

**75° CONGRESSO
NAZIONALE**



Potenziare la medicina generale per migliorare l'Active Ageing

1-6 ottobre 2018

Complesso Chia Laguna - Domus de Maria (CA)

Saper Comunicare

Daniela Livadiotti



WHO

ADERENZA TERAPEUTICA

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità è definibile
come

*”grado di effettiva coincidenza tra il comportamento
individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute
dal personale sanitario curante”*

Questo concetto si riferisce sia alle prescrizioni
farmacologiche, che alle indicazioni relative allo stile di vita.

Il paziente è considerato aderente al trattamento quando
*assume o compie più dell'80% del farmaco prescritto e/o delle
azioni consigliate (Colivicchi-Abrignani,2008)*



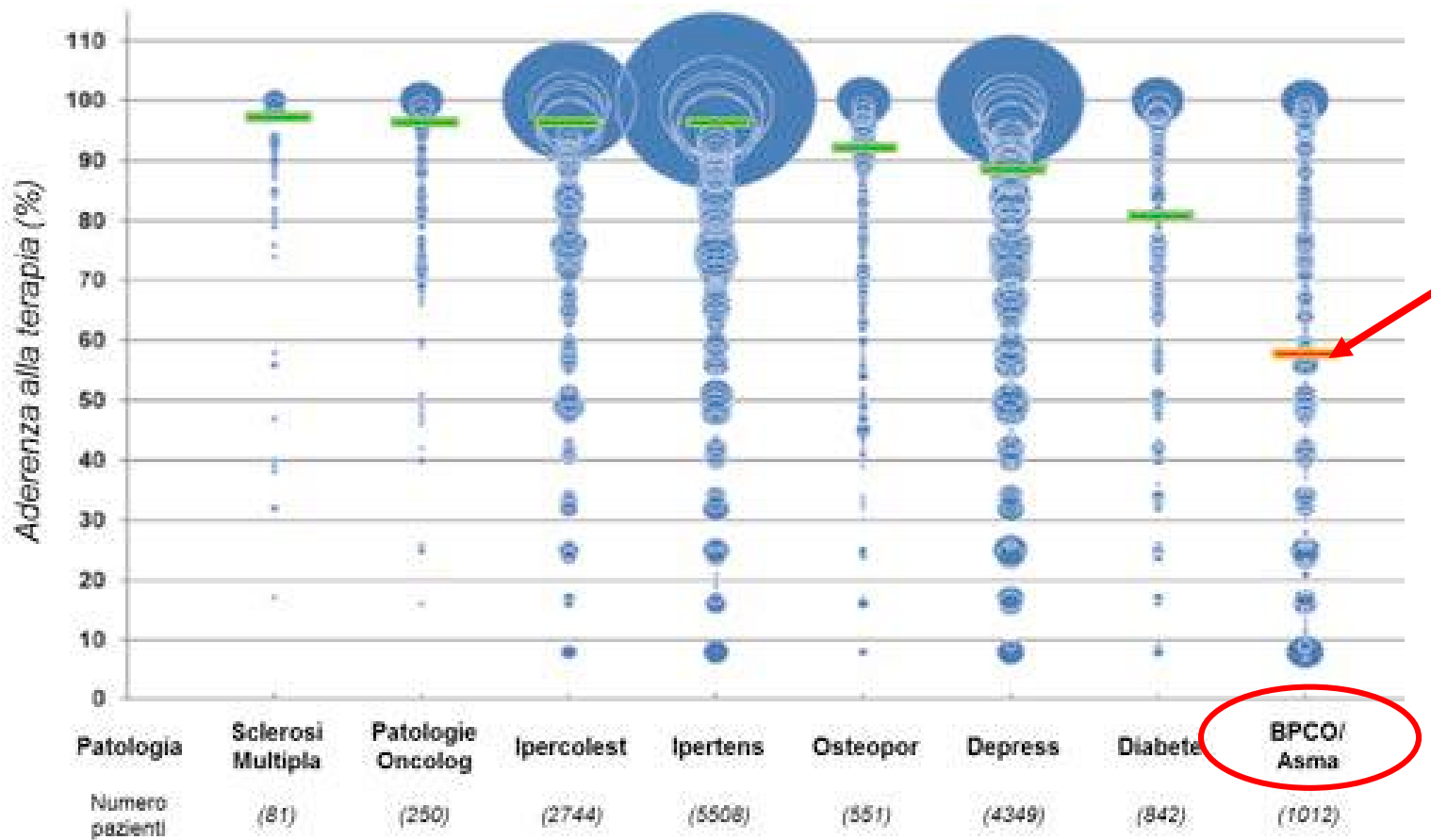
WHO

ADERENZA TERAPEUTICA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha
affermato che

«massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare l'aderenza può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute della popolazione di qualunque altro progresso terapeutico»

ADERENZA TERAPEUTICA



Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, et al. *Patient characteristics associated with medication adherence*. Clin Med Res 2013

ADERENZA TERAPEUTICA

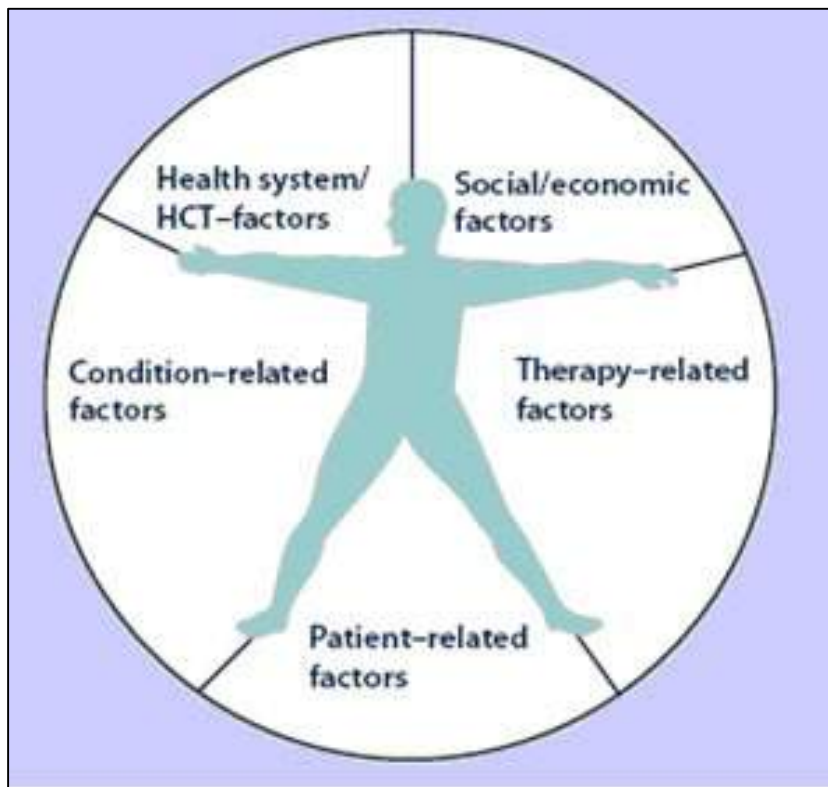


La percentuale di pazienti aderenti è risultata del **13,9%**

L'aderenza è migliore al Nord, nei soggetti di sesso maschile (17,9% rispetto al 10,7% del genere femminile), nei pazienti già in trattamento (33,2% rispetto al 2,5% dei pazienti nuovi al trattamento), e nei pazienti con esacerbazioni (18,6% rispetto al 10,2% dei pazienti senza esacerbazioni); inoltre migliora all'aumentare dell'età.

