

L'ADERENZA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

L'uso di domande chiuse dirette nel colloquio per indagare tale area può generare *induzione della risposta*.

Es: "Ha assunto i farmaci prescritti?"

Il paziente potrebbe essere indotto sia dalla struttura della formulazione della domanda, che dal non verbale, che la accompagna, a rispondere "sì" pur non essendo la risposta vera o completamente vera.

La prima ragione risiede nel possibile giudizio negativo che il paziente immagina insito nella domanda qualora rispondesse di no.

Se anche rispondesse "sì", la domanda chiusa non apre ulteriori esplorazioni della tematica e non invita il paziente a raccontare le possibili difficoltà incontrate nell'assunzione della terapia.

Le altre motivazioni sono legate alla genericità dell'informazione richiesta nella domanda:

- di quali farmaci si parla?

Se il paziente prende più di un farmaco può essere aderente alla terapia per uno di questi farmaci e non aderente per un altro.

Da qui discende che si perdono delle informazioni riguardanti le risorse che il paziente utilizza nell'aderenza a un farmaco e che non riesce, attraverso strategie di *coping*, a utilizzare per un altro farmaco.

E' dunque necessario la *focalizzazione* dell'indagine da parte del medico su un aspetto preciso della terapia.

- non viene dettagliato il tempo di analisi dell'aderenza.

Se per esempio la visita avviene dopo un mese dall'ultimo controllo, il paziente può essere stato aderente alla terapia per un certo periodo e poi può non essere riuscito a sostenerla.

Anche in questo caso si perdono informazioni che riguardano l'*autoefficacia* e il *locus of control* (convinzioni di un individuo circa la propria capacità di esercitare un controllo diretto sugli eventi che gli occorrono e il suo comportamento rispetto a quelle stesse situazioni) del paziente nel periodo dell'aderenza e non vengono indagati gli elementi che sono subentrati successivamente, di conseguenza sfuggono i dati sui quali lavorare per superare il problema.

Vengono sostanzialmente a mancare i contenuti dell'esperienza vissuta dal paziente sia in negativo, ossia le difficoltà incontrate, sia in positivo, ovvero le risorse precipue del paziente nei momenti durante i quali la terapia è stata assunta.

In definitiva una domanda di tipo chiuso e diretto sulla aderenza ai farmaci comporta il mancato accesso a informazioni importanti per l'analisi dell'aderenza stessa e per i dati dai quali partire per superare il problema e stabilire obiettivi di cambiamento.

Inoltre può generare la percezione nel paziente di essere giudicato con ripercussioni sulla relazione e l'alleanza con il medico curante.

La domanda chiusa diretta che riguarda la terapia contiene in sé gli assunti che la terapia sia stata data precedentemente in modo chiaro, che il paziente l'abbia compresa e si dà per scontato che il malato sia disponibile a seguire le prescrizioni.

L'utilizzo delle tecniche di *counseling* risulta di estrema importanza per rilevare le ragioni dei pazienti che *intenzionalmente* non sono aderenti.

In questo caso la mancata assunzione della terapia non è frutto di dimenticanze, ma di una scelta deliberata.



E' il caso di pazienti che, per esempio in terapia da molto tempo, vogliono sperimentare se la cura è ancora necessaria e deliberatamente interrompono la terapia, è il caso di pazienti che non accettano la diagnosi.

Es.: “ Molti pazienti incontrano problemi nell'aderire alle terapie, questi problemi non sono prevedibili a priori, ma solo quando la terapia è già in atto. E' capitato anche a lei?”

Dalla risposta affermativa si passa a esplorare le ragioni.

Es.: “Mi racconta quali sono le ragioni della mancata assunzione del farmaco?”

Le *reflections skills* sono tecniche da utilizzare con i pazienti *intenzionalmente non aderenti* in quanto fanno sentire il paziente accolto nelle sue difficoltà e compreso nella logica che sottostà ai suoi comportamenti.

Es.: “Comprendo le difficoltà di cui mi sta parlando e vorrei trovare un modo con lei per superarle. Da dove vogliamo partire?”.

Si riflette in questo modo la comprensione delle difficoltà del paziente e lo si invita a selezionare tra i vari problemi che avrà presentato uno, tra tutti, dal quale si vuole cominciare per ipotizzare un cambiamento e stabilire poi obiettivi di modificazione comportamentale e strategie per porli in atto.

Nel richiamare la terapia al paziente è utile:

- dare al paziente lo schema delle informazioni che verranno fornite,
es.: “Ora le dirò che cosa non va, che cosa mi aspetto che possa accadere e quale trattamento suggerisco”, va segnalato l'inizio di ognuno di questi argomenti prima di dettagliarli
- sottolineare l'importanza delle prescrizioni e delle istruzioni,
- usare parole e frasi brevi,
- non fornire le informazioni tutte insieme,
- far riassumere al paziente cosa il medico ha detto dopo una serie di informazioni, evitando l'uso della domanda chiusa diretta,
es.: “Ha capito?”
- fornire la prescrizione in modo specifico, dettagliato e concreto utilizzando strumenti visivi (opuscoli, figure ...),
- usare le *frasi indicali* che il paziente ha inserito nel suo racconto,
es.: “Provo una sensazione di vergogna quando devo iniettarmi l'insulina e non sempre è facile trovare un posto appartato ...”

Il *self report* dei pazienti ha un potenziale informativo potentissimo per la non aderenza, i dati rintracciati sono di tipo *qualitativo*, ma da questi dati si può poi arrivare a evincere dati quantitativi che risponderanno maggiormente a criteri di esattezza e veridicità.

Il paziente si sentirà accolto e ascoltato nelle sue difficoltà e passerà a rintracciare dentro di sé e nella sua situazione di vita le risorse che può mettere in campo per il superamento delle difficoltà e il miglioramento della sua qualità di vita.