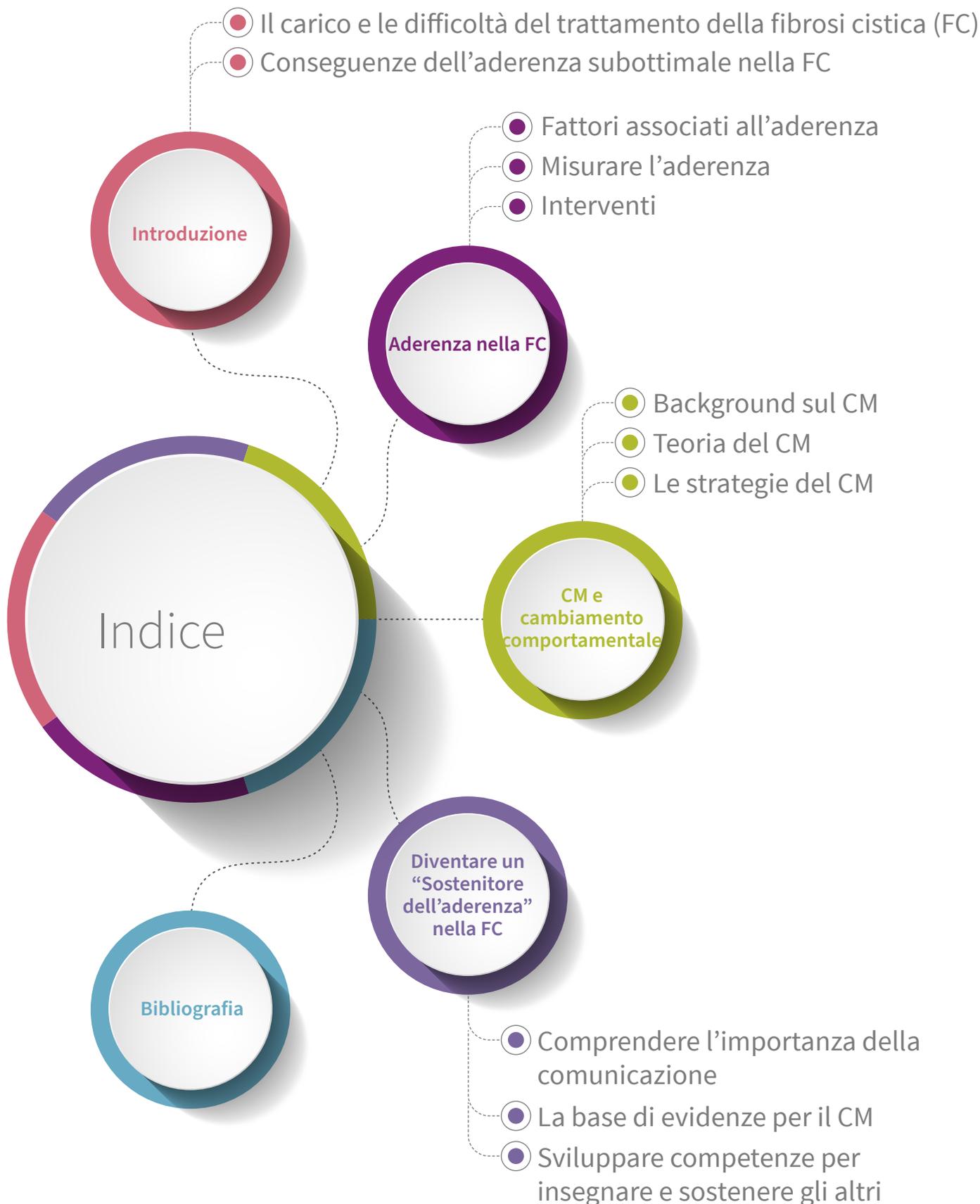


*Il colloquio motivazionale è uno stile di conversazione collaborativa volta a rafforzare la motivazione e l'impegno di una persona verso il cambiamento.*

Miller e Rollnick, 2013



Questa ampia documentazione è stata sviluppata da un comitato direttivo composto da esperti internazionali sulla fibrosi cistica (FC) per illustrare le tecniche di colloquio motivazionale (CM), che possono costituire uno strumento efficace per migliorare la disponibilità dei pazienti al cambiamento comportamentale. La risorsa esamina i problemi legati all'aderenza nella FC, nonché i principi e le strategie del CM. Ha lo scopo di fornire le conoscenze e competenze per migliorare la Sua pratica individuale del CM e il background per gli argomenti discussi nei cinque moduli sul CM. Questi moduli possono essere scaricati da [qui](#).