Ogni paziente assume in media la terapia per 3 mesi l'anno

LE 5 DIMENSIONI DELL'ADERENZA



Il problema deve essere affrontato valutando i diversi punti di vista:

- del **Paziente**
- del **Medico**
- della **Società**

Adherence to long-term therapies- Evidence for action. *World Health Organization* 2003

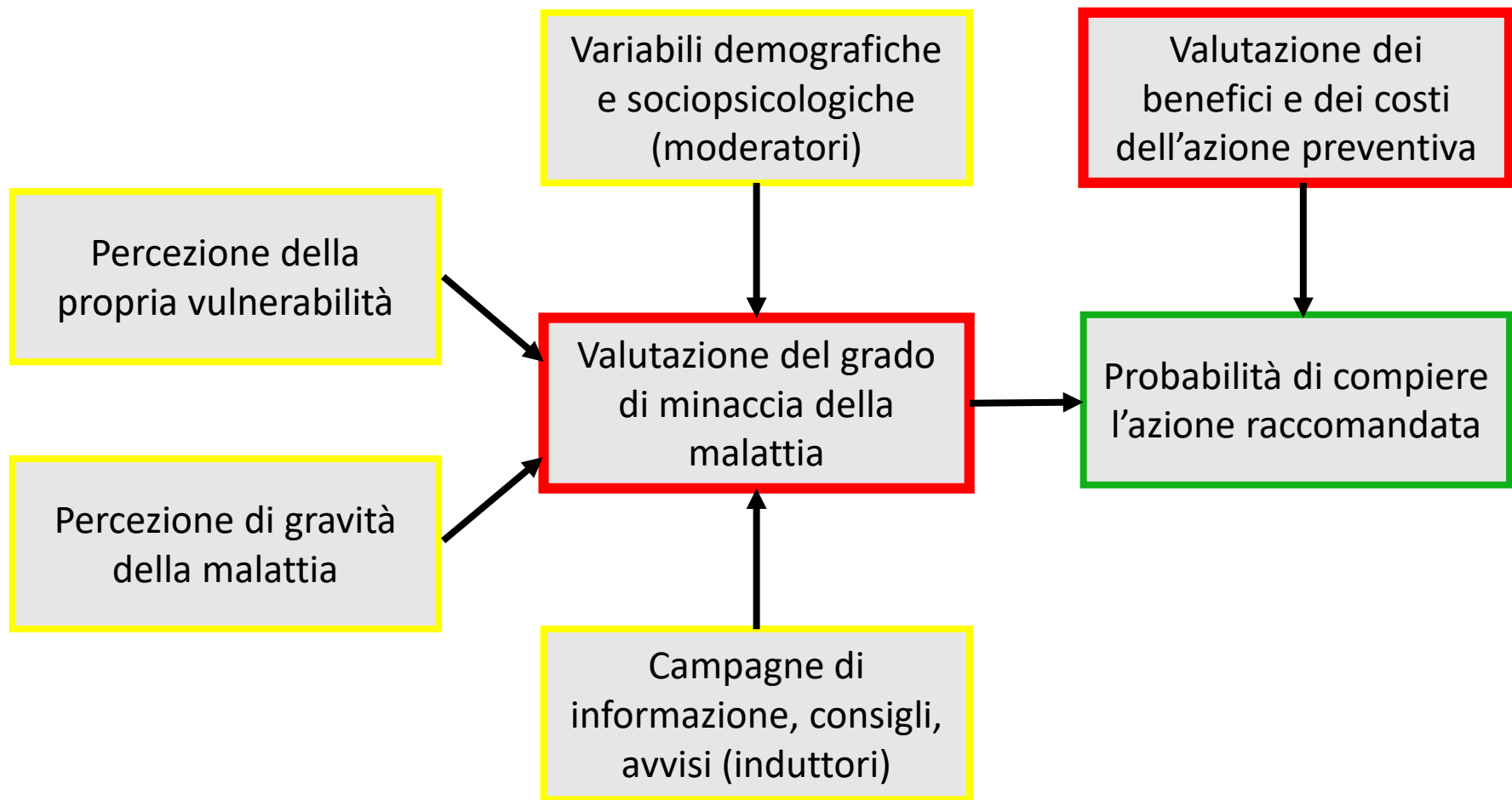


ADERENZA TERAPEUTICA

Nell'ambito della BPCO i fattori che ostacolano l'aderenza sono molteplici:

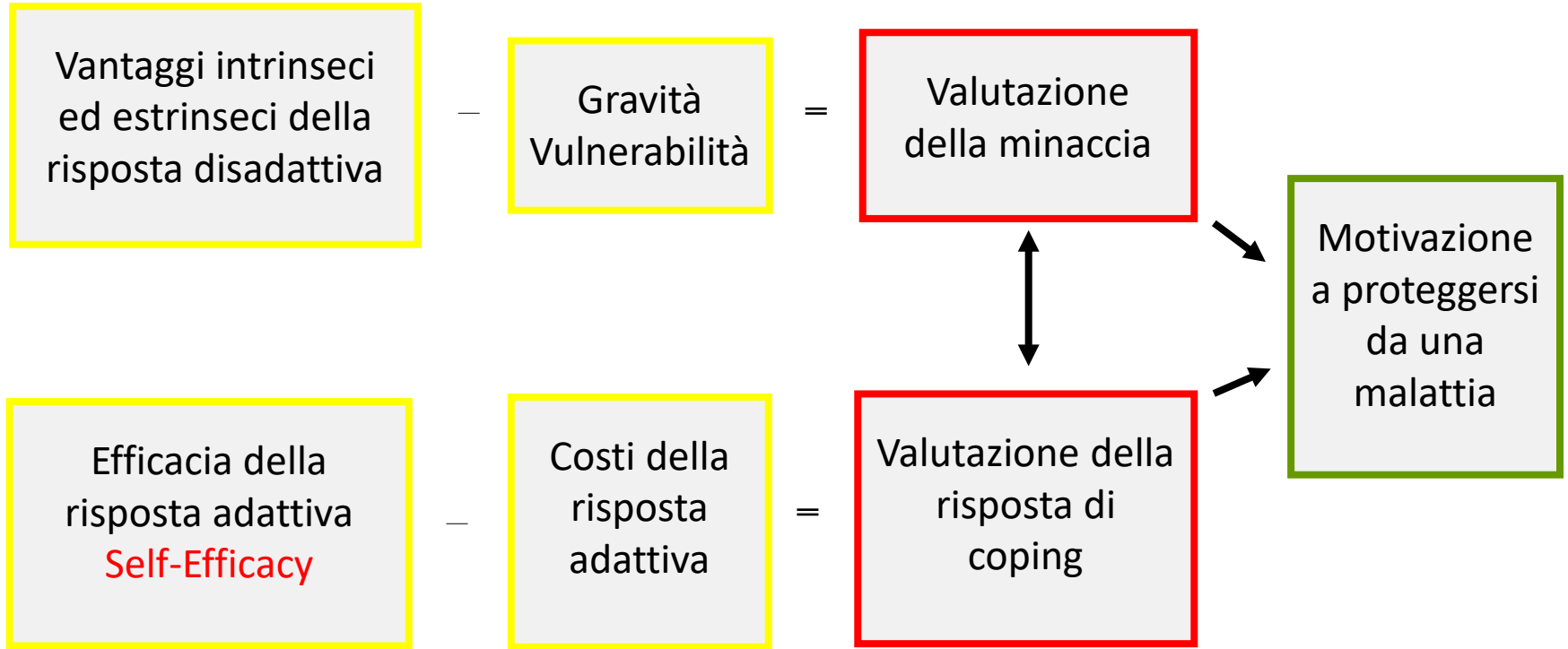
- inadeguata conoscenza della malattia da parte del paziente
- abitudine ai sintomi e mancata percezione degli stessi
- sottostima dei sintomi
- insufficiente comunicazione con il paziente e **scarsa attitudine del medico alla comunicazione efficace**

MODELLO DELLE CREDENZE SULLA SALUTE



Rosenstock I.M., Becker M.H. *The health belief model and personal health behavior.*
Health Education Monographs, 1974

TEORIA DELLA MOTIVAZIONE A PROTEGGERSI



Rippetoe P.A., Rogers R.W. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987



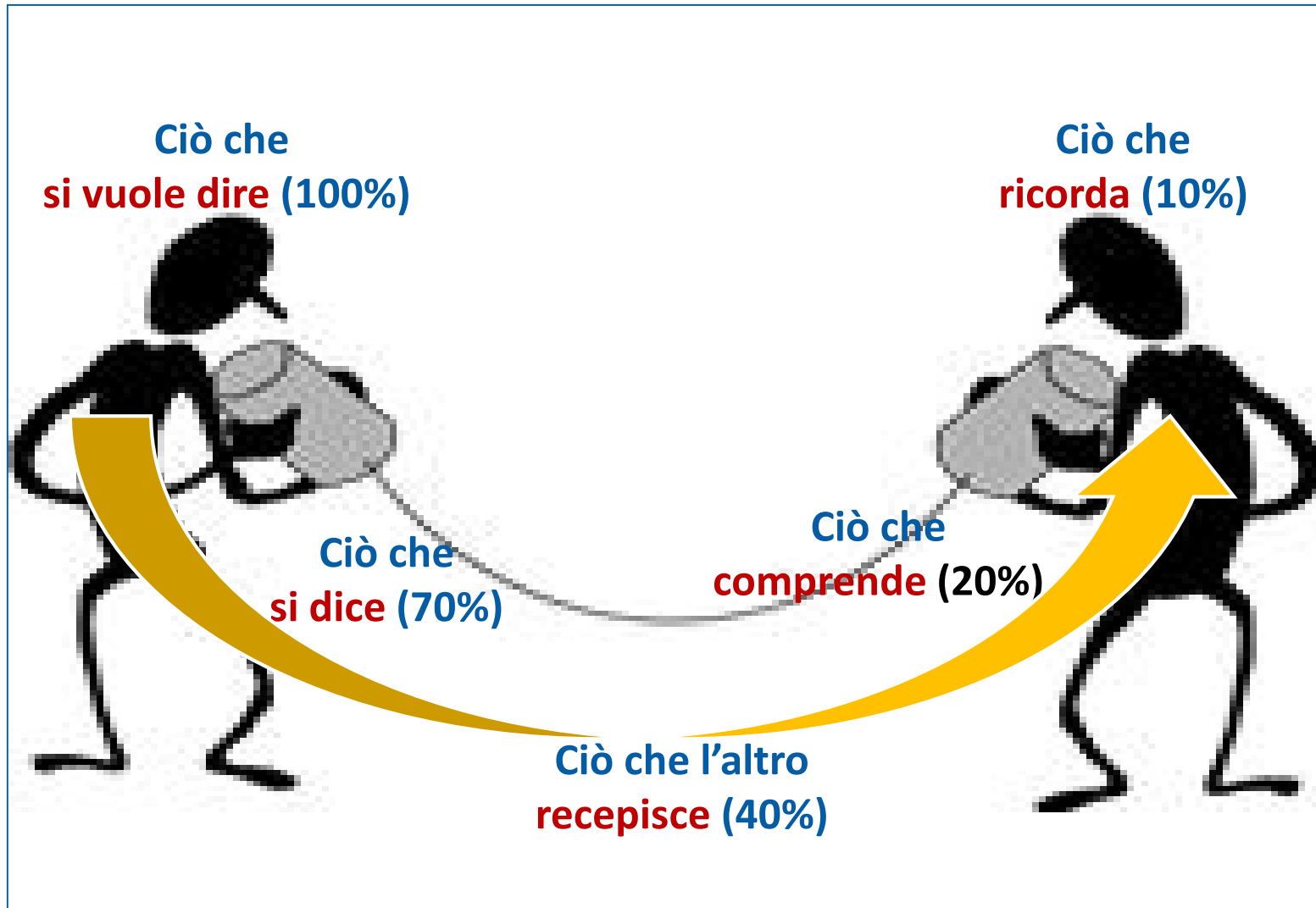
PER COMUNICARE MEGLIO OCCORRE...

1. **Comprendere la complessità e la problematicità della comunicazione**
2. **Adottare alcuni accorgimenti pratici**
3. **Conoscere le barriere della comunicazione**



**La comunicazione è....
un colabrodo
(Umberto Eco)**

L'ARCO DI DISTORSIONE



COMUNICAZIONE BIDIREZIONALE



«Nel caso della comunicazione simmetrica e circolare, è difficile distinguere nettamente emittente da ricevente, piuttosto ogni persona è un partecipante» (Rogers 1986)

ACCORGIMENTI PRATICI

- 1. Esprimere un solo concetto alla volta**
- 2. Ripetere più volte le informazioni più rilevanti**
- 3. Parlare rivolgendosi al paziente**
- 4. Fare in modo che le informazioni più importanti da ricordare vengano comunicate all'inizio e alla fine del discorso**
- 5. Usare un linguaggio il più possibile vicino a quello realisticamente comprensibile dal paziente**
- 6. Portare esempi pratici**
- 7. Accertarsi che il paziente abbia capito invitandolo a riassumere i concetti principali e i passi della terapia**
- 8. Non dare mai nulla per scontato**



*CIÒ CHE È CHIARO
PER CHI PARLA
NON È DETTO CHE LO SIA
PER CHI ASCOLTA*



Adgh rty ozv
rtlk vfg

**Quello che,
chi parla,
comunica**



dgft
tdu mna

hyk



**Quello che,
chi ascolta,
percepisce**



⌘ ⌘ ⌘ ⌘ ⌘
⌘ ⌘ ⌘

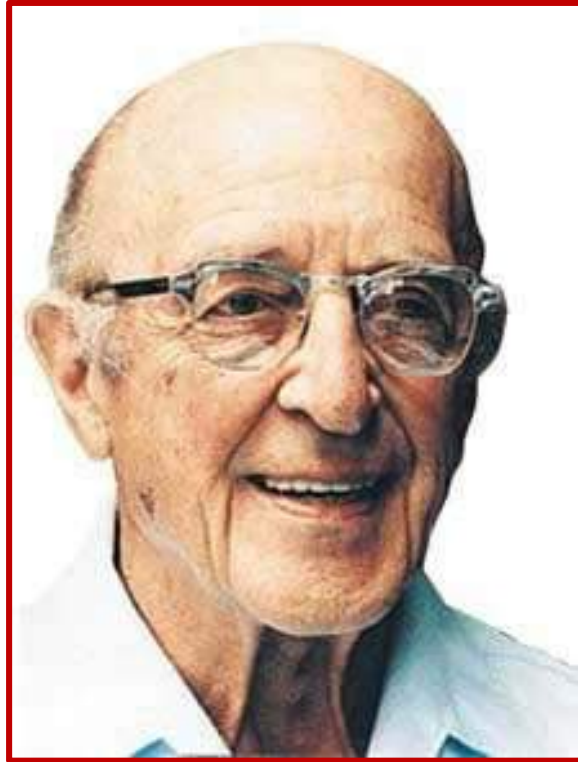
**Quello che,
chi parla,
vuol dire**



γφε κλῖ κ
θωερ υιοπ

**Quello che,
chi ascolta,
pensa che, chi parla, vuol dire**

CAPACITÀ DI ASCOLTO



Carl Rogers
1902 - 1987

«L'incapacità dell'uomo di comunicare è il risultato della sua incapacità di ascoltare davvero ciò che viene detto»

