

Congresso Regionale CARD
Aderenza terapeutica: quali ostacoli e come superarli
Bozen/Bolzano 22.11.2024

**Skills multiprofessionali dell'aderenza terapeutica
e ottimizzazione delle risorse sanitarie**

Francesco Teatini

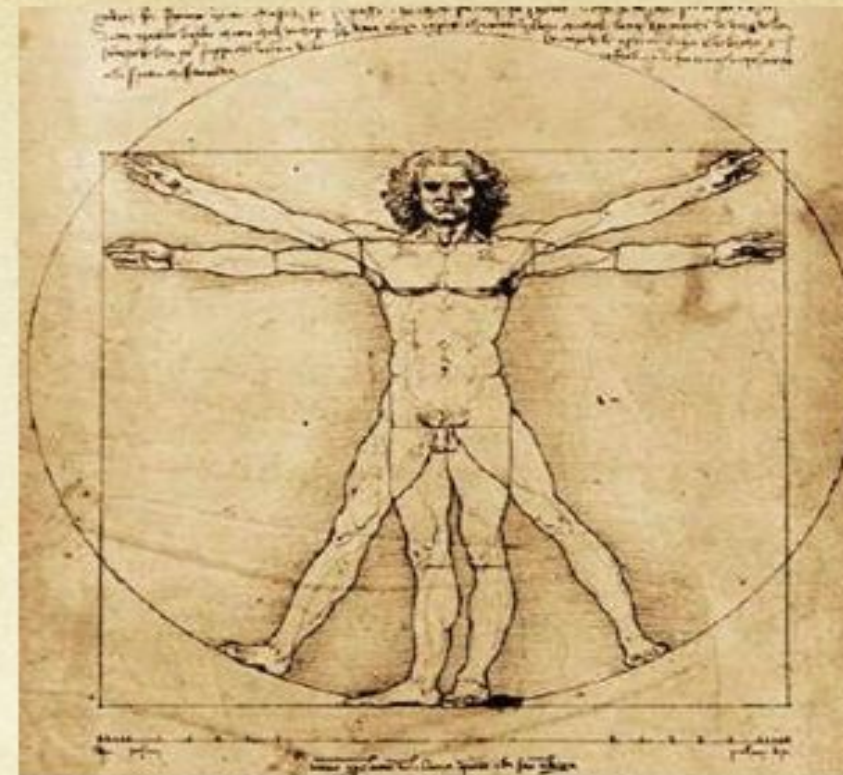
Servizio di Medicina di Base

Ambulatorio di Neurologia – Distretto S.Quirino – Gries Bolzano



Inquadriamo il tema

DIVERTIAMOCI A



.....”QUADRARE”

La quadratura del cerchio

Figure professionali e competenze

- 1. Medico: Diagnosi, prescrizione terapie, monitoraggio clinico.
- 2. Infermiere: Educazione sanitaria, supporto emotivo, monitoraggio.
- 3. Farmacista: Consulenza farmaci, gestione terapie, prevenzione errori.
- 4. Psicologo: Supporto emotivo, motivazione, gestione dello stress.
- 5. Assistente sociale: Collegamento risorse, advocacy, supporto sociale.
- 6. Fisioterapista: Supporto riabilitativo, monitoraggio esercizi.
- 7. Dietista: Educazione alimentare, pianificazione dietetica.
- 8. Caregiver: Assistenza pratica ed emotiva.
- 9. Educatore: Educazione terapeutica a lungo termine.
- 10. Tecnologo medico: Gestione dispositivi, educazione tecnologia.
- 11. Specialista sanità pubblica: Creazione programmi di prevenzione.
- 12. Esperti salute digitale: Implementazione strumenti digitali.



Le abilità «skills» multiprofessionali per l'Aderenza Terapeutica

1. Comunicazione efficace:

- Empatia e ascolto attivo
- Capacità di spiegazione
- Adattamento culturale e linguistico

2. Educazione sanitaria:

- Capacità di insegnamento
- Uso di strumenti didattici

3. Counseling e supporto psicologico:

- Tecniche di motivazione
- Gestione delle resistenze
- Supporto emotivo

4. Problem solving e gestione delle barriere:

- Identificazione degli ostacoli
- Pianificazione personalizzata

5. Teamworking e coordinazione interprofessionale:

- Collaborazione interdisciplinare
- Condivisione delle informazioni
- Definizione dei ruoli

6. Utilizzo della tecnologia e della telemedicina:

- Gestione di app e dispositivi
- Telemonitoraggio

7. Competenze organizzative e di gestione del tempo:

- Programmazione degli appuntamenti
- Follow-up strutturato

8. Advocacy e supporto sociale:

- Orientamento ai servizi sociali
- Sostegno ai caregiver

9. Competenze farmacologiche:

- Gestione delle terapie
- Deprescrizione razionale

10. Sensibilità etica:

- Rispetto dell'autonomia del paziente
- Confidenzialità

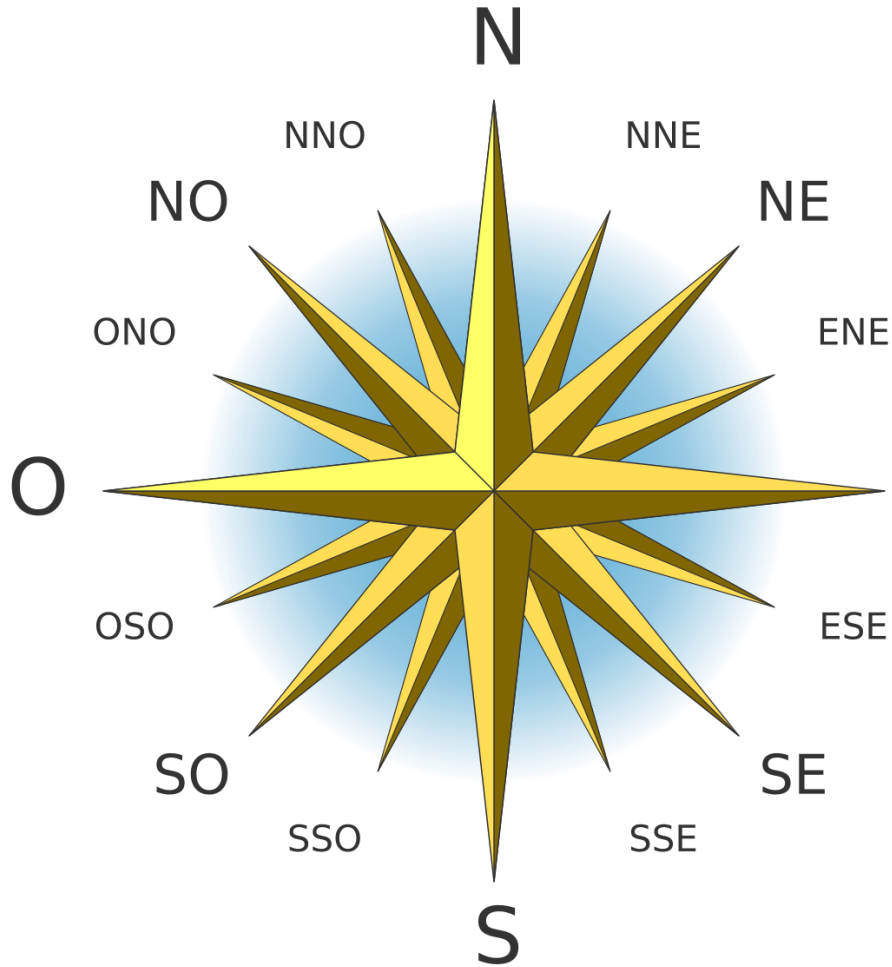
1. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action.
2. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Interventions for helping patients to follow prescriptions.
3. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action.
4. NICE Guidelines: Medicines Adherence.
5. Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE). Medication adherence: Concepts and definitions.