- Il carico e le difficoltà del trattamento della fibrosi cistica (FC)
- Conseguenze dell'aderenza subottimale nella FC



## Il carico e le difficoltà del trattamento della fibrosi cistica (FC)

Importanti sviluppi nei trattamenti per la FC e nelle strategie di gestione hanno consentito un notevole miglioramento dello stato di salute delle persone affette da FC. È ampiamente riconosciuto che la sopravvivenza sta migliorando (Burgel et al., 2015), fatto attribuibile almeno in parte al trattamento precoce e aggressivo, nonché ai progressi terapeutici (Lopes-Pacheco, 2020).

Tuttavia, l'uso di molteplici farmaci e terapie può essere complesso, impegnativo e dispendioso in termini di tempo per i pazienti di tutte le età e per i loro parenti (Sawicki e Tiddens, 2012; Sawicki et al., 2013). I membri del team multidisciplinare (Multidisciplinary Team, MDT) per la FC spesso hanno interazioni che si protraggono per lungo tempo, talora in modo approfondito, con i pazienti e le loro famiglie. Il team deve fornire assistenza che sia allo stesso tempo sia olistica che incentrata sul paziente/sulla famiglia, con l'obiettivo di aiutare le persone affette da FC a raggiungere un equilibrio tra trattamento ottimale e qualità della vita (Duff e Oxley, 2014).

Sebbene sia i team per la FC che i pazienti adottino volontariamente questa filosofia assistenziale, la realtà è che i regimi di gestione complessi comportano un carico assistenziale sempre crescente per i pazienti e le loro famiglie. Ciò può portare alla mancata aderenza (Bregnballe et al., 2011; Sawicki e Tiddens, 2012) e a bassi livelli di competenza nella somministrazione della terapia, entrambi nocivi per gli esiti sulla salute (Sawicki e Tiddens, 2012).

"Aderenza" è il termine preferito per descrivere il modo in cui i comportamenti relativi alla salute e i pazienti si conformano alle raccomandazioni concordate con i membri del team per la FC ("concordanza" e "livelli di auto-cura" sono altri) (Duff e Latchford, 2010). Una buona aderenza è difficile da definire, ma un'aderenza ottimale quasi universalmente comporta l'assunzione del trattamento giusto, nel modo giusto, al momento giusto. È noto che l'aderenza varia in base alla complessità del regime di trattamento e al modo in cui viene misurata (White et al., 2017; Lopes-Pacheco, 2020).

- Il carico e le difficoltà del trattamento della fibrosi cistica (FC)
- Consequenze dell'aderenza subottimale nella FC



## Consequenze dell'aderenza subottimale nella FC

L'aderenza ottimale è fortemente associata a esiti migliori e a un rischio ridotto di ospedalizzazione (Eakin et al., 2013; Mikesell et al., 2017; Quittner et al., 2014). È stato riscontrato che l'aderenza subottimale è la principale causa in grado da sola di determinare il fallimento del trattamento (Thee et al., 2021), con esiti infausti per la salute (Eakin et al., 2011). È esplicitamente collegata al fallimento del trattamento, a una più scarsa qualità della vita, a una ridotta funzionalità polmonare al basale e a una maggiore morbilità; è inoltre predittiva di necessità di antibiotici per via endovenosa (Briesacher et al., 2011; Duff e Latchford, 2010; Eakin et al. 2011; Eakin et al., 2013; Quittner et al., 2008; Mikesell et al., 2017). Il miglioramento dell'aderenza è anche una delle difficoltà psicosociali più importanti nell'assistenza per la FC oggi (Muther et al., 2018).