CAPACITÀ DI ASCOLTO

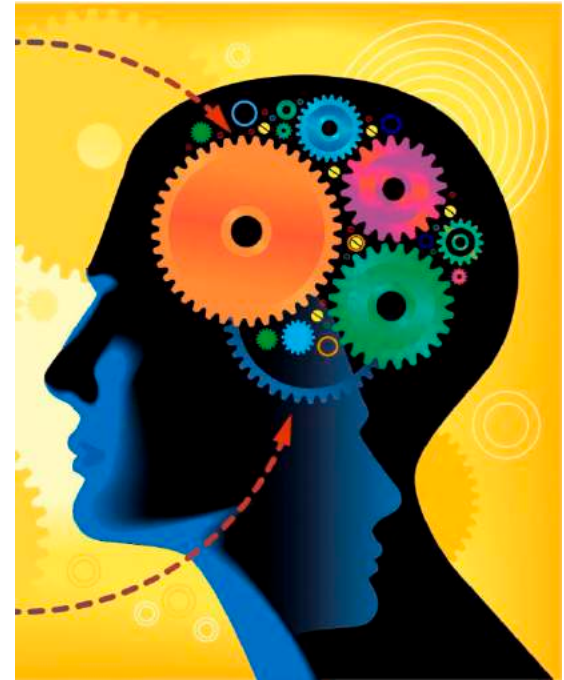
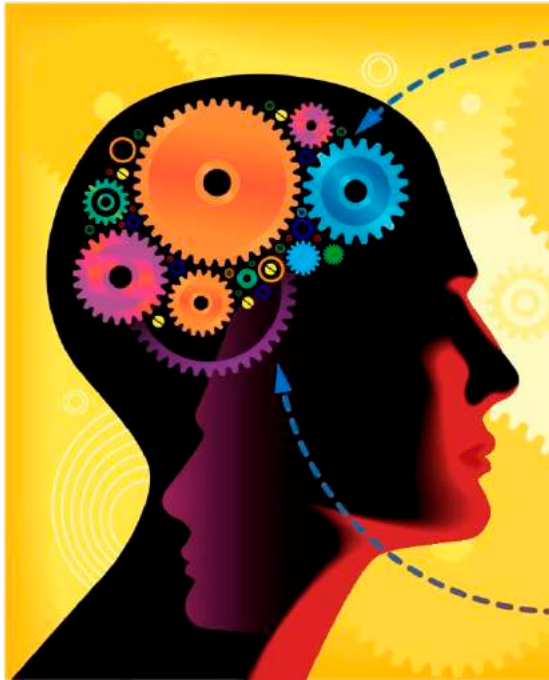
➤ **Lasciare spazio al paziente**

➤ **Dimostrare di prestare attenzione**

➤ **Incoraggiare il paziente ad esprimersi**

➤ **Imparare a rispettare i silenzi del paziente**

➤ **Cercare di individuare dubbi e domande non espresse**



LE DOMANDE



Possono avere una funzione

- Aggiuntiva
- Di precisazione

DOMANDE CHIUSE



Richiedono una risposta precisa, un range ristretto di informazioni di ritorno. Si utilizzano quando si deve ottenere un dato, un'informazione chiara e definita

- *High control style*
- *Meccanismo dell'induzione della risposta*
- *Domande chiuse multiple*
- *Domande chiuse concatenate*

DOMANDE APERTE



Richiedono una risposta articolata e permettono di indagare:

- *Il mondo personale del paziente*
- *Il mondo che ruota intorno al paziente*
- *Le soluzioni che il paziente ha immaginato*

USO DELLE DOMANDE



- **Formulare le domande con voce chiara e lentamente**
- **Fare domande brevi e semplici**
- **Utilizzare un linguaggio vicino a quello del paziente**
- **Non abusare delle domande**

BARRIERE DELLA COMUNICAZIONE



Thomas Gordon (1918-2002)

**Modalità comunicative che peggiorano
la comunicazione stessa ed ottengono
risultati opposti a quelli desiderati**

BARRIERE DELLA COMUNICAZIONE

Thomas Gordon (1970)





Konrad Lorenz

DIRE... non significa essere ascoltati

ASCOLTARE... non significa capire

CAPIRE... non significa essere d'accordo

ESSERE D'ACCORDO... non significa fare

EMPOWERMENT

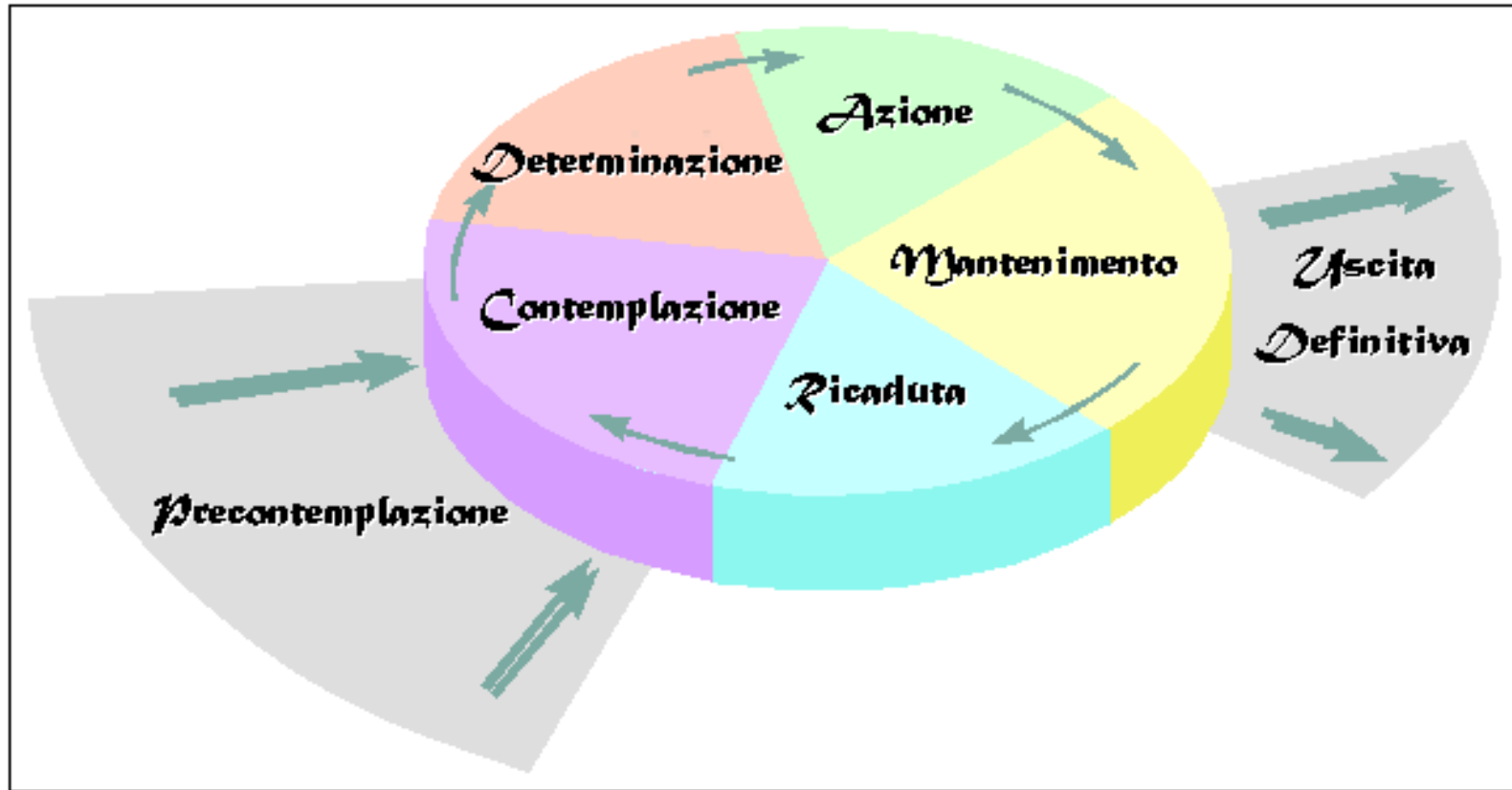
- Le azioni promosse devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione: le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment)
- pertanto occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento e sia nelle fasi successive di mantenimento



“Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente degli altri”

Blaise Pascal

STADI DEL CAMBIAMENTO



Prochaska J.O., Di Clemente C.C. *Psychotherapy, theory, research and practice*, 1982

STRATEGIE PER MIGLIORARE L'ADERENZA

- Valutare le abilità cognitive del paziente e su queste tarare il colloquio
- Più il paziente è informato e responsabilizzato più è probabile che metta in atto quanto è stato programmato
- Cercare di capire il punto di vista del paziente, i suoi bisogni, le sue preoccupazioni, le sue aspettative
- Incoraggiare i pazienti a fare domande

STRATEGIE PER MIGLIORARE L'ADERENZA

- **Esporre le possibilità terapeutiche ed accertarsi che il paziente abbia compreso**
- **Dare istruzioni chiare, concrete, verbali e scritte**
- **Impostare la terapia tenendo conto delle abitudini quotidiane**
- **Semplificare la terapia**
- **Riesaminare la terapia ad ogni contatto**
- **Esaminare gli eventuali effetti collaterali ed eventualmente considerare variazioni terapeutiche**

Grazie per l'attenzione