Ora non rimane che lavorare assieme...



I punti cardinali

**La persona
Il cittadino**



**Le organizzazioni
sanitarie**

E La salute come bene

I pazienti

Gli operatori sanitari

Scelta del paradigma di riferimento nella «mia esperienza» nel proporre percorsi di cura

- 1947 La costituzione italiana
- 1986 The Ottawa Charter for Health Promotion
- 1978 Nascita del SSN
- 1990 Medicina Centrata sulla Persona



La costituzione italiana ovvero il diritto agli individui di accedere alle cure sanitarie

Principio fondamentale in differenti fonti normative nazionali ed europee:

- Costituzione Italiana
- Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea
- Legge ordinaria

La Costituzione Italiana riconosce il diritto alla salute come un diritto fondamentale dell'individuo Costituzione - Articolo 32, Comma 1 e se ne prende carico attraverso il Ministero della Sanità

ART.32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986



Health Topics ▾

Countries ▾

Newsroom ▾

Emergencies ▾

Data ▾

About WHO ▾

← Enhanced Well-being

First Global Conference

Actions

Commitment

Call for action

Emblem

The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986

The Ottawa Charter for Health Promotion

The first International Conference on Health Promotion, meeting in Ottawa this 21st day of November 1986, hereby presents this CHARTER for action to achieve Health for All by the year 2000 and beyond.

This conference was primarily a response to growing expectations for a new public health movement around the world. Discussions focused on the needs in industrialized countries, but took into account similar concerns in all other regions. It built on the progress made through the Declaration on Primary Health Care at Alma-Ata, the World Health Organization's Targets for Health for All document, and the recent debate at the World Health Assembly on intersectoral action for health.

Health Promotion

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

Prerequisites for Health

The fundamental conditions and resources for health are:

- peace,
- shelter,
- education,
- food,
- income,
- a stable eco-system,
- sustainable resources,
- social justice, and equity.

Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

Advocate

Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioural and biological factors can all favour health or be harmful to it. Health promotion action aims at making these conditions favourable through advocacy for health.

Enable

Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health. This must apply equally to women and men.

Mediate

The prerequisites and prospects for health cannot be ensured by the health sector alone. More importantly, health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by nongovernmental and voluntary organization, by local authorities, by industry and by the media. People in all walks of life are involved as individuals, families and communities. Professional and social groups and health personnel have a major responsibility to mediate between differing interests in society for the pursuit of health.

In materia di Salute, le condizioni e le risorse preliminari sono:

- **la pace**
- **un tetto**
- **il nutrimento**
- **reddito**

Punti principali:

1. Definizione di salute: risorsa per la vita quotidiana, non solo assenza di malattia.
2. Obiettivo: permettere a tutti di condurre una vita produttiva e soddisfacente.
3. **Aree di azione:**
 - Politiche pubbliche sane.
 - Ambienti favorevoli.
 - Azione della comunità.
 - Competenze personali.
 - Riorientare i servizi sanitari.
4. Prerequisiti della salute:
 - Pace, alloggio, educazione, alimentazione, reddito, giustizia sociale.
5. **Strategie chiave:** advocacy, empowerment e mediazione.

Scelta del paradigma di riferimento nella mia esperienza nel proporre percorsi di cura

- 1947 La costituzione italiana
- 1986 The Ottawa Charter for Health Promotion
- 1978 Nascita del SSN
- 1990 Medicina Centrata sulla Persona



Il sistema costituzionale del prendersi cura:

Percorso normativo italiano:

- 1. Legge 833/1978: nascita del SSN
- 2. D.Lgs. 502/1992: modello aziendale e controllo qualità
- 3. Piano Sanitario Nazionale (1998-2000): percorsi integrati
- 4. Accordo Stato-Regioni (2001): necessità di percorsi condivisi
- 5. 2004 strutturazione del sistema sanitario con strumenti di «Governo clinico» (Girolamo Sirchia)
- 6. 2007 Livia Turco e rilevanza di adottare i PDTA
- 7. Patto per la Salute (2009-2011): gestione delle cronicità
- 8. 2017 Legge Gelli Bianco (Sistema Nazionale per le Linee Guida)
- 9. Linee guida: diffusione dei PDTA



Ministero della Salute

Relazione con le reti cliniche:

- 1. Coordinamento tra ospedale e territorio
- 2. Uniformità delle cure
- 3. Condivisione dei dati e monitoraggio degli esiti

Nota: **le linee guida rappresentano una assoluta novità nel tessuto legislativo nazionale**, poiché sono state menzionate per la prima volta nell'art. 3, I comma, del D.L. n. 158/2012, convertito nella l. n. 189/2012.

I P.D.T.A. come strumento del prendersi cura nei sistemi complessi

- Il concetto dei PDTA si è affermato inizialmente negli anni '90, ispirandosi a modelli organizzativi della sanità di altri paesi europei e degli Stati Uniti, dove i percorsi assistenziali integrati erano già adottati.
- I PDTA sono pensati per offrire un'assistenza continua e coordinata ai pazienti affetti da patologie croniche o complesse, facilitando la comunicazione tra i vari professionisti coinvolti e ottimizzando l'uso delle risorse sanitarie.

Scelta del paradigma di riferimento nella mia esperienza nel proporre percorsi di cura

- 1947 La costituzione italiana
- 1986 The Ottawa Charter for Health Promotion
- 1978 Nascita del SSN
- 1990 Medicina Centrata sulla Persona



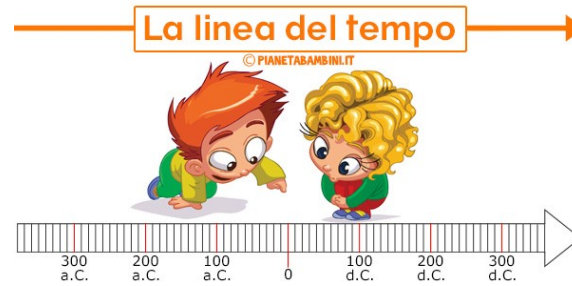
250 anni di sviluppo epistemologico «due approcci - due paradigmi»

**Meccanicistico
Riduzionistico**

Biopsicosociale



**Isaac Newton
1687**



250 anni



**Ludwig von Bertalanffy
1940**

I due paradigmi traducono il termine

Malattia

```
graph TD; A([Malattia]) --- B[DISEASE]; A --- C[ILLNESS]; B --- D["Malattia in senso biomedico oggettivabile"]; C --- E["L'esperienza soggettiva dello star male"]
```

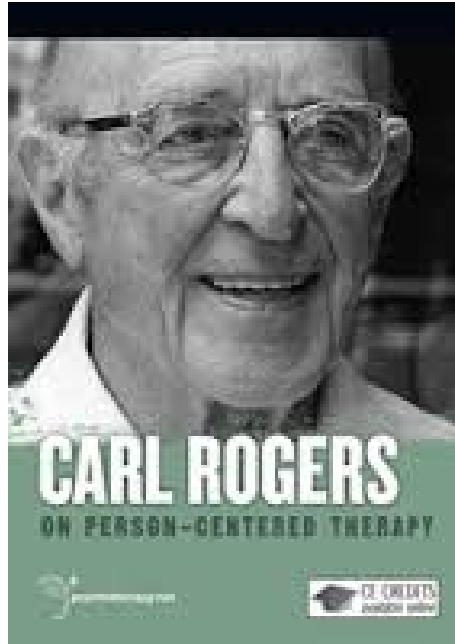
DISEASE

Malattia in senso
biomedico oggettivabile

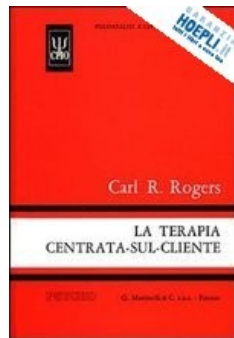
ILLNESS

L'esperienza soggettiva
dello star male

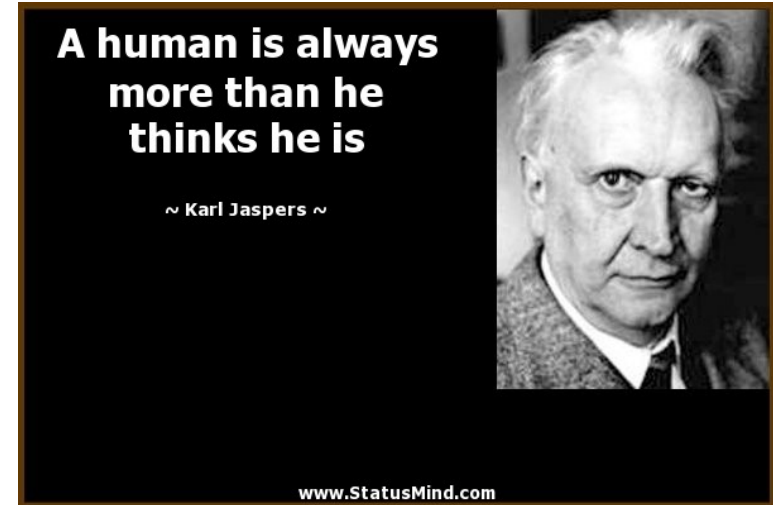
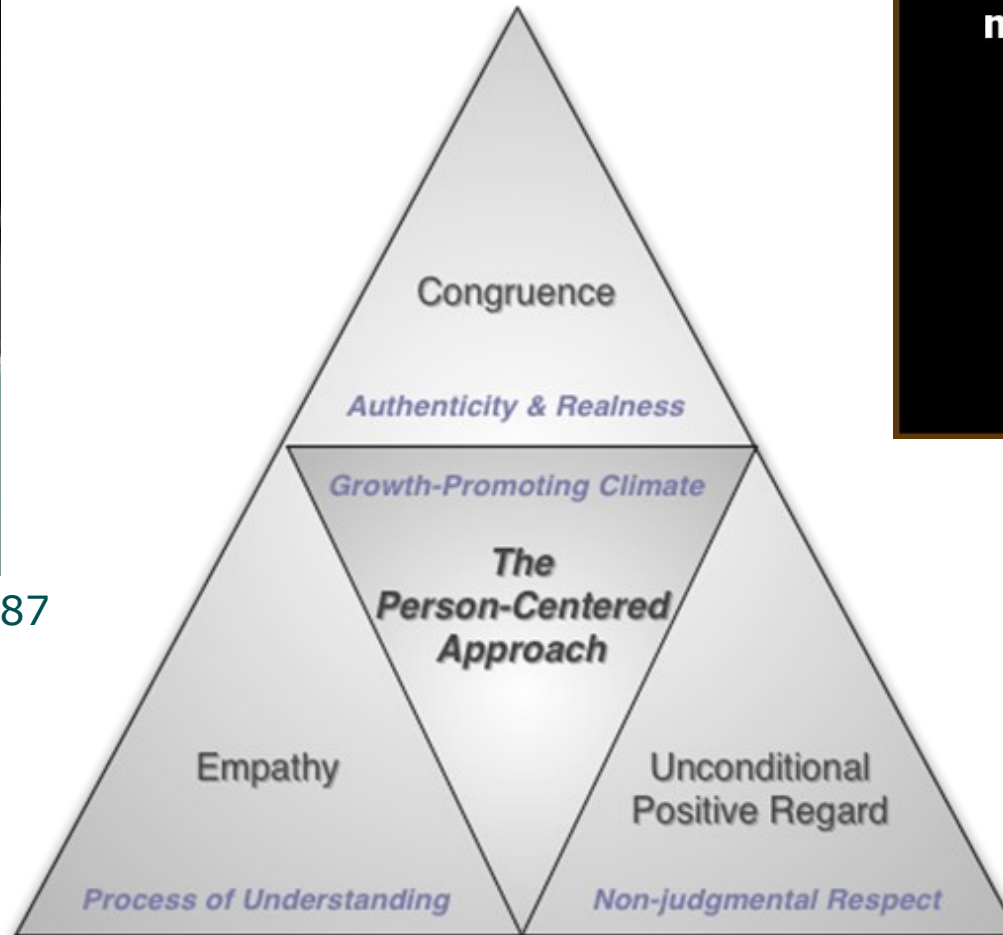
Medicina Centrata sulla Persona



Carl R. Rogers 1902-1987



1951

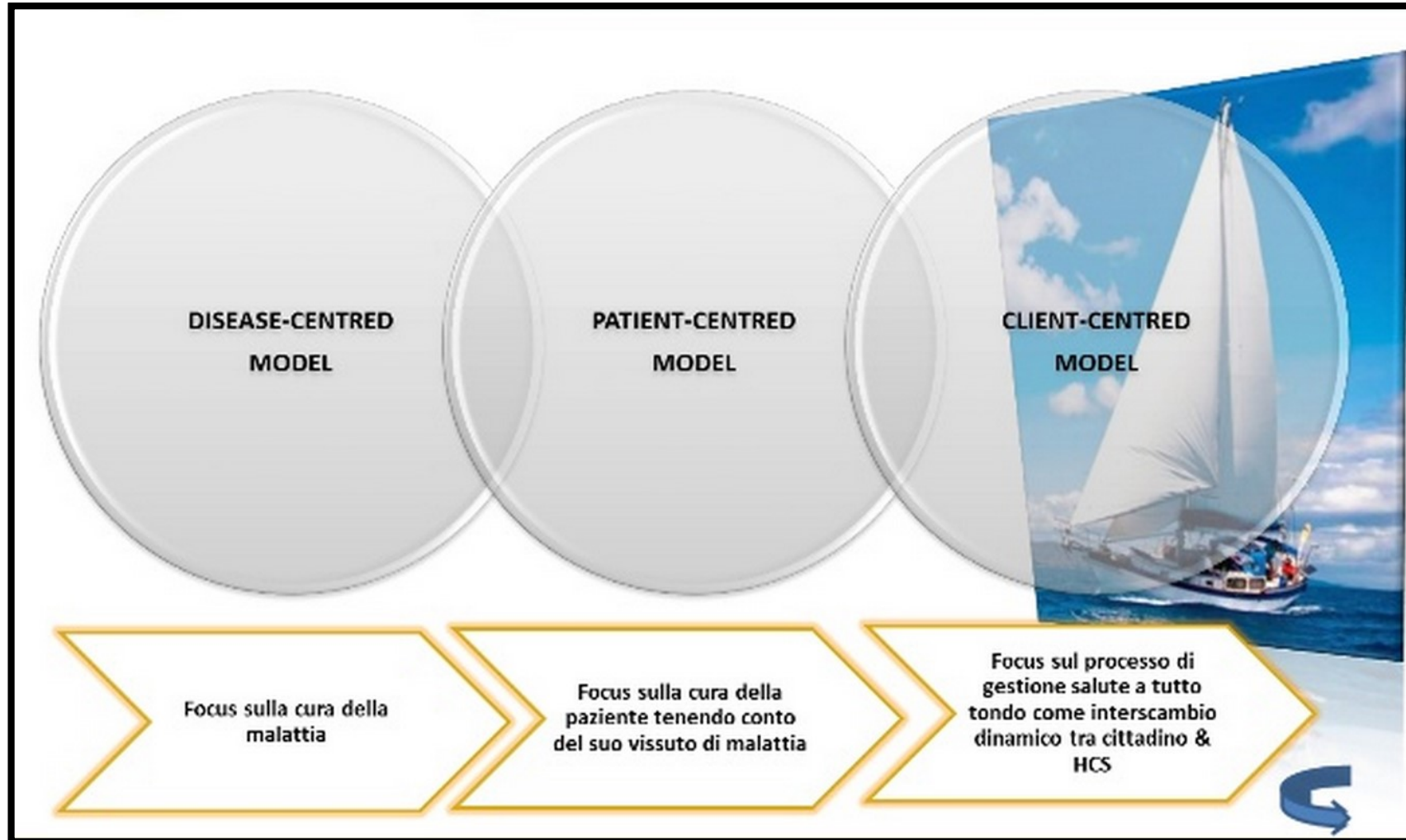


Karl Jaspers 1883-1969



1950-1955

Riassumendo i cambiamenti nel rapporto medico-paziente



La relazione col paziente e l'aderenza terapeutica

L'attuale sistema sanitario evolutosi agli attuali standard scientifici di conoscenze e tecnologia, necessita, per esprimere il suo potenziale, di una stretta collaborazione e fiducia tra le diverse figure sanitarie: medici, farmacisti, infermieri, psicologi ecc.

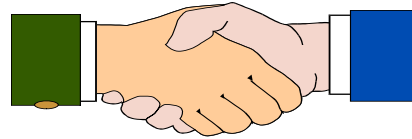
Questo «core competence» non è raggiungibile da un unico professionista.

L'aderenza terapeutica è sicuramente la sintesi di una relazione estesa, tra cittadino e sistema sanitario. Il fulcro rimane comunque la particolare relazione tra «operatori sanitari» e «pazienti».

Ognuna di queste figure apporta le sue competenze specifiche che contribuiscono alla gestione completa .

- - I medici e gli specialisti definiscono la terapia più adatta, considerando le condizioni cliniche e lo stile di vita del paziente.
- - I farmacisti forniscono educazione sul farmaco, informando su posologia, effetti collaterali e interazioni.
- - Gli infermieri offrono supporto per la somministrazione corretta e monitorano l'aderenza, spesso rilevando eventuali difficoltà.

IL METODO PER I SISTEMI COMPLESSI



- Condividere tra i professionisti dei diversi livelli di cura i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie acute e croniche (PDTA)
- Adottare la metodologia del disease management e dell'audit clinico tra pari per il monitoraggio dei comportamenti
- Adottare un atteggiamento orientato alla persona per orientare il prendersi cura centrato sul paziente.

Operatori sanitari e pazienti. La M.C.P. sta nella consapevolezza, nelle «Personal life Skills»

Uno degli elementi chiave della promozione della salute è il rafforzamento delle competenze individuali e comunitarie per favorire scelte salutari e un controllo maggiore sulla propria salute

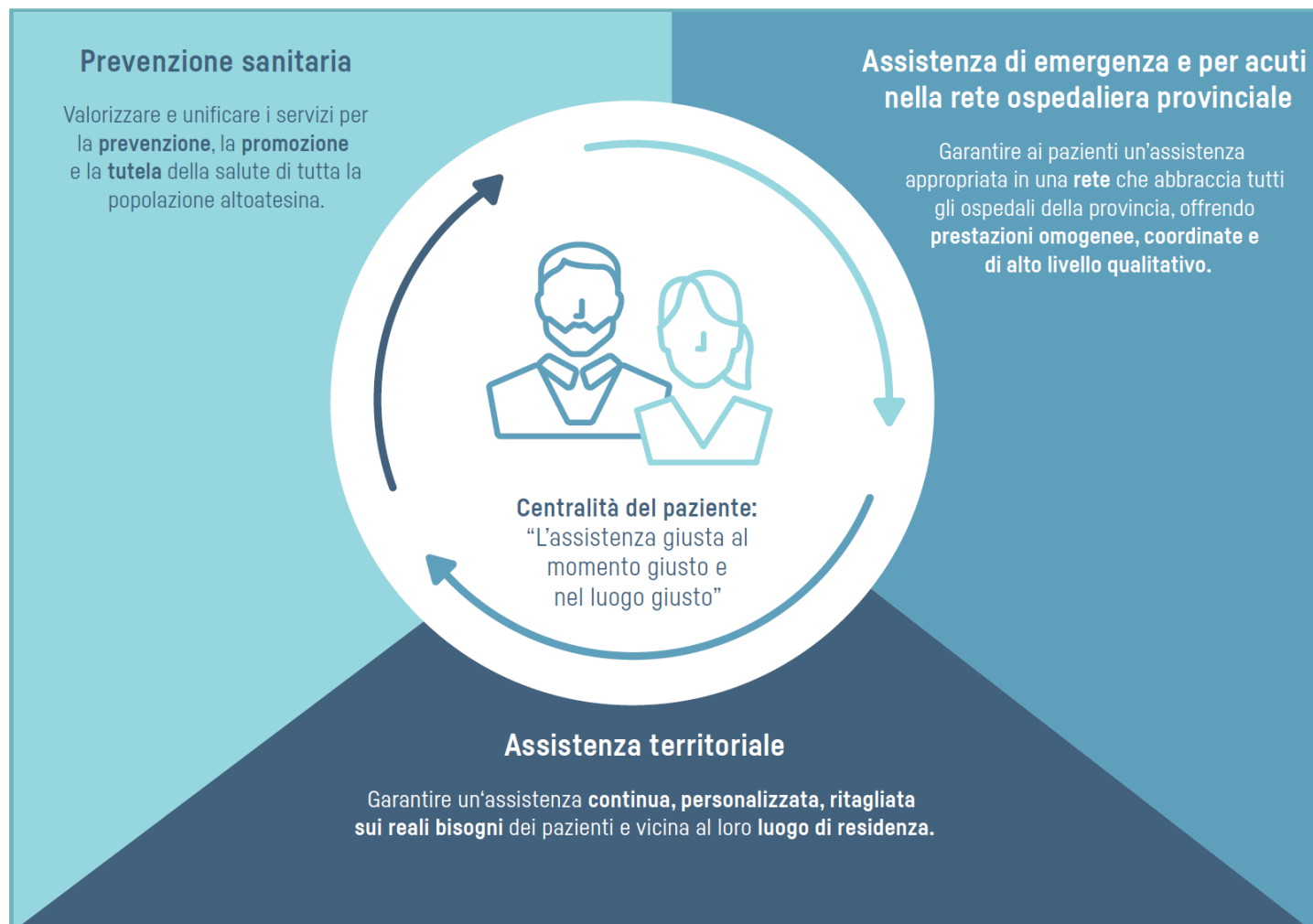
Tra queste abilità troviamo:

- Competenze cognitive (es. problem solving, pensiero critico, presa di decisioni).
- Competenze emotive (es. gestione delle emozioni, consapevolezza di sé).
- Competenze sociali (es. comunicazione efficace, empatia, relazioni interpersonali).



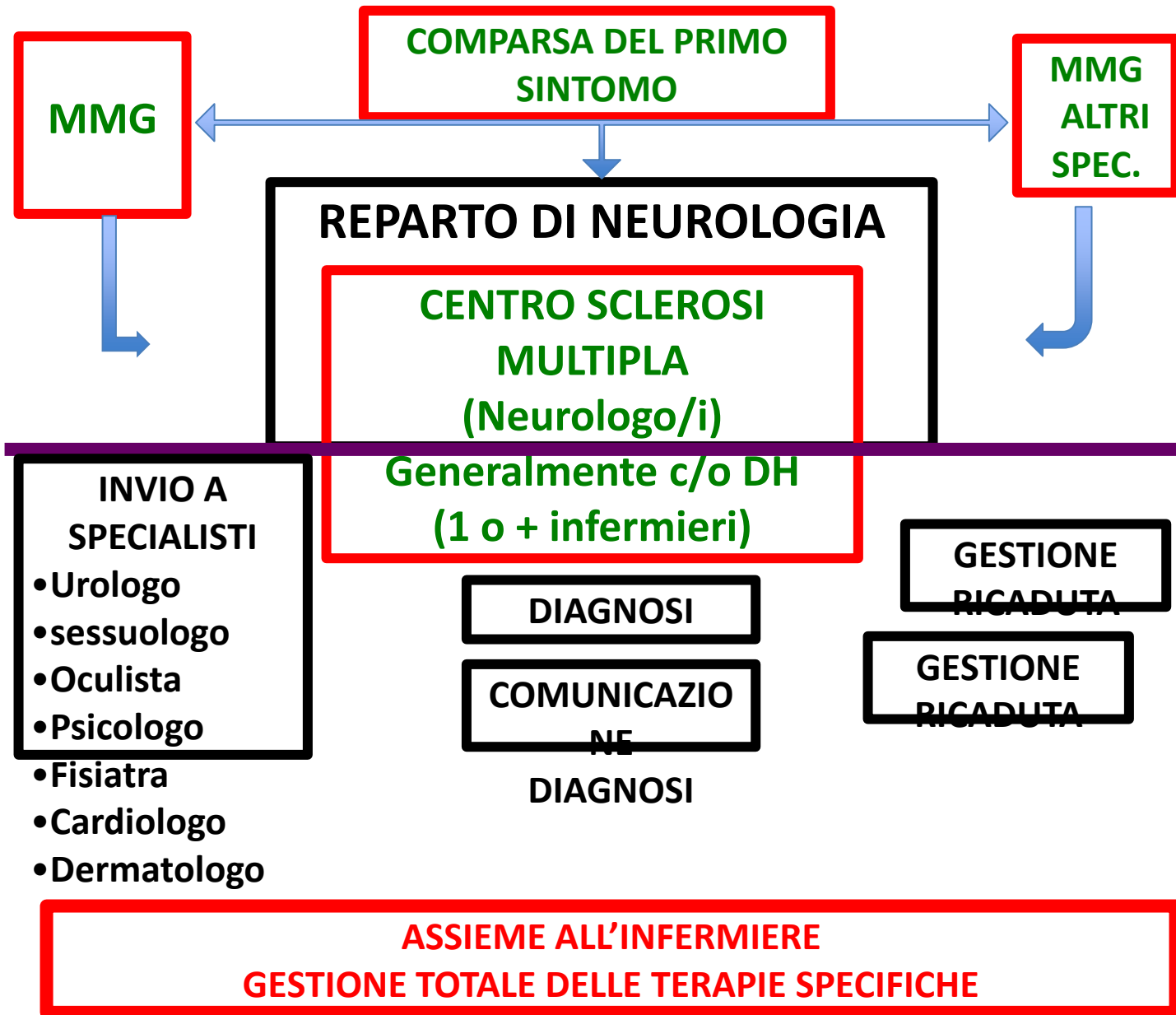
Lavoriamo all'interno di sistemi complessi con visione di centralità del paziente

FIGURA 6: LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE NEI TRE PILASTRI DELL'ASSISTENZA SANITARIA



Un personale esempio di sistema complesso

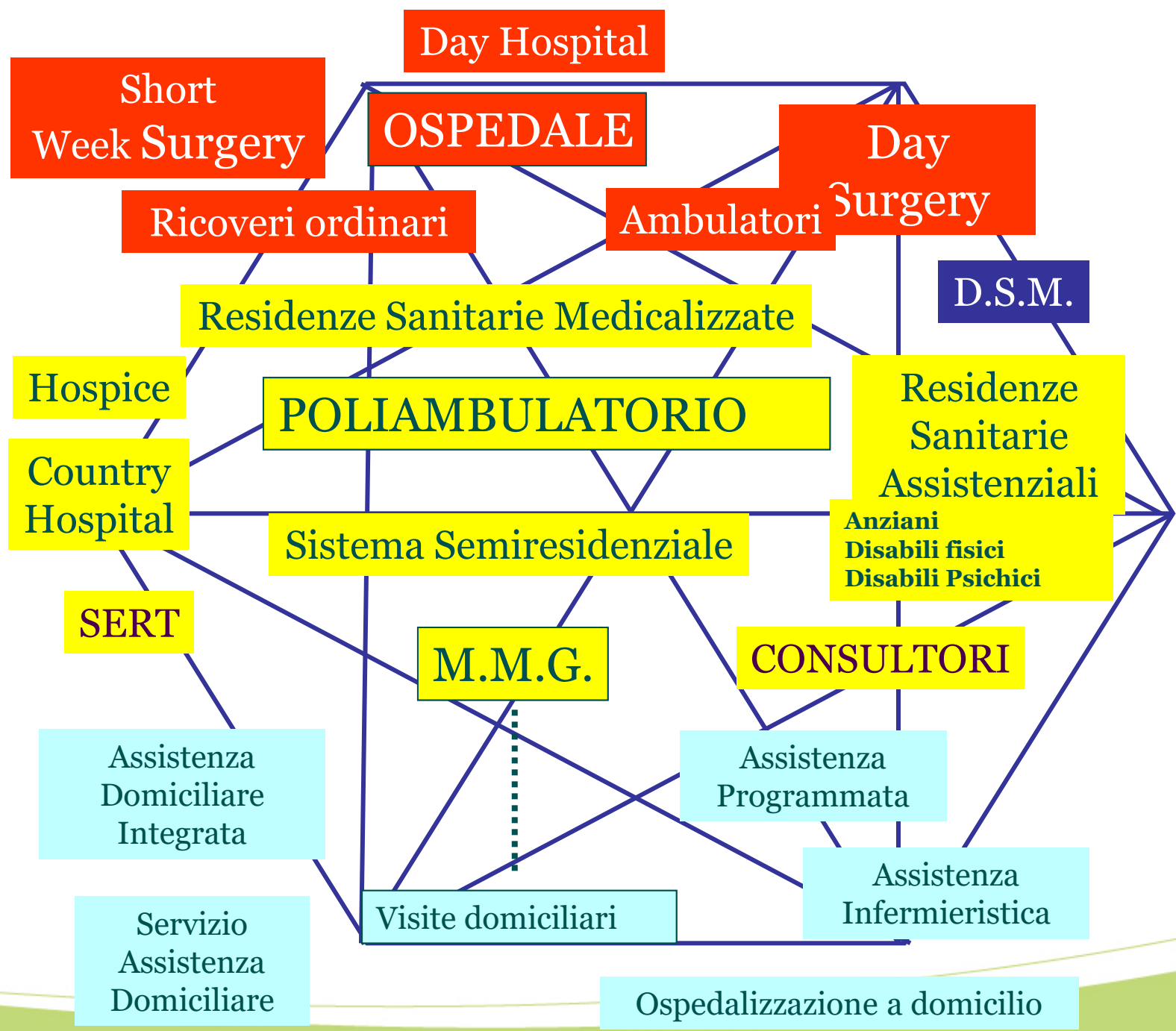
**CENTRO SCLEROSI
MULTIPLA
(Neurologo/i)
Generalmente c/o DH
(1 o + infermieri)**



Servizi Ospedalieri

Servizi Territoriali

Servizi Domiciliari

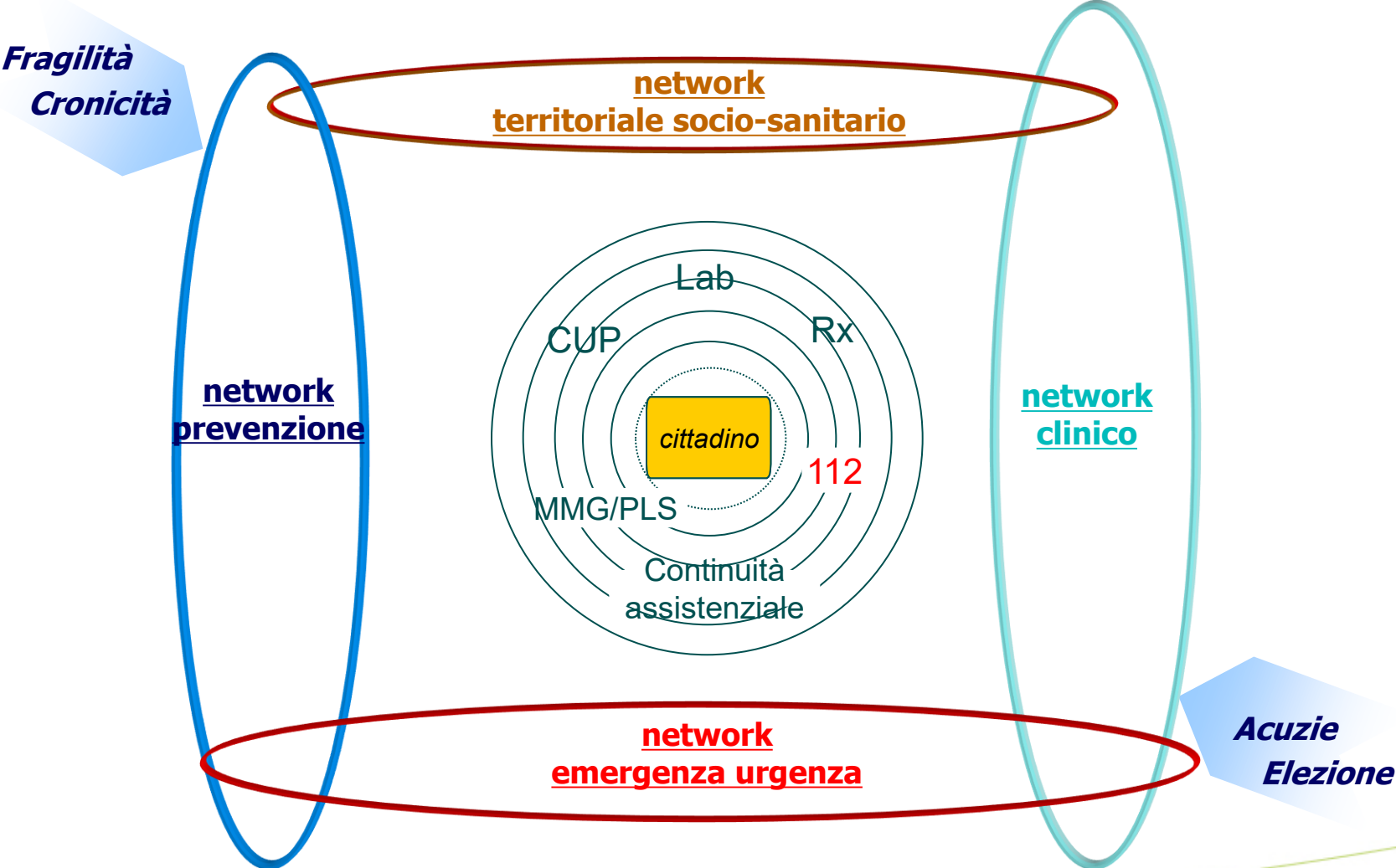


Le coerenze dell'integrazione

- Va definita e conseguita la coerenza tra la “progettualità per la persona” e la “programmazione integrata territoriale”
- Programmazione e progettualità da un lato, servizi, azioni ed interventi dall'altro vanno declinati e coniugati ai diversi livelli delle varie dimensioni interconnesse



Reti integrate in sanità



L'implementazione dei PDTA

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA monitora l'attuazione di 6 PDTA selezionati "sulla base dell'impatto delle patologie sulla popolazione e sull'assistenza sanitaria".

- ✓ Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)
- ✓ Scompenso cardiaco
- ✓ Diabete
- ✓ Tumore della mammella nella donna
- ✓ Tumore del colon
- ✓ Tumore del retto

P.D.T.A. e l'aderenza terapeutica

- L'aderenza terapeutica è un obiettivo chiave dei PDTA, i quali offrono un modello di assistenza:
 - integrato, multidisciplinare e personalizzato,
 - pensato per seguire il paziente durante tutto il percorso di cura.

I PDTA, sviluppati a livello regionale e implementati da team multiprofessionali, mirano a coordinare le varie figure professionali (medici, infermieri, farmacisti, psicologi) per garantire al paziente un supporto costante e continuo.

In tal modo, i PDTA aiutano a creare le condizioni necessarie per promuovere una maggiore aderenza, riducendo il rischio di interruzioni o di errori nel trattamento.

TERZA PARTE

Ottimizzazione delle risorse

Per funzionare il S.S.N. usa risorse economiche e le trasforma in prestazioni

IL SUO SCOPO È DI
PRODURRE SALUTE:

ogni spesa dovrebbe
dunque tradursi in un
aumento del livello di
salute

LA VALUTAZIONE DEL S.S.N. VIENE
NORMALMENTE EFFETTUATA SULLA BASE DI 4
PARAMETRI



La tensione tra l'organizzazione e il valore umano della relazione

- Esperienza su
 - PDTA Ictus
 - PDTA Parkinson
 - PDTA SLA
 - PDTA Sclerosi Multipla
- L'EFFICIENZA: rapporto prestazioni/risorse - Riguarda l'investimento economico nel processo produttivo di servizi
- L'EFFICACIA: rapporto salute/prestazioni - Misura il contributo dei servizi al miglioramento dello stato di salute
- I COSTI: rappresentati dalla spesa sanitaria pro-capite
- L'EQUITÀ: o uguaglianza di accesso alle cure
- **IL S.S. IDEALE DOVREBBE OFFRIRE UNA GIUSTA COMBINAZIONE FRA QUESTI 4 FATTORI**

La tensione tra l'organizzazione e il valore umano della relazione

I P.D.T.A., specialmente nelle reti tempo-dipendenti come quelle per l'ictus, funzionano in modo efficiente nel garantire uniformità e tempestività.

Tuttavia, nelle malattie croniche, dove la continuità assistenziale è fondamentale, il rischio di "incanalare" il paziente in un percorso standardizzato, senza un reale coinvolgimento personale, può alienare il medico o l'operatore sanitario, dal suo ruolo relazionale.

La relazione che cura

Nell'ottica della **medicina centrata sulla persona**, la relazione medico-paziente porta benefici reciproci

Paziente

Migliore comprensione e adesione al trattamento, riduzione dello stress, maggiore fiducia e benessere complessivo grazie a un approccio empatico e personalizzato.

Operatore sanitario

Maggiore soddisfazione professionale, miglior comprensione dei bisogni del paziente e una relazione più significativa che riduce il rischio di burnout.

1. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**, 51(7), 1087–1110. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8
2. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, 9(2), 100–103. DOI: 10.1370/afm.1239
3. Stewart, M., et al. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. **Journal of Family Practice**, 49(9), 796–804.
4. Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**, 5(1), 57–65. DOI: 10.1016/j.ijssu.2006.01.005
5. Beach, M. C., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care: A constructive reframing. **Journal of General Internal Medicine**, 21(S1), S3–S8. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x

Un esempio «peer to peer»

Medicina Narrativa

Un esempio sistemico



DIRITTO ALLA SALUTE: FARMACI CANNABINOIDI A BOLZANO
Storia a lieto fine dell'incontro tra "medicina basata sulle evidenze (EBM)" e "medicina centrata sulla persona (MCP)"

Dr F. Teatini*, Dr G. Morandelli* e Prof. R. Schoenhuber*

* Ospedale Generale di Bolzano - *Reparto di Neurologia; *Servizio Farmaceutico

Introduzione. Negli anni del 2000, in uno scenario di alta penetrazione mediatica e informativa, Internet, mailing list, e-mail e altri media, rendono il passaggio in formidabile strumento d'informazione e facilitazione del processo di cura di sé. Per uno che non ha bisogno di benefici da prestazioni mediche o farmaci prescritti, nel suo paese, di informazioni e su farmaci offre possibilità, in esclusiva, di creare una rete di contatti con cui il cittadino ha imparato a dialogare e recitare il proprio diritto alla salute. All'Ospedale Generale di Bolzano, presso il Centro Sclerosi Multipla, alcuni operatori non trovano soltanto di difficile con i farmaci disponibili sul loro territorio. Hanno invece il piacere di poter offrire le loro esperienze con un farmaco in commercio in un altro Paese. Il Canada. Al suo a ridosso della salute e rispetto al caso in cui l'efficace collaborazione in personale sanitario e politico, amministrativo, ha permesso di superare le barriere statali che si oppongono tra il dolore e l'utopia di farmaci derivati dallo cannabis. Rispetto ad altre neurologie, il personale cura apprende, invece tutto, che offre effetti sul quotidiano, quali disturbi e segni sociali significativi (pericolosi, vicini, ecc). Quando l'azione di cura è affidata da una comunità, l'attività assume il senso dell'appartenenza sociale e lo stato quale generale, (espressione giuridica di uno società di individui). Impone che "il tutto" lo salute, come fondamentale della l'attività e come insieme della collettività ("1" par. 12 della Costituzione Italiana); per l'OSM (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito lo stato di salute "non come semplice assenza di malattia, ma come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale". Tale definizione implica l'integrazione di due aspetti della salute, quello biomedico e quello sociale. Il primo è l'obiettivo di fondamenti biologici, molecolari e genetici della malattia. Il secondo offre strumenti derivati dalle discipline sociali, psicologiche ed economiche, per la determinazione accurate di fenomeni complessi (Pfeifer, L. B. et al. 1990; Zoccardi e Fioravanti 2000). Considerato, in una pratica medica "contemporanea" di di loro qualità di mettere in una medicina basata sull'evidenza (EBM) e quella di un'attività centrata sulla persona che coinvolge il paziente, dando espressione a quello che potremmo definire come "medicina centrata sulla persona" (MCP).

1 - Conclusioni

- Il senso dell' "inizio della fine". Nella sviluppo degli eventi storici le circostanze che rendono possibile un cambiamento non sono necessariamente obiettivamente, non vi è la certezza della riuscita, tutt'al più, le difficoltà sono il risultato del quotidiano: solo alla conclusione è possibile avere le considerazioni che l'esperienza permette.
- Come da un ambulatorio medico, tramite un ascolto partecipativo, si colga un bisogno, il quale, per essere casista, preserva nella sua sciolta fino "alla presa in carico" da parte dello Stato.
- Il prendersi cura appartiene, innanzi tutto, alla sfera affettiva del quotidiano: quello riferibile ai legami sociali significativi (parentela, amicizia, vicinato, ecc). Quando l'azione di cura è affidata da una comunità, l'attività assume il senso dell'appartenenza sociale e lo stato quale generale, (espressione giuridica di uno società di individui). Impone che "il tutto" lo salute, come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività [...] (art. 32 della Costituzione Italiana).

In Italia la prima persona affetta da Sclerosi Multipla che si sta curando con un farmaco cannabinoide, ha presentato nella foto in un momento più produttivo di una giornata.



2 - Objective

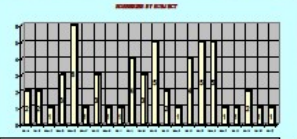
To assess the presence of psychophysical distress and PTSD in bank employees, victims of robbery

3 - Subjects and Methods

- 22 bank employees (14 males and 8 females) victims of robbery were assessed with the following procedure:
 - Medical examination
 - Measurement of urinary cortisol and catecholamine levels
 - Semistructured interview on robbery risk
 - Psychological test (WT, BPA, EP, SSQ, SCD for PTSD symptoms)

4 - Results

- All 22 subjects reported psychological distress (particularly anxiety, hyperarousal symptoms and increasing fear in the workplace) after bank robberies.
- 5 PTSD lifetime diagnoses (2 current, 3 in remission).
- 10 Partial PTSD lifetime diagnoses (5 current, 5 in remission).
- All victims reported that there was no social support by their work environment after bank robberies.



5 - Conclusions

- Robbery victims report severe health consequences and an impairment of their work ability. Therefore, it is necessary to include robberies in the risk assessment of banks, just the only occupational risk factor.
- Banks must develop organizational strategies to prevent robberies as well as to protect workers and their safety.
- It is important to build a social support network to prevent long term effects of psychological distress in robbery victims.



NARRAZIONE DEL PROFESSIONISTA

MODELLO MENTALE
è una visione semplificata della realtà che ci aiuta a risparmiare energie nel tentativo di comprendere il mondo

NARRAZIONE DEL PAZIENTE

Centro Sclerosi Multipla - Ospedale Generale di Bolzano, via L.Boehler, 5 - 39100 BOLZANO
tel.: +39/0471908589 fax +39/0471908591 e-mail: francoesoo.teatini@gmail.com



PROGETTO DI "RETE DI ASSISTENZA" NELLA PRESA IN CARCO CENTRATA SULLA PERSONA AMMALATA DI SCLEROSI MULTIPLA
Dr F. Teatini*, Dr G.P. Fichera*, Dr P. Nesler* e Prof. R. Schoenhuber*

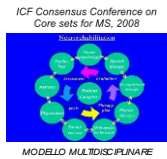
*Reperto di neurologia, Ospedale Generale di Bolzano. *Coordinatrice formazione Casa di Cura Bonvicini di Bolzano.
*Dipartimento di Medicina del Lavoro, "Clinica del Lavoro Luigi Devoto", Università degli Studi di Milano.
Nel 2009 partecipazione finanziaria da parte dell'Associazione Sclerosi Multipla Alto Adige.

Introduzione. La sclerosi multipla (SM) è una malattia demielinizzante progressivamente invalidante che colpisce il sistema nervoso centrale. Abbiamo preso spunto dal programma "Therapeutic Patient Education" dell'OMS per il supporto alle malattie croniche (1) e ci siamo posti l'obiettivo di creare una rete di assistenza dove, la persona ammalata di SM, possa incontrare un clima di accoglienza centrato sulla persona. Dalla comunicazione della diagnosi, alle terapie farmacologiche o fisioterapiche, al trasporto dalla stanza alle sedi di fisioterapia, creare un pool di persone formate e informate sulla patologia, dotate degli strumenti necessari ad una comunicazione efficace nella relazione d'aiuto. Il paziente, a sua volta, protagonista ed esperto della propria malattia, è coinvolto nell'ambito del progetto in un modulo pensato "ad hoc" con finalità non solo educative, ma integrato in un percorso "psicoterapico-educativo" (2).

MATERIALE E METODO



RISULTATI



CONCLUSIONI
Il percorso ha proposto un "apprendere ed esercitarsi" nelle tecniche comunicative di base, per rendere la propria professionalità più efficacemente fruibile e visibile all'utente ammalato, infatti la maggior parte dei partecipanti in entrambi i gruppi, ha definito il corso "efficace e utile non solo nella gestione delle relazioni professionali, ma anche nelle relazioni extraprofessionali". In un'ottica di sistema biosociosociale, raggiunto quasi l'80% (78.4%) degli operatori sanitari nella stessa struttura, è verosimile attendersi una "permeazione dialogica" verso la quota non raggiunta, delle nuove modalità comunicative.

IACP
Istituto Approvato Centro sulla Persona Ammalata da CRF (Legge 30/03/1999)
Nel 1991 pubblica "La terapia centrata sul cittadino" dove "i clienti" e i suoi collaboratori, si sono sottoposti, la volontà di obbedire il divieto tra il paziente e chi gestisce la sua salute, le identiche (queste condizioni minime) necessarie affinché la persona possa sviluppare il suo potenziale.

BELGIORIVA
1. Report of a WHO working group "Therapeutic Patient Education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic disease" WHO regional office for Europe, Copenhagen 1998
2. Basso F., Fichera G.P., Morandelli G., Schoenhuber R. "Intervento integrato psicoterapico-educativo nella gestione della sclerosi multipla: obiettivi, scopi, Conferenza sulle comunicazioni per la salute 2009, pag. 15
3. Report CRF (gruppi di lavoro) "Sclerosi Multipla, 1978 Memorie di Dal'Aglio C., Zanoni M., "Stacca le file alle come promosse le abilità professionali e affettive secondo l'OMS" Bolzano Ed. 2004
4. Guberti A., Guberti G.M. "Paziente attivo: modalità di comunicazione" McGraw-Hill 2003
5. Carlucci R. "L'arte di ascoltare" Manuali, Trento, Erickson, Trento, 1987

O.M.S.
Paradigma bio-psico-sociale
Salute "non solo" come semplice assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale (WHO, 1980). "Interventi "psico-educativi" in vari settori, tra i quali alcune malattie croniche (Life skills educational project, 1994; Therapeutic Patient Education, 1992-1995).
Oltre la prevenzione, la promozione della salute, attraverso l'educazione sanitaria, permette di gestire la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi [...] affinché si far conoscere, accettare e acquisire dei comportamenti utili a mantenere e migliorare la propria salute.

Centro Sclerosi Multipla - Ospedale Generale di Bolzano, via L.Boehler, 5 - 39100 BOLZANO
tel.: +39/0471908589 fax +39/0471908591 e-mail: francoesoo.teatini@gmail.com

Conferenza sulla comunicazione per la salute - Milano 26-28 dicembre 2009

Conclusioni

La relazione medico paziente
Il livello di benessere percepito
«dal paziente e dal medico!»

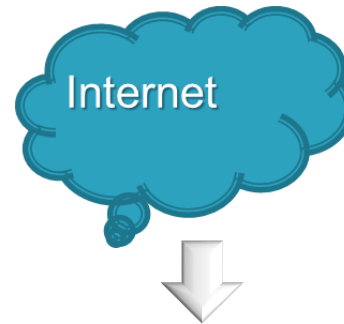
Considerazioni conclusive

La centralità del paziente nel sistema sanitario è una condizione fondamentale che deve essere assunta e interpretata.

I pazienti:

- riconoscono i propri bisogni di salute;
- partecipano attivamente ai processi decisionali connessi ai percorsi di cura;
- hanno la percezione di essere nelle condizioni di adottare tali comportamenti

(Buccoliero, 2010; Bellio *et al.*, 2010; Lemire *et al.*, 2008; Salmon and Hall, 2003).



permette ai **pazienti** di:

- informarsi velocemente;
- capire la natura dei propri malesseri;
- influenzare le dinamiche organizzative delle aziende sanitarie.





UNIVERSITÀ DI PAVIA
Facoltà di Medicina e Chirurgia



**Se c'è amore per l'uomo,
ci sarà anche amore per
la scienza.**

Ippocrate

[Esplora l'offerta](#)

[La Facoltà](#)

Grazie per l'attenzione



UNIVERSITÀ DI PAVIA
Facoltà di Medicina e Chirurgia



**Se c'è amore per l'uomo,
ci sarà anche amore per
la scienza.**

Ippocrate

Esplora l'offerta

La Facoltà