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- Interventi



## Fattori associati all'aderenza

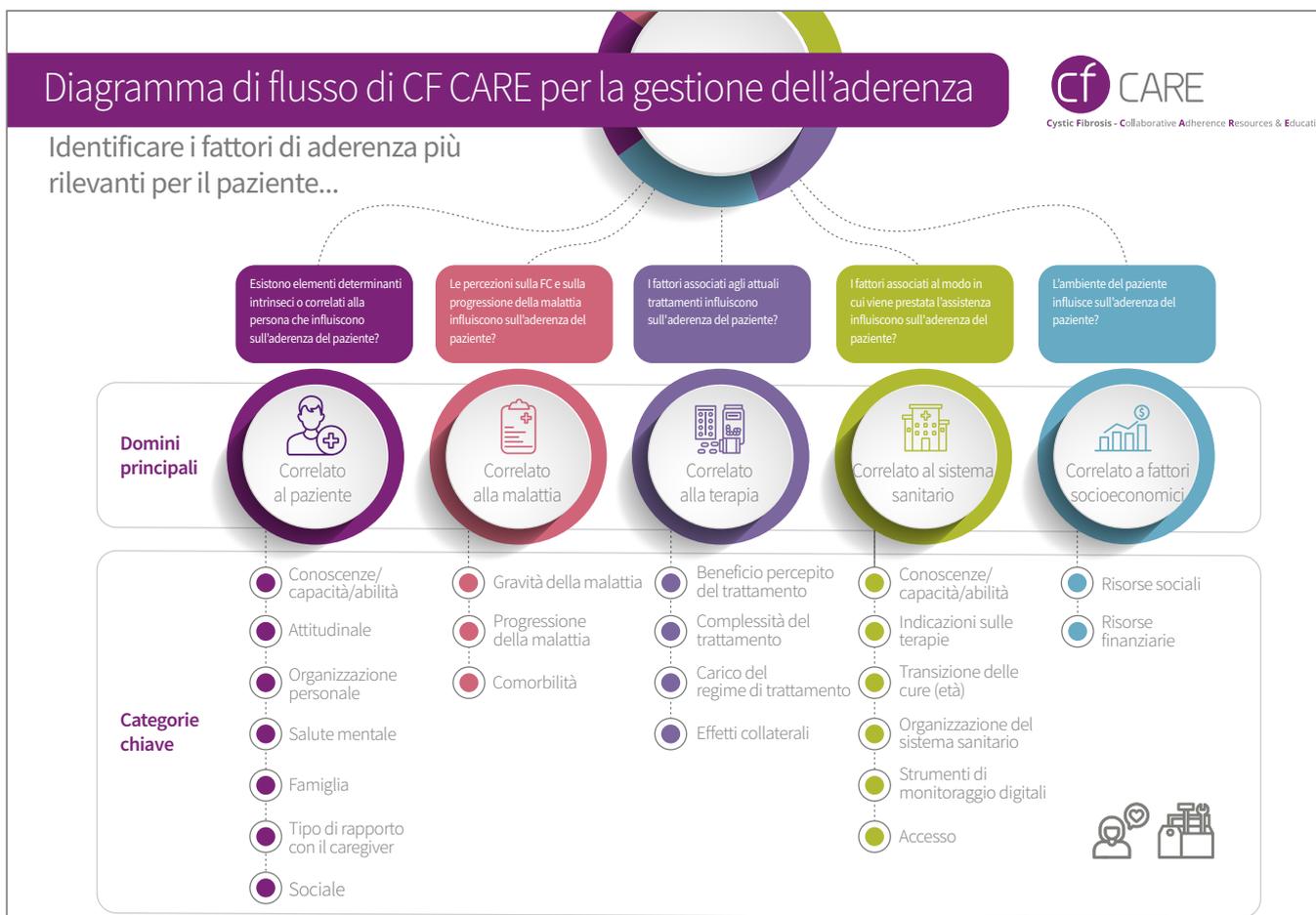
I fattori che influenzano la mancata aderenza al trattamento nella FC sono estesi e possono variare notevolmente da paziente a paziente. Per comprendere meglio questi fattori, abbiamo sviluppato il Diagramma di flusso per la gestione dell'aderenza di CF CARE utilizzando la ricerca più recente sull'aderenza nella FC per fornire una panoramica completa dei fattori determinanti della mancata aderenza e delle strategie per affrontarli.

Nelle seguenti sezioni saranno brevemente esaminati i domini e le categorie principali che sono stati identificati. Una panoramica del diagramma di flusso può essere visualizzata nella figura seguente, che divide i possibili fattori nei seguenti cinque domini principali:

- Fattori correlati al paziente
- Fattori correlati alla malattia
- Fattori correlati alla terapia
- Fattori correlati al sistema sanitario
- Fattori socioeconomici

Il diagramma di flusso interattivo completo è disponibile [qui](#), e include ulteriori studi di supporto e bibliografia, nonché esempi aggiuntivi e possibili interventi. Il diagramma di flusso ha lo scopo di supportarLa nella creazione di piani di assistenza personalizzati per affrontare la mancata aderenza, con l'obiettivo di migliorare gli esiti nella FC.

Esistono molti aspetti che possono influire sull'aderenza ai trattamenti e agli interventi per la FC



- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- Interventