppression).

**Methods.** Human immunodeficiency virus (HIV)–positive women ( $N = 286$ ) who initiated HAART during follow-up in a prospective cohort were assessed semiannually for HPV infection (by polymerase chain reaction) and squamous intraepithelial lesions (SILs). Adherence was defined as use of HAART as prescribed  $\geq 95\%$  of the time, and effective HAART was defined as suppression of HIV replication. The prevalence, incident detection, and clearance of HPV infection and/or SILs before versus after HAART initiation were compared (using women as their own comparison group).

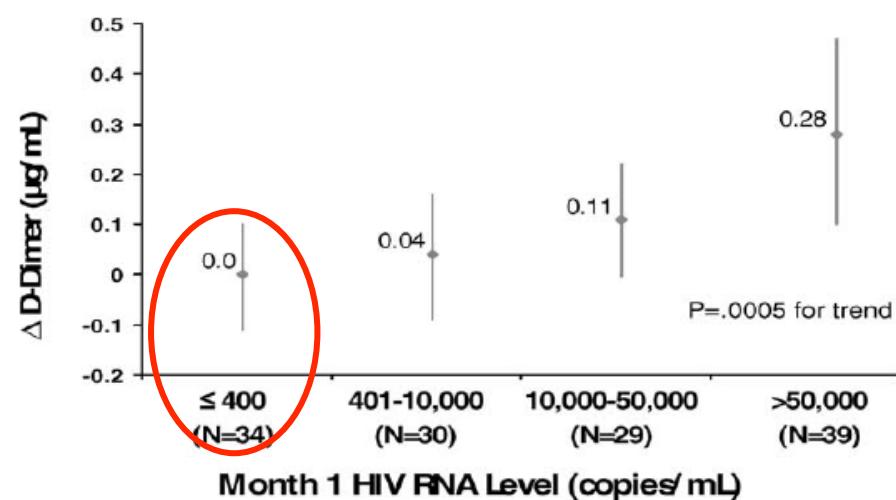
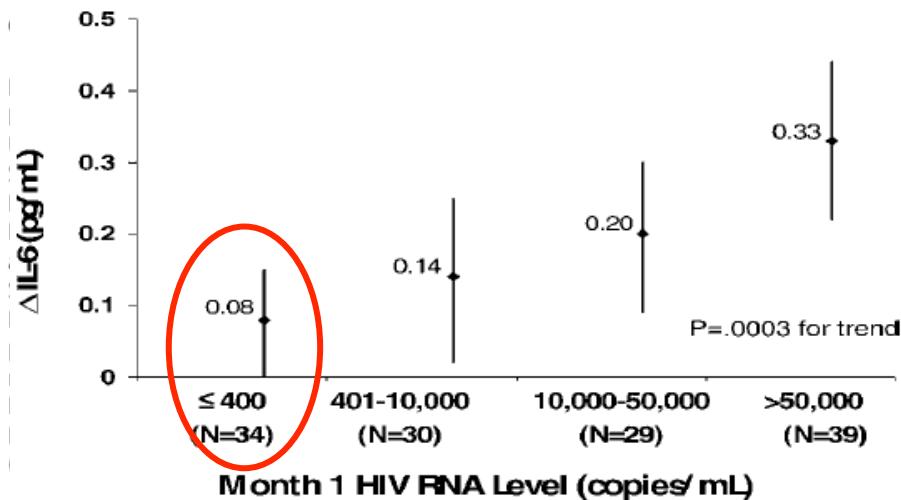
**Results.** HAART initiation among adherent women was associated with a significant reduction in prevalence (odds ratio, 0.60 [95% confidence interval {CI}, 0.44–0.81];  $P = .001$ ), incident detection of oncogenic HPV infection (hazard ratio [HR], 0.49 [95% CI, 0.30–0.82];  $P = .006$ ), and decreased prevalence and more rapid clearance of oncogenic HPV-positive SILs (HR, 2.35 [95% CI, 1.07–5.18];  $P = .03$ ). Effects were smaller among nonadherent women. The associations of HPV infection and/or SILs with HAART effectiveness were fairly similar to those with HAART adherence.

**Conclusion.** Effective and adherent HAART use is associated with a significantly reduced burden of HPV infection and SILs; this may help explain why rates of cervical cancer have not increased during the HAART era, despite greater longevity.

# Inflammatory and Coagulation Biomarkers and Mortality in Patients with HIV Infection

Lewis H. Kuller<sup>1</sup>, Russell Tracy<sup>2</sup>, Waldo Beloso<sup>3</sup>, Stephane De Wit<sup>4</sup>, Fraser Drummond<sup>5</sup>, H. Clifford Lane<sup>6</sup>, Bruno Ledergerber<sup>7</sup>, Jens Lundgren<sup>8</sup>, Jacqueline Neuhaus<sup>9</sup>, Daniel Nixon<sup>10</sup>, Nicholas I. Paton<sup>11</sup>, James D. Neaton<sup>9\*</sup>, for the INSIGHT SMART Study Group

<sup>1</sup> University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, United States of America, <sup>2</sup> University of Vermont, Burlington, Vermont, United States of America, <sup>3</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, <sup>4</sup> Saint-Pierre Hospital, Brussels, Belgium, <sup>5</sup> National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales, Sydney, Australia, <sup>6</sup> National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, United States of America, <sup>7</sup> University Hospital, Zurich, Switzerland, <sup>8</sup> University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, <sup>9</sup> University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, United States of America, <sup>10</sup> Virginia



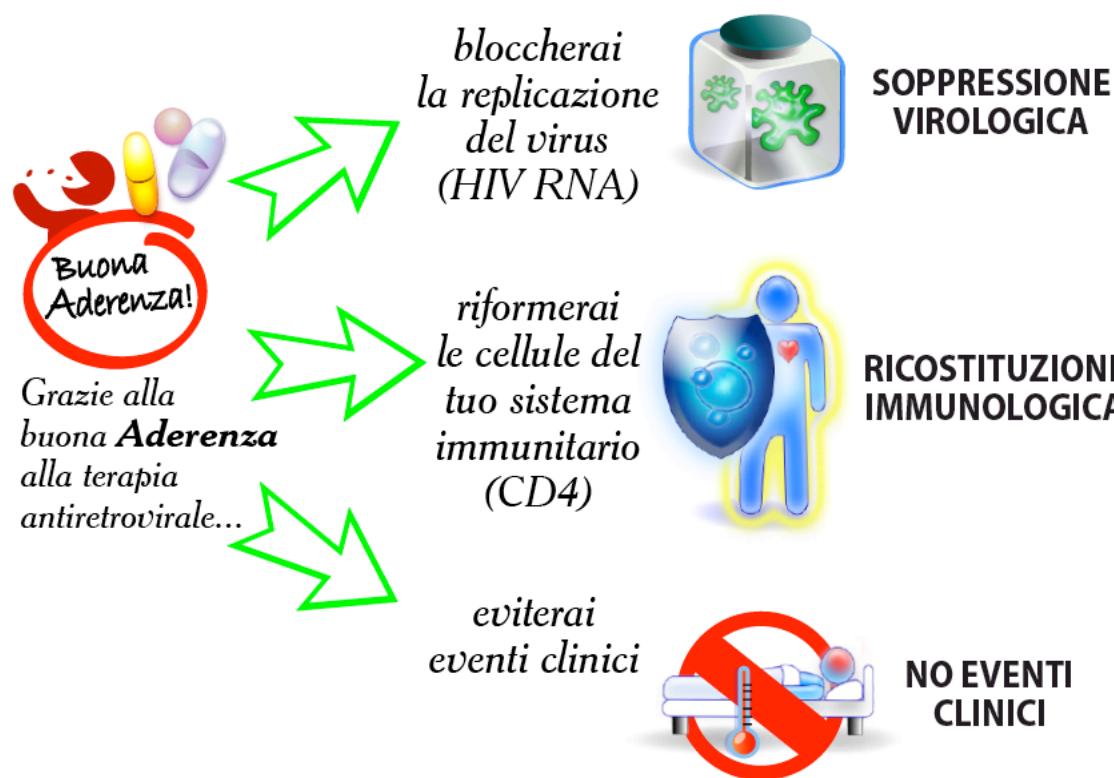
## **IN SINTESI ...**

Dando per scontata la necessità di conoscere gli effetti protettivi della HAART, è oggi assolutamente necessario discutere obiettivi terapeutici innovativi (p. es. lo stato di attivazione immunoinfiammatorio, infezione da HPV e malattie associate) associati alla preservazione dello stato di salute in senso più generale e influenzati dalla buona aderenza alla terapia.



A cosa mi serve la terapia e come faccio a sapere se funziona?

SUPPORT HIV



La tua terapia funziona bene se:

**CD4**

**<50 C/ML HIV RNA**



## CASO CLINICO: SIG.RA P. F.

|         | ARV                  | CD4 | HIV RNA |
|---------|----------------------|-----|---------|
| 9.1997  | <b>d4T+3TC+IDV</b>   | 32  |         |
| 10.2997 | <b>d4T+3TC+RTV</b>   | 45  | 143780  |
| 3.1998  | <b>d4T+ddI+RTV</b>   | 107 | 68530   |
| 6.1999  |                      | 234 | 600     |
| 10.1999 |                      | 256 | 450     |
| 5.2000  | <b>AZT+3TC+LPV/r</b> | 368 | <50     |
| 10.2000 |                      |     | <50     |
| 12.2000 |                      | 416 | <50     |
| 2.2001  |                      | 403 | <50     |
| 4.2001  |                      | 432 | <50     |
| 10.2001 |                      | 519 | 1000    |
| 12.2001 | <b>EFV+TDF+FTC</b>   | 601 | 620     |
| 3.2002  |                      | 514 | <50     |
| 5.2002  |                      | 566 | <50     |
| 6.2002  |                      | 710 | <50     |
| 8.2002  |                      | 599 | <50     |

# FEEDBACK

Con l'espressione *feedback* indichiamo le informazioni che restituiamo alle persone in merito alle loro azioni, per aiutarli a meglio realizzare gli obiettivi sia individuali che di gruppo.

Esistono due tipi di feedback:

- **Riorientamento:** identifica i comportamenti che non contribuiscono agli obiettivi prefissati e induce le persone a sviluppare delle strategie o soluzioni alternative.
- **Rinforzo:** identifica i comportamenti che contribuiscono agli obiettivi prefissati e stimola le persone a ripeterli ed a migliorarli.

**Il feedback:**

- **riguarda le azioni, non gli atteggiamenti;**
- **è orientato al futuro;**
- **è orientato su obiettivi precisi;**
- **è costruttivo.**

## **IN SINTESI ...**

Essendo l'aderenza sub-ottimale alla HAART un fenomeno privo di conseguenze cliniche immediate (p.es. "sintomo guida"), il paziente deve essere istruito dal medico sul linguaggio tecnico (es.: carica virale e linfociti CD4) al fine di condividere gli strumenti necessari per verificare il risultato del proprio impegno e autoregolare le azioni future.



## Potrei avere dei problemi nel prendere la terapia?

Inizialmente non c'era molta scelta: poche combinazioni di farmaci...



... e molti orari di assunzione, spesso scomodi.

E a volte si verificavano dei...

... fastidiosi effetti collaterali.



SUPPORT HIV

### MOLTI PASSI IN AVANTI...

La ricerca nel campo dei farmaci antiretrovirali ha fatto passi da gigante in 10 anni:

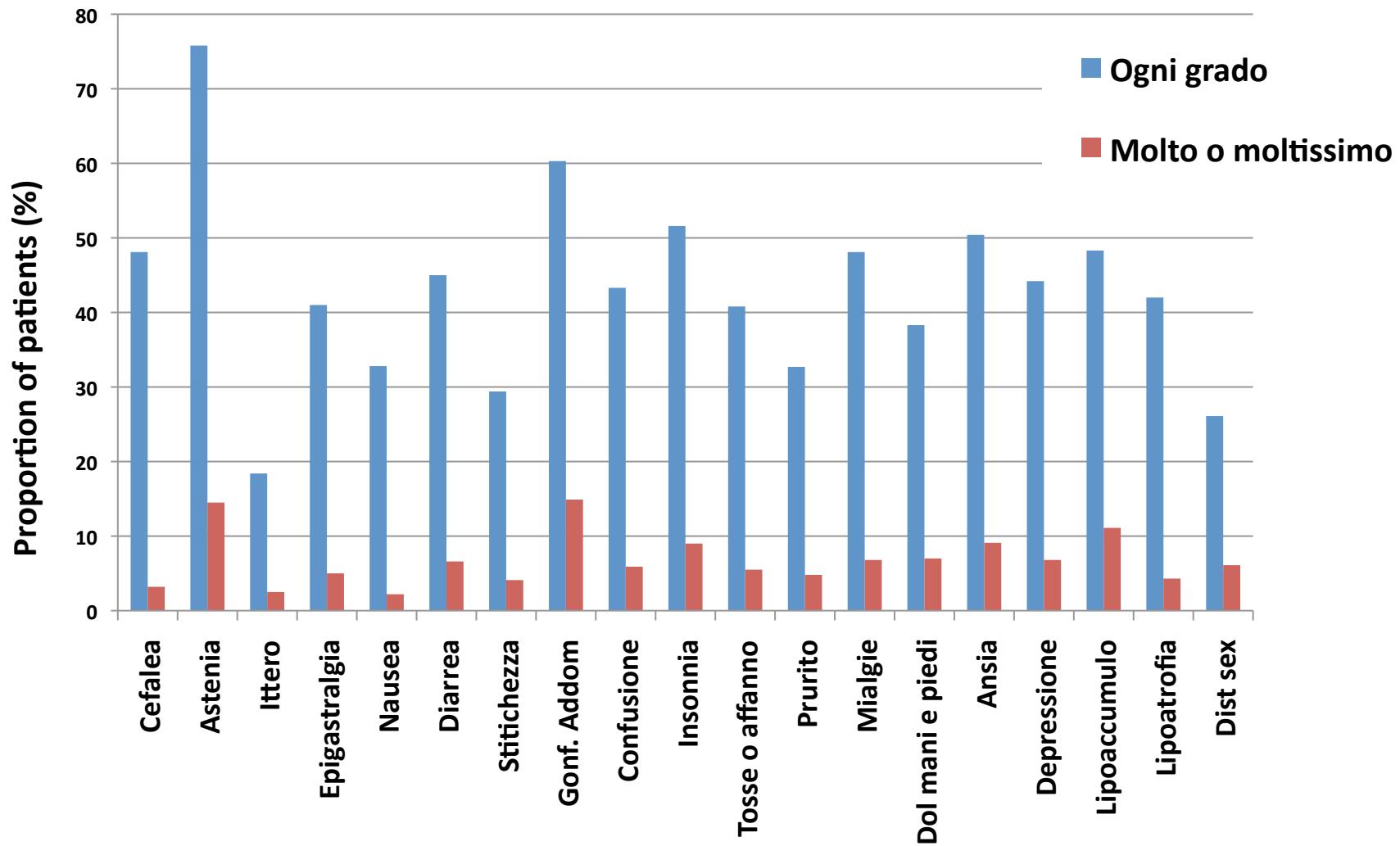


si è passati da pochi farmaci a un ventaglio di 25, gli effetti collaterali si sono ridotti e, qualora si presentino, il medico può evitarli sostituendo eventualmente alcuni farmaci.

1997

890 02 03 04 05 06 07 08 2009

# FREQUENZA DI SINTOMI AUTO-RIPORTATI IN 878 PAZIENTI CON HIV RNA <50 CPS/ML



R. Murri - Personal communication

|                      | HR of VL >50 cps/ml (95% CI) | P-value |
|----------------------|------------------------------|---------|
| PHYS score           |                              |         |
| 0 – 0.33             | 1                            | 0.02    |
| 0.33 – 1.0           | 1.8 (0.7 – 4.3)              |         |
| <u>≥1.0</u>          | 2.6 (1.1 – 6.0)              |         |
| PSYC score           |                              |         |
| 0 – 0.8              | 1                            | 0.02    |
| 0.8 – 1.73           | 2.6 (1.1 – 6.0)              |         |
| <u>≥1.73</u>         | 2.6 (1.2 – 6.0)              |         |
| GDI score            |                              |         |
| 0 – 0.61             | 1                            | 0.05    |
| 68 – 1.44            | 1.7 (0.7 – 3.8)              |         |
| <u>≥1.44</u>         | 22 (1.0 – 4.8)               |         |
| Total n. of symptoms |                              |         |
| 0-6                  | 1                            | 0.01    |
| 7-17                 | 1.8 (0.8 – 4.5)              |         |
| <u>≥18</u>           | 2.7 (1.2 – 6.3)              |         |
| Anxiety / Depression |                              |         |
| No                   | 1                            | 0.02    |
| Yes                  | 2.0 (1.1 – 3.8)              |         |
| Suicidal thoughts    |                              |         |
| No                   | 1                            | 0.02    |
| Yes                  | 2.1 (1.1 – 3.8)              |         |

**Sintomi fisici e psichici erano frequenti e tra i predittori più forti di fallimento viologico**



© 1985 United Feature Syndicate, Inc.

## **IN SINTESI ...**

L'esperienza dei sintomi, che siano associati all'infezione da HIV, alla HAART oppure indipendenti da questi, devono costituire tematica integrante del colloquio medico-paziente in tutti i casi.



Buona  
Aderenza!

## Come funziona la terapia e qual è quella giusta per me?

SUPPORT HIV



La terapia antiretrovirale oggi è:  
**di combinazione**

attacca il virus  
colpendolo su più fronti



**soppressiva**  
blocca la replicazione del virus  
anche se non lo elimina del tutto



**ben tollerabile**  
gli effetti collaterali con i nuovi  
farmaci si sono notevolmente ridotti



**personalizzabile**  
oggi è possibile scegliere la terapia  
più adatta a te



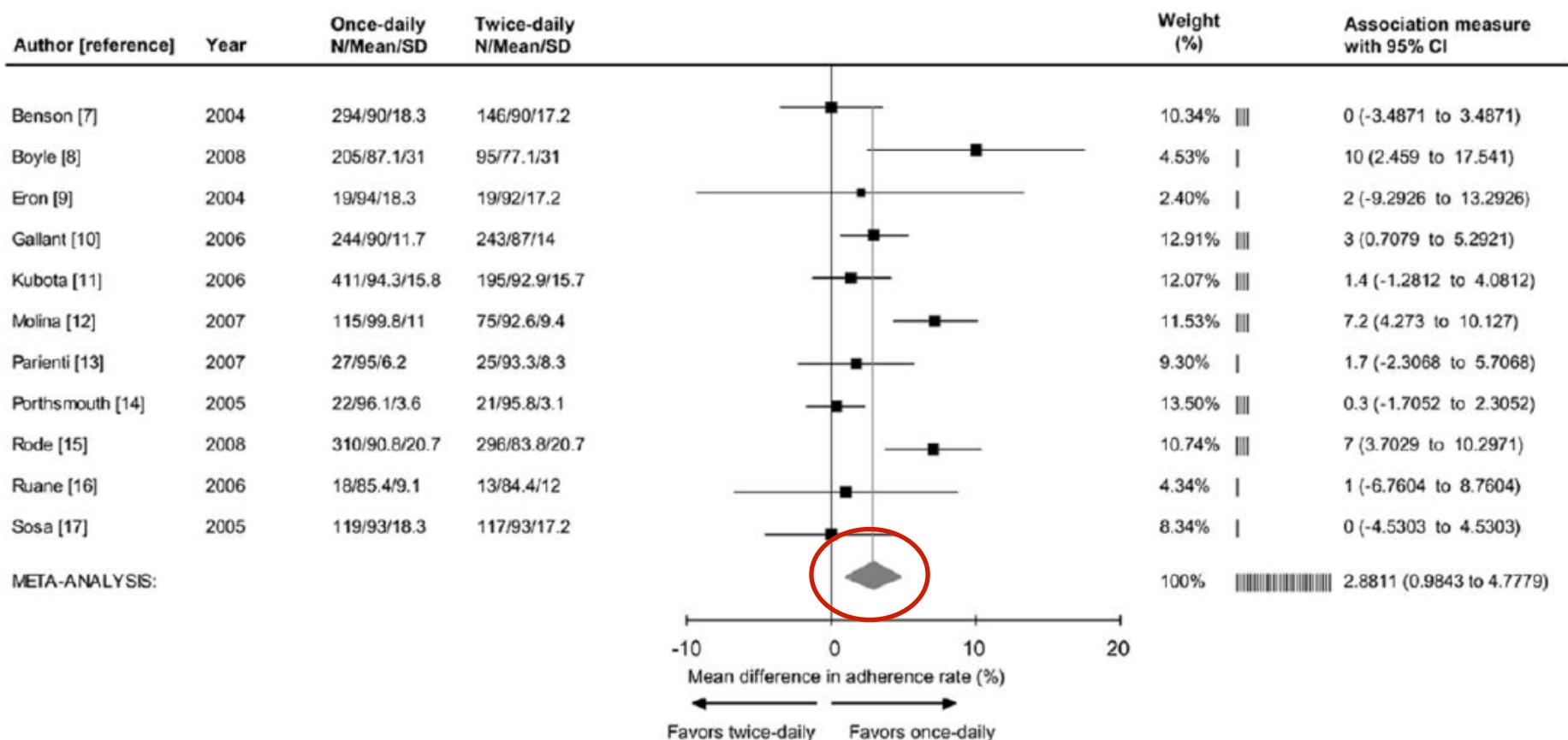
### A OGNIUNO LA SUA:

Non esiste una sola terapia: ne esistono diverse,  
personalizzabili come un vestito tagliato su  
misura.

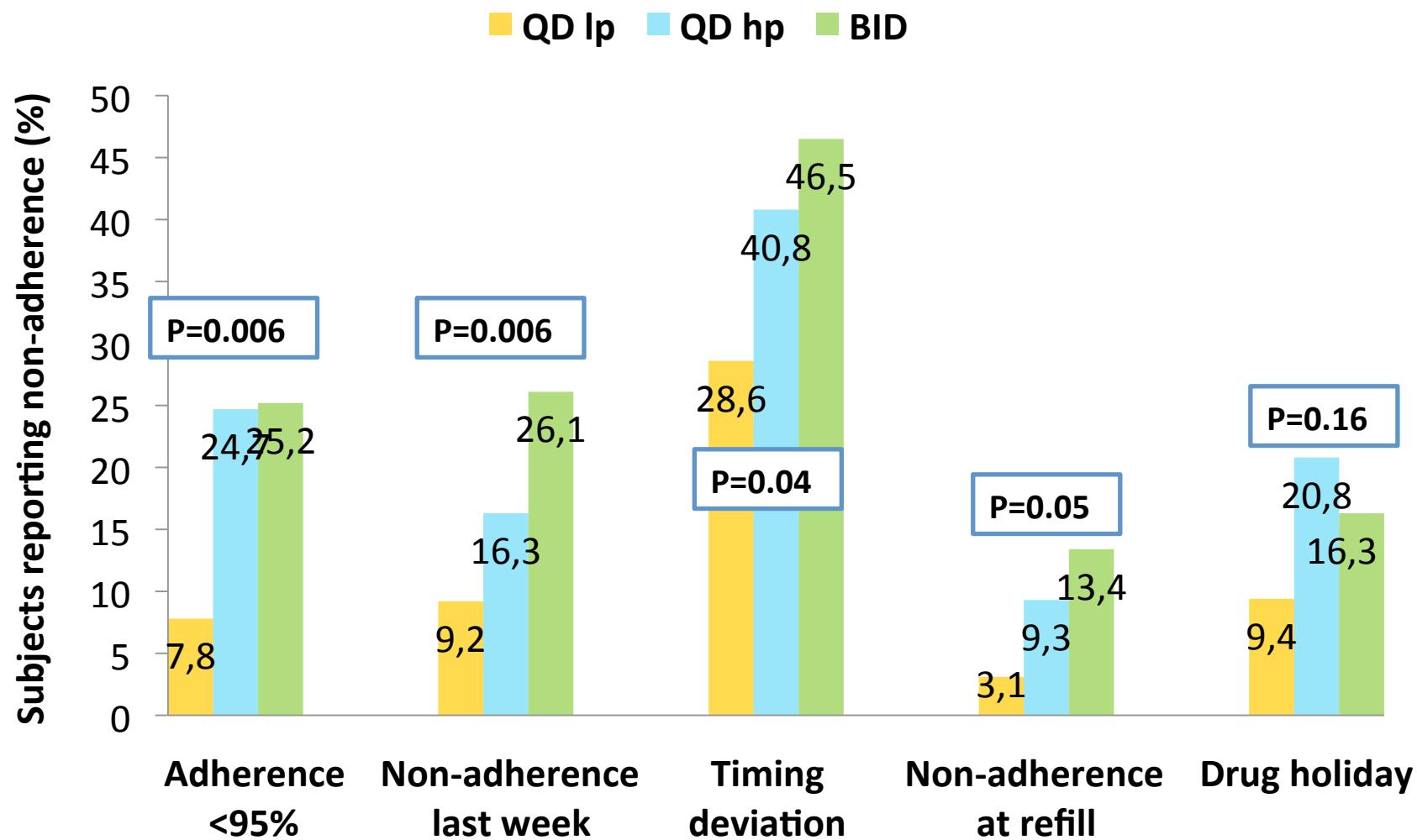


È possibile che la prima terapia non sia quella più  
giusta per te: si può cambiare, grazie alla possibilità  
di scegliere fra varie combinazioni di farmaci.

# Migliore aderenza con regimi antiretrovirali in monosomministrazione: una meta-analisi



## REGIMI CON MONOSOMMINISTRAZIONE E BASSO NUMERO DI PILOLE SONO ASSOCIATI A MINORE NON-ADERENZA



## **IN SINTESI ...**

In una terapia cronica a tempi non determinabili, è assolutamente indispensabile ricercare attivamente il regime più adatto all'obiettivo terapeutico considerando, oltre all'assenza di effetti collaterali a breve-medio-lungo termine, anche la massima semplificazione posologica.



## ILLUSTRARE COS'È L'ADERENZA SUBOTTIMALE

Prendo bene la mia terapia?

SUPPORT HIV

DEVI FARE DI MEGLIO...

| DI  | VENERDI         | SABATO                     | DOMENICA                  |
|-----|-----------------|----------------------------|---------------------------|
|     | 2               | 3 X<br>cena da Gianni      | 4                         |
|     | 9               | 10                         | 11                        |
|     | 16              | 17 X<br>weekend in Toscana | 18 X                      |
|     | 23 X<br>diarrea | 24 X<br>diarrea            | 25 X<br>pasticche finite! |
| 9 X | 30 X            | 31 X<br>memo: le pillole!  |                           |

SÍ, SE: 😊

la prendi tutti i giorni  
sempre alla stessa ora  
più o meno



NO, SE: 😢

salti una o  
più dosi

~  
cambi  
frequentemente  
orario di presa

~  
decidi  
autonomamente di  
sospendere la terapia

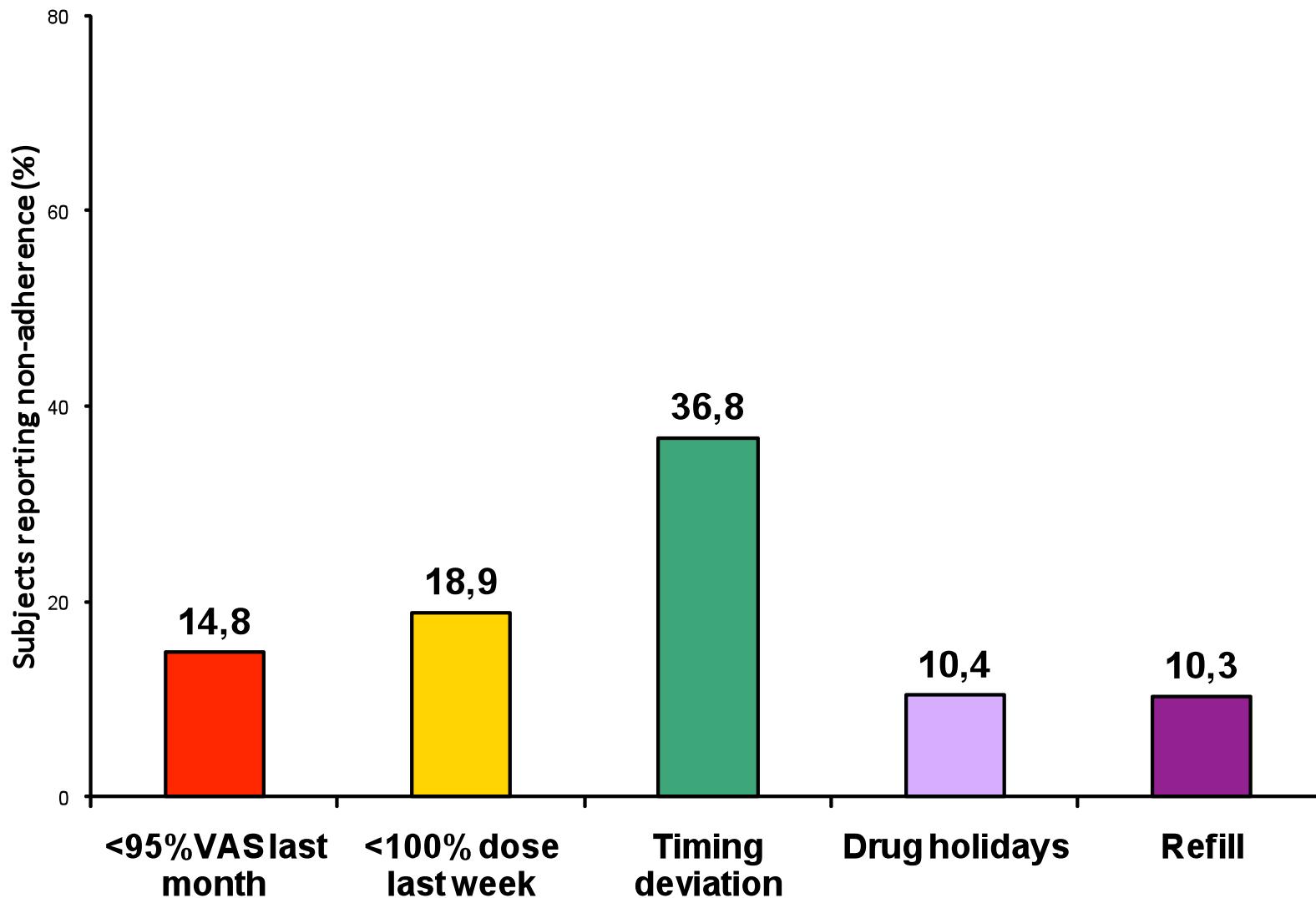


Il virus approfitta anche delle  
minime distrazioni: fai attenzione!

STAI ANDANDO BENE!

| MARTEDÌ            | MERCOLEDÌ | GI                |
|--------------------|-----------|-------------------|
| 1                  |           |                   |
| 5                  | 6         | 7                 |
| FESTA MAMMA        |           | 8 RAFF            |
| 12                 | 13        | 14 H 20:40 CINEMA |
| RAFFREDDORE        |           | 1                 |
| 19                 | 20        | 21 FIERA MILANO   |
| SCORTA VOLO: 17:50 |           | 22 VOLO: 15:00    |
| 26 APP. ANALISI    | 27        | 28                |
|                    |           | 29                |

# PREVALENZA DELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI NON-ADERENZA IN 837 PAZIENTI CON HIV-RNA <50C/ML



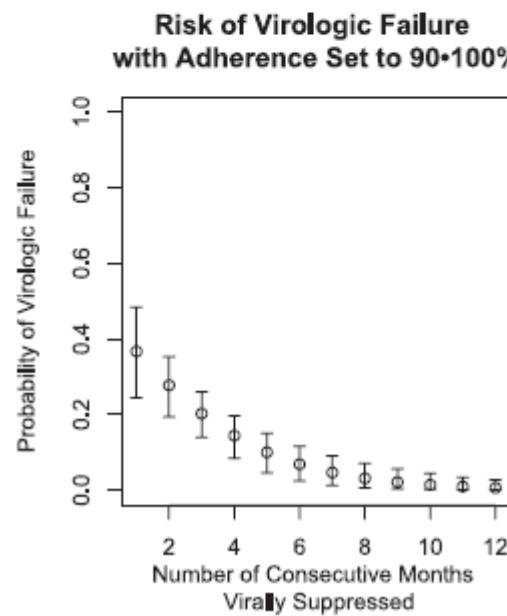
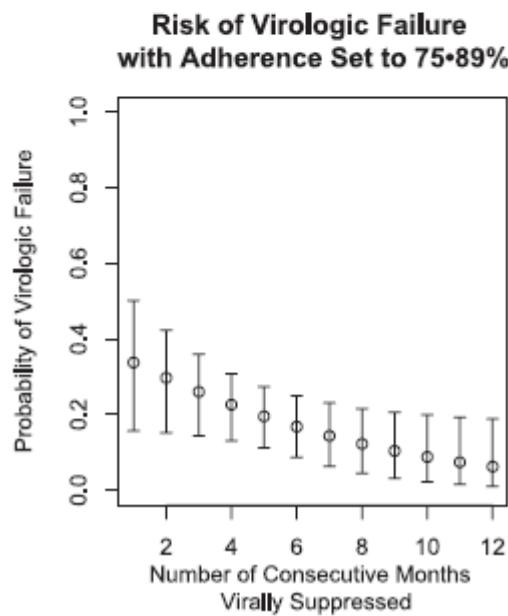
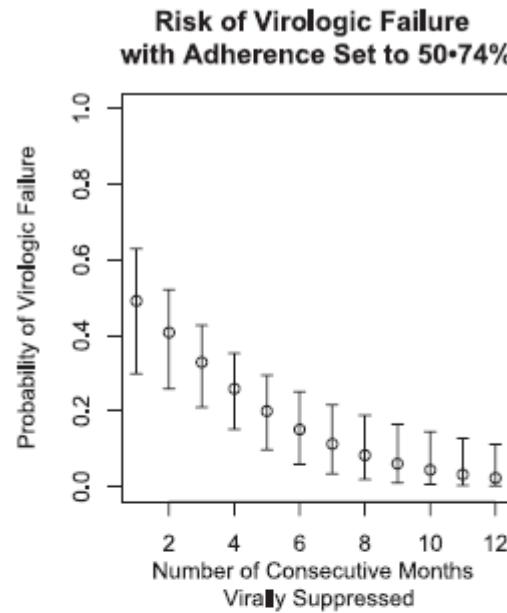
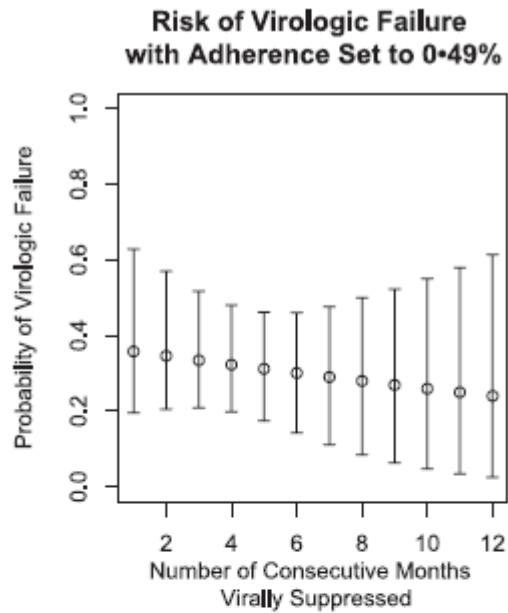
Adriana Ammassari – Personal data

# ELEVATA ADERENZA NELLE INIZIALI FASI DI TERAPIA E' PREDITTIVA DI MIGLIORE ADERENZA FUTURA

Table 2b. Relationship between initial adherence, pattern of adherence during M12–M36 and stable viral suppression (UVL<sub>M28–M36</sub>) (APROCO cohort, n=360)

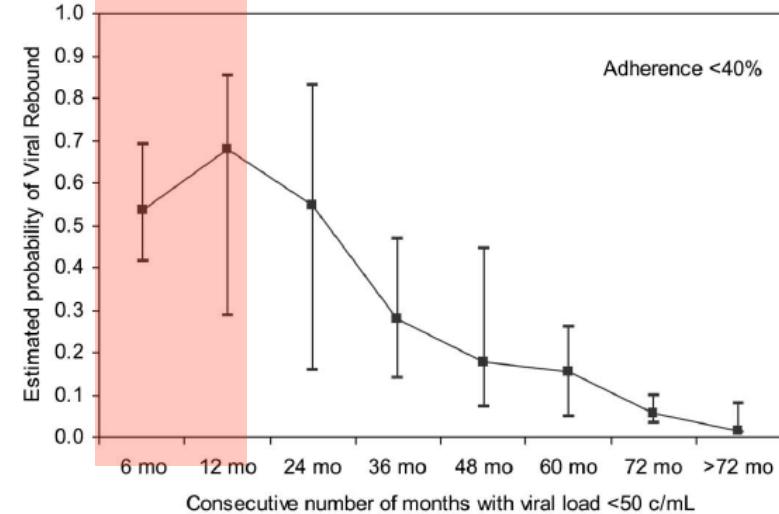
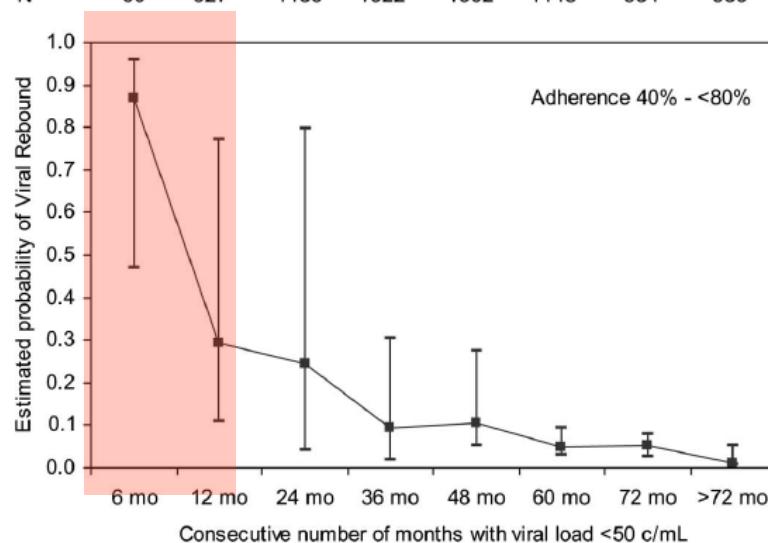
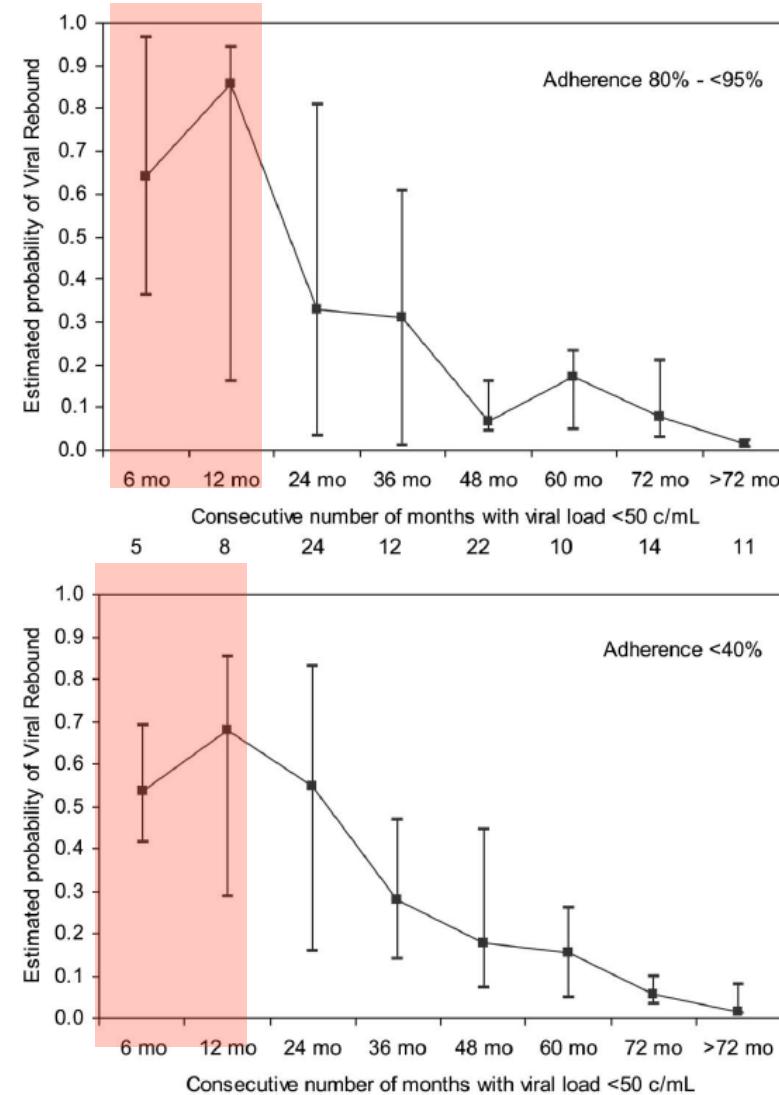
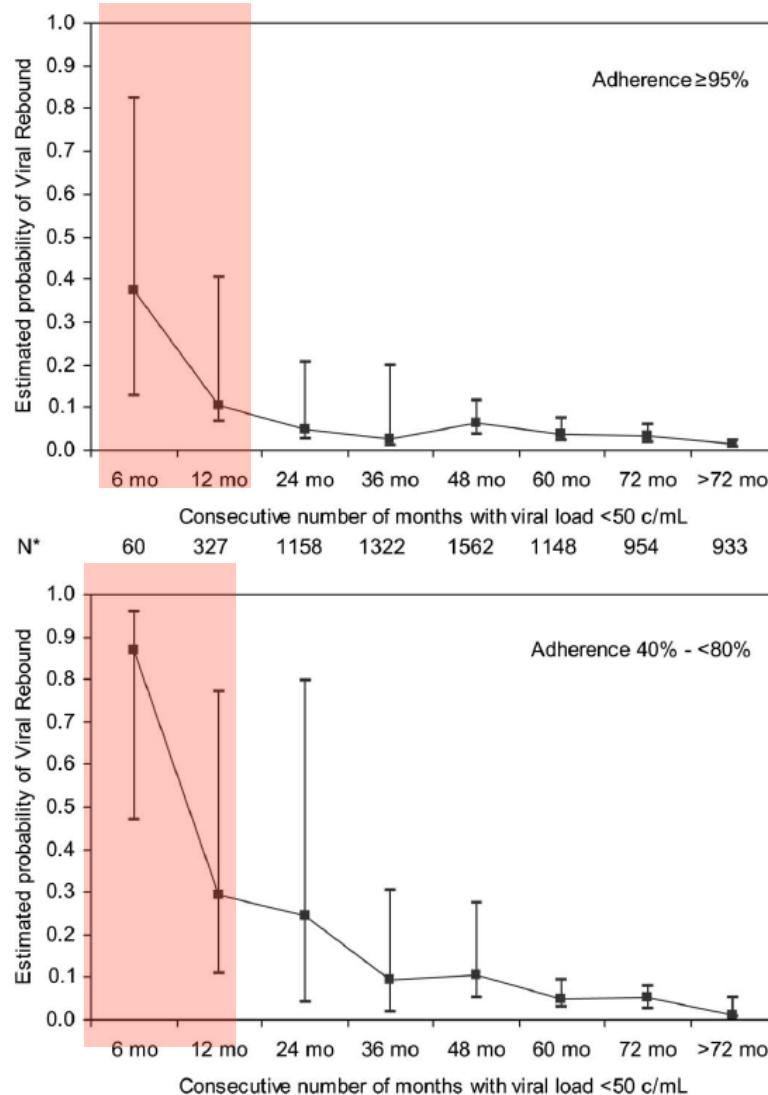
|                             | Adherence at M4      |                             |                         |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------|
|                             | Non-adherent, n (%)* | Moderately adherent, n (%)* | Highly adherent, n (%)* |
| <i>Adherence at M12–M36</i> |                      |                             |                         |
| Non-adherent                | 13 (23.1)            | 28 (17.9)                   | 28 (60.7)               |
| Moderately adherent         | 11 (36.4)            | 59 (52.5)                   | 92 (66.3)               |
| Always highly adherent      | 7 (57.1)             | 29 (44.8)                   | 93 (64.5)               |

\*The percentage refers to the proportion of patients with prolonged viral suppression (UVL<sub>M28–M36</sub>) in each cell.



**Il livello di aderenza  
necessario per  
mantenere la  
soppressione viologica  
si riduce  
con l'aumentare della  
durata del controllo  
ininterrotto della  
replicazione**

# I PRIMI 12-15 MESI DI SOPPRESSIONE IN HAART RIMANGONO I PIÙ VULNERABILI PER LA RIPRESA DELLA REPLICAZIONE



Lima V, et al JAIDS 2010

## IN SINTESI ...

*Il paziente deve sapere che:*

- ✓ La **non-aderenza è un fenomeno variegato** comprendente differenti tipologie di assunzione sub-ottimale della HAART.
- ✓ Presentare una **buona aderenza nelle prime fasi di trattamento** predispone ad una **aderenza migliore** nella fasi successive.
- ✓ All'aumentare del tempo trascorso con viremia plasmatica soppressa si associa una decrescente probabilità di fallimento viologico anche nel contesto di una aderenza subottimale.
- ✓ Il periodo di **maggior vulnerabilità per la ripresa della replicazione virale** sono i primi 18 mesi di raggiungimento di tale condizione.



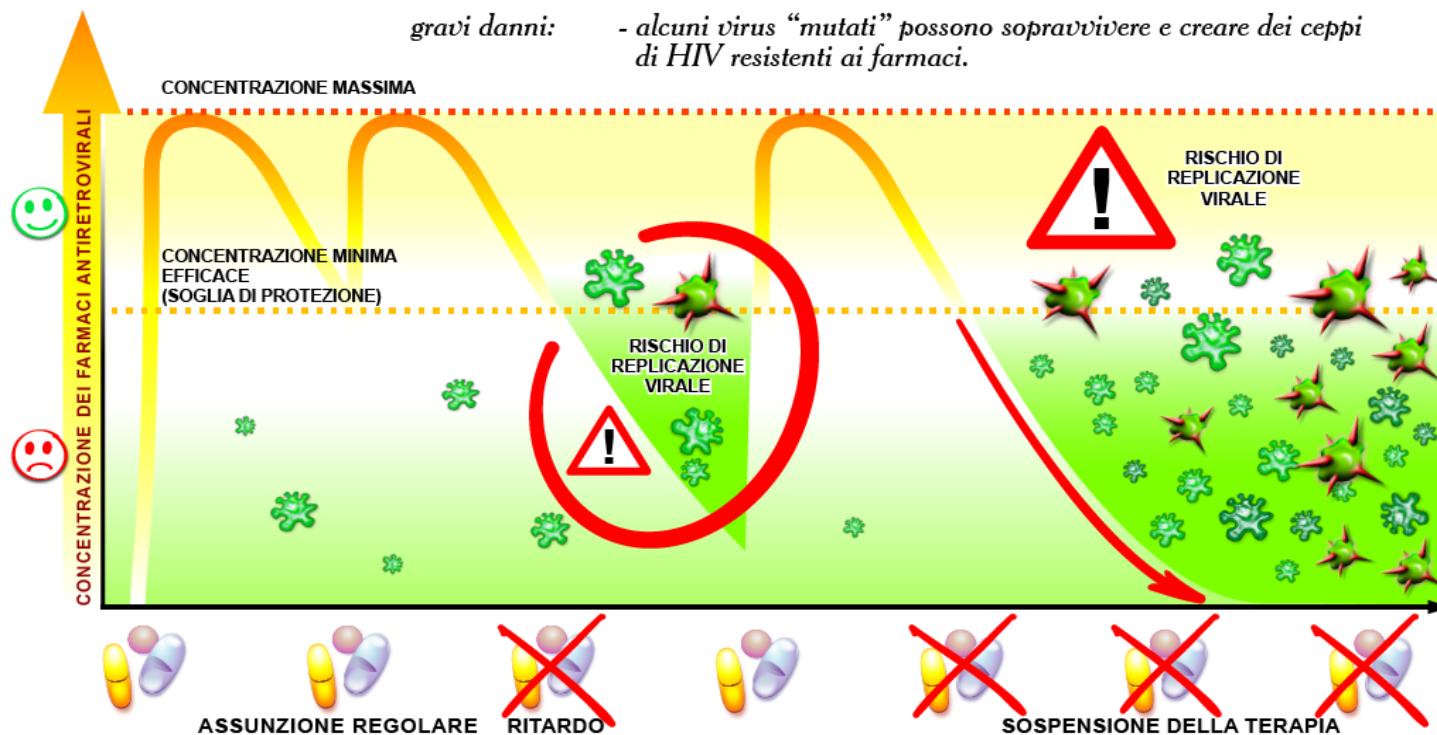
## Quali rischi corro nel prendere male la terapia?

SUPPORT HIV

CON UNA BUONA ADERENZA  
NON CORRI RISCHI

*Saltare dosi, prendere la terapia in ritardo, o addirittura interromperla, può causare gravi danni:*

- il virus può “sfuggire” al controllo dei farmaci e replicarsi;
- replicandosi, il virus può mutare;
- alcuni virus “mutati” possono sopravvivere e creare dei ceppi di HIV resistenti ai farmaci.





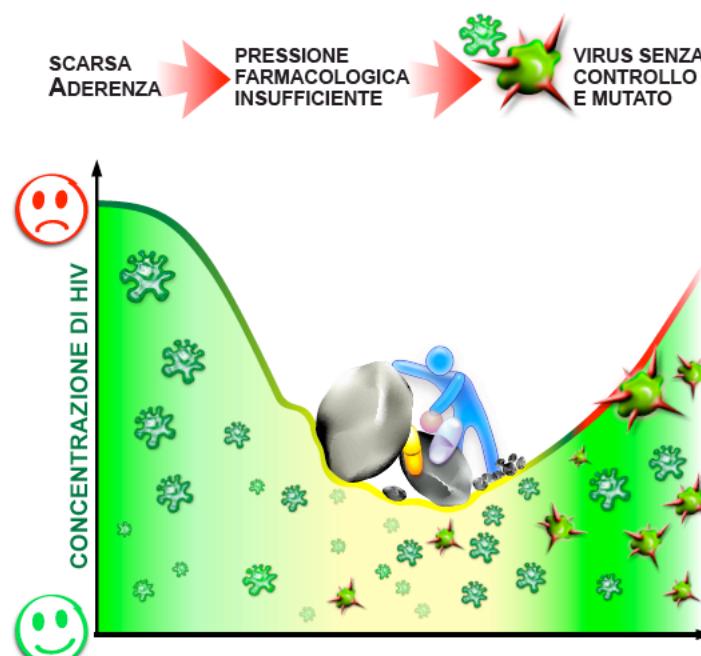
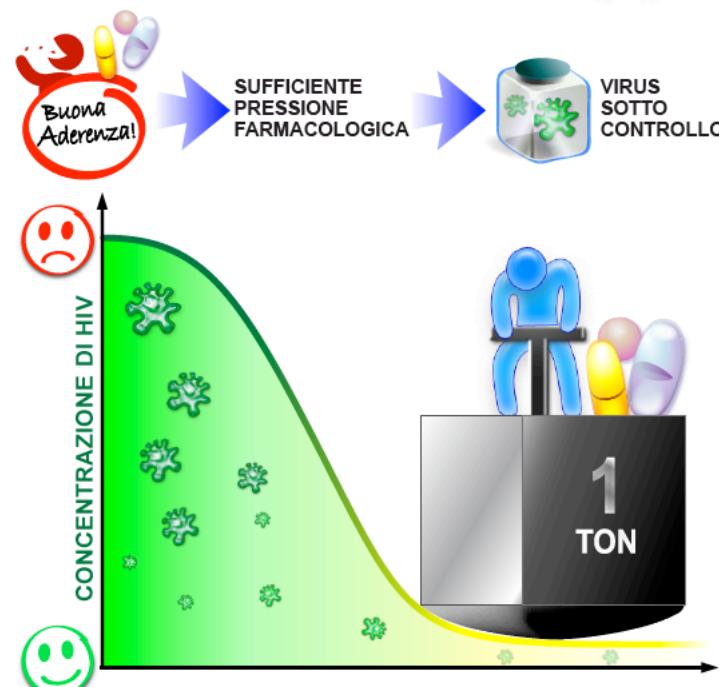
## Cos'è un virus resistente?

SUPPORT HIV

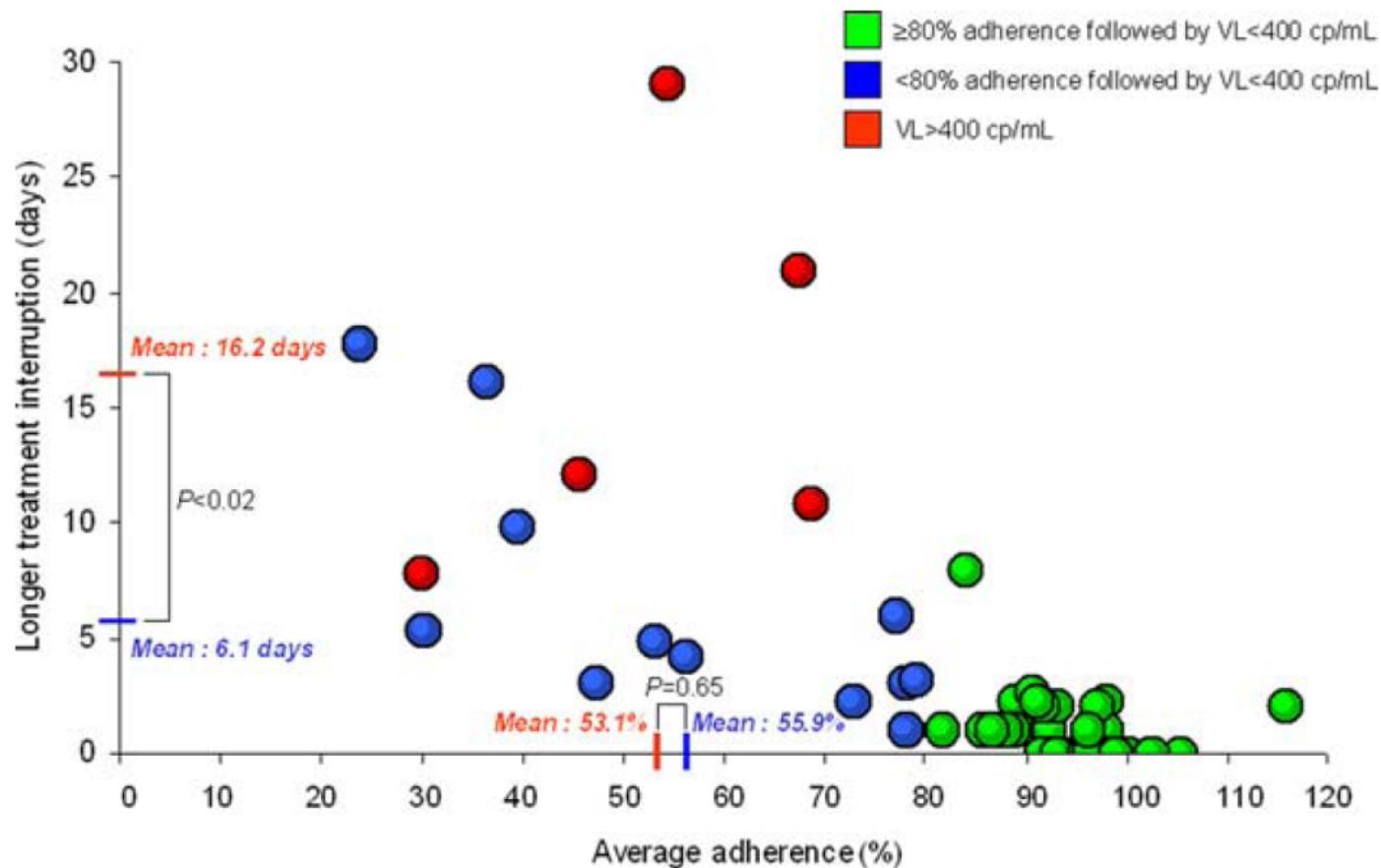
È un virus "mutato", che riesce a sfuggire al controllo dei farmaci.



Una scarsa **Aderenza** rende la pressione farmacologica meno ermetica, quindi più debole: lì compaiono i virus resistenti, che possono prendere il sopravvento, essendo insensibili all'azione dei farmaci.



# GLI NNRTI HANNO UNA BUONA TOLLERANZA NEI CONFRONTI DELLE OMISSIONI DI DOSE, MA SONO MOLTO VULNERABILI ALLE INTERRUZIONI PROLUNGATE DI TERAPIA



## IN SINTESI ...

- ✓ Il counselling sulla aderenza deve essere personalizzato, tenendo conto delle specificità farmacocinetiche e di barriera genetica delle classi antiretrovirali in uso.
- ✓ Tenendo presente le tipologie di non-aderenza e le caratteristiche dei farmaci, devono essere chiarite le vulnerabilità dei singoli regimi, ma anche sottolineati le “libertà” possibili.

Cosa devo fare per avere una buona Aderenza?

SUPPORT HIV

10 BUONI CONSIGLI PER  
NON MANCARE MAI UNA PILLOLA



Assumi le pillole con il **minor numero di somministrazioni al giorno**.



Identifica l'**abitudine più stabile** della tua giornata e unisci l'assunzione della terapia.



Scegli preferibilmente un'abitudine che svolgi **a casa**.



Cerca di assumere la terapia **da un'ora prima a un'ora dopo** l'orario stabilito.



Utilizza un **dispositivo sonoro** per aiutarti a ricordare.



Coinvolgi **familiari o conviventi**: ti aiuteranno nel tuo compito.

Fornisciti di un **portapillole** per portare una dose di "salvataggio" sempre con te.

Non rimanere **mai senza farmaci**.

Se ti capita di "saltare" delle somministrazioni oppure di interrompere la terapia di tua iniziativa, **parlane al tuo medico**.

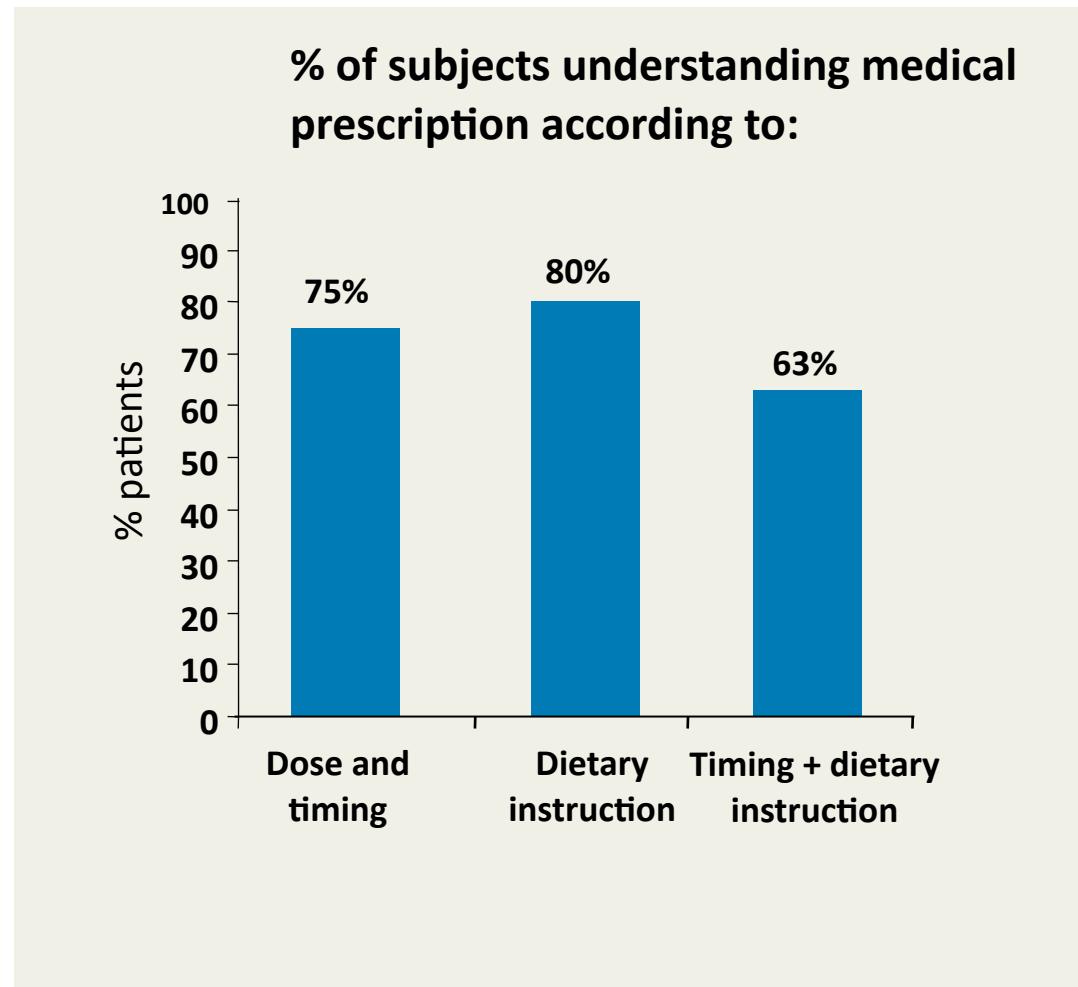
Se hai dei sintomi o effetti collaterali associati alla tua terapia, **chiedi al tuo medico cosa fare**.



## **ARGOMENTI AFFRONTATI AL MOMENTO DELLA PRESCRIZIONE DI UN NUOVO FARMACO**

- Nome del nuovo farmaco 74%
- Necessità di utilizzo 87%
- Durata del trattamento 34%
- Numero di compresse da assumere 55%
- Frequenze delle dosi da assumere 58%
- Effetti collaterali 35%
- Aderenza ?

# IL 20-40% DELLE PERSONE NON COMPRENDE TUTTE LE INDICAZIONI CONTENUTE NELLA PRESCRIZIONE ANTIRETROVIRALE



Stone V et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2001

# PIANIFICARE LA TERAPIA NELLA VITA QUOTIDIANA È FONDAMENTALE PER LA BUONA ADERENZA

TABLE 5. MULTIVARIATE ANALYSIS OF VARIABLES SIGNIFICANTLY RELATED TO LESS THAN 90% ADHERENCE TO MEDICATIONS (N = 2478<sup>a</sup>)

| SAT domain              | Variable                                                                       | Multivariate odds ratio<br>(95% CI) <sup>b</sup> | p       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|
| Contextual Factors      | Black/African American                                                         | 1.62 (1.32–1.97)                                 | <0.0001 |
|                         | In primary relationship                                                        | 1.50 (1.24–1.82)                                 | <0.0001 |
|                         | Number of doses per day                                                        | 1.32 (1.07–1.63)                                 | 0.011   |
|                         | Total symptom bother                                                           | 1.01 (1.00–1.02)                                 | 0.008   |
|                         | Current crack cocaine use                                                      | 1.34 (1.04–1.72)                                 | 0.021   |
|                         | Injection drug use (past year)                                                 | 1.91 (1.36–2.68)                                 | 0.0002  |
|                         | Homeless/shelter (past year)                                                   | 1.38 (1.02–1.85)                                 | 0.035   |
| Self-Regulation Factors | Adherence self-efficacy                                                        | 0.97 (0.97–0.98)                                 | <0.0001 |
|                         | It is hard to fit my medications into my daily routine.                        | 1.40 (1.24–1.57)                                 | <0.0001 |
|                         | I have figured out ways to manage side effects from medications.               | 0.87 (0.80–0.95)                                 | 0.002   |
|                         | I am tired of taking medications.                                              | 1.11 (1.02–1.21)                                 | 0.016   |
|                         | If I did not take ART medications as prescribed, the virus would get stronger. | 0.82 (0.72–0.93)                                 | 0.002   |

## **LA ROUTINE QUOTIDIANA PUÒ RADICALMENTE CONDIZIONARE L'ADERENZA ALLA TERAPIA**

La routine quotidiana è:

1. La vita di ogni giorno;
2. Lo stile di vita:
  - più adatto alle esigenze organizzative (tempi dedicati);
  - più appropriato alle abitudini alimentari / sonno-veglia;
  - più compatibile con le risorse economiche disponibili.
3. Fortemente condivisa con l'ambiente familiare, lavorativo e sociale;
4. Sostanzialmente “immutabile”;
5. ANTECEDENTE ALL'INFEZIONE DA HIV!!!

---

## Time, self and the medication day: a closer look at the everyday work of ‘adherence’

Liza McCoy

*Department of Sociology, University of Calgary, Canada*

1. Time work: allineamento temporale tra tempo interiore, orario e schedula posologica
2. Allineamento temporo-spaziale del farmaco con il paziente
3. Emotional work: soppressione della ansia, paura e rabbia
4. Self work / self-examination / self-adjustment

anger and resistance. Both the time work and the emotional work of taking antiretroviral drugs draw people into forms of self work, including self-examination and self-adjustment, as they develop strategies for ‘doing adherence’.



# UNA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA CHIARA, COMPRENSIBILE E ADATTA AL SINGOLO PAZIENTE

SUPPORT<sup>HIV</sup>

## PRESCRIZIONE

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_



| ORARIO | FARMACO               | FARMACO               | FARMACO               | FARMACO               | FARMACO               |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5:00   | <input type="radio"/> |
| 6:00   | <input type="radio"/> |
| 7:00   | <input type="radio"/> |
| 8:00   | <input type="radio"/> |
| 9:00   | <input type="radio"/> |
| 10:00  | <input type="radio"/> |
| 11:00  | <input type="radio"/> |
| 12:00  | <input type="radio"/> |
| 13:00  | <input type="radio"/> |
| 14:00  | <input type="radio"/> |
| 15:00  | <input type="radio"/> |
| 16:00  | <input type="radio"/> |
| 17:00  | <input type="radio"/> |
| 18:00  | <input type="radio"/> |
| 19:00  | <input type="radio"/> |
| 20:00  | <input type="radio"/> |
| 21:00  | <input type="radio"/> |
| 22:00  | <input type="radio"/> |
| 23:00  | <input type="radio"/> |
| 00:00  | <input type="radio"/> |
| 1:00   | <input type="radio"/> |
| 2:00   | <input type="radio"/> |
| 3:00   | <input type="radio"/> |
| 4:00   | <input type="radio"/> |

## 10 BUONI CONSIGLI PER NON MANCARE MAI UNA PILLOLA

-  Assumi le pillole con il **minor numero di somministrazioni al giorno**.
-  Identifica l'**abitudine più stabile** della tua giornata e unisci l'assunzione della terapia.
-  Scgli preferibilmente un'abitudine che **svolgi a casa**.
-  Cerca di assumere la terapia **da un'ora prima a un'ora dopo** l'orario stabilito.
-  Utilizza un **dispositivo sonoro** per aiutarti a ricordare.
-  Coinvolgi **familiari o conviventi**: ti aiuteranno nel tuo compito.
-  Fornisciti di un **portapillole** per portare una dose di "salvataggio" sempre con te.
-  Non rimanere mai senza farmaci.
-  Se ti capita di "saltare" delle somministrazioni oppure di interrompere la terapia di tua iniziativa, **parlane al tuo medico**.
-  Se hai dei sintomi e effetti collaterali associati alla tua terapia, **chiedi al tuo medico cosa fare**.

Dott./Prof. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapiti \_\_\_\_\_

# SUPPORT HIV

## PRESCRIZIONE

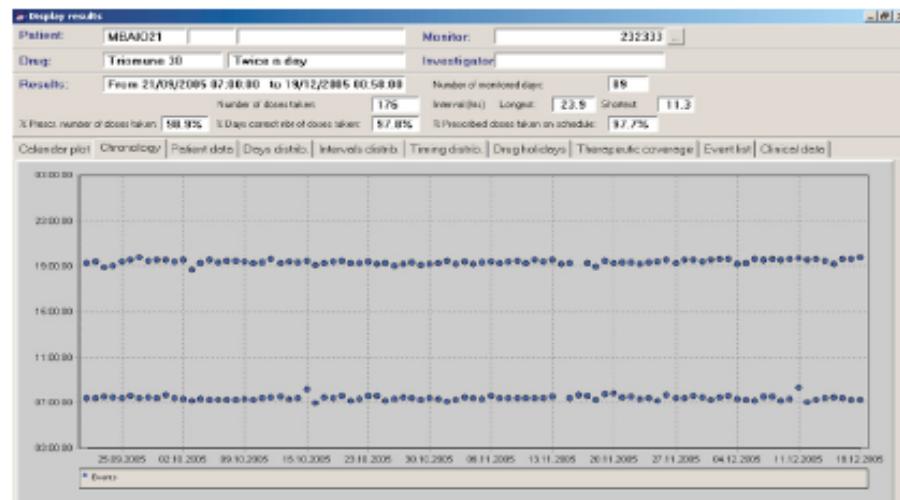
Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

| ORARIO |                                                                              | FARMACO | FARMACO | FARMACO |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| 5:00   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>            |         |         |         |
| 6:00   | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |         |         |         |
| 7:00   | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |         |         |         |
| 8:00   | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |         |         |         |
| 9:00   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |         |         |         |

# UN DISPOSITIVO PER ASSUMERE LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE AD ORARIO SENZA OROLOGIO



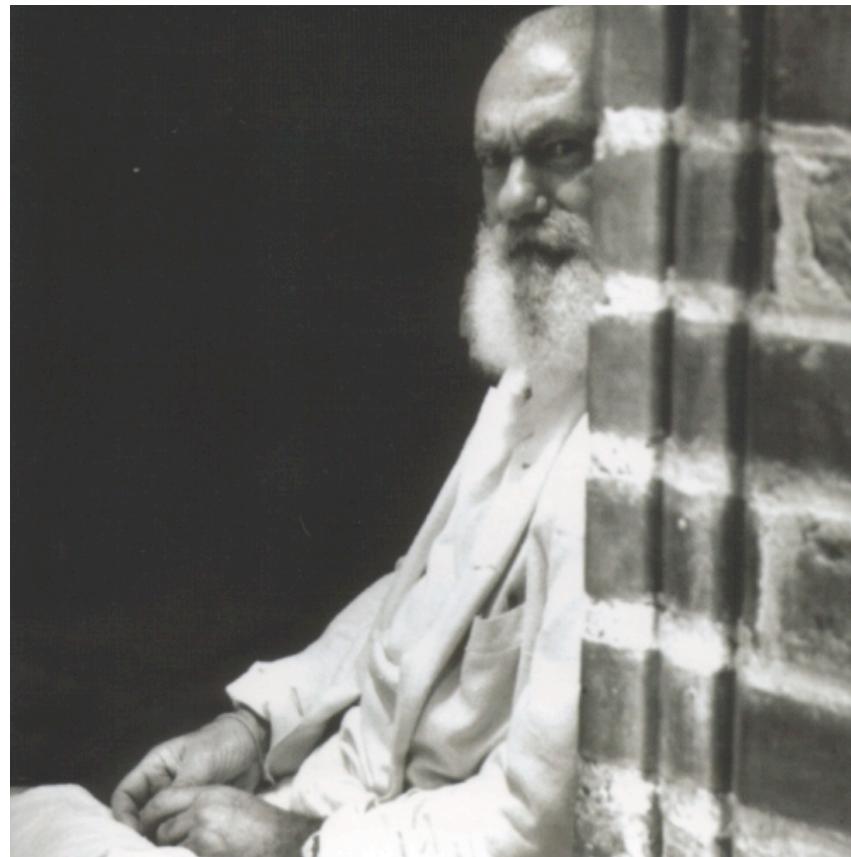
DOI: 10.1371/journal.pmed.0030161.g001

**Electronic medication monitor adherence record of time of bottle openings for morning and evening doses**

## **IN SINTESI ...**

E' tassativo elaborare, congiuntamente medico e paziente, una collocazione dettagliata e individualizzata della terapia nella vita quotidiana della singola persona cercando di ridurre al minimo l'attrito con i "tempi individuali e sociali".

**“I medici possono essere dei buoni consiglieri, ma la decisione finale sul che fare o non fare tocca al paziente perché quella decisione, in ultima analisi, non è né scientifica, né pratica. E’ esistenziale.”**



Terzani T. “Un altro giro di giostra” 2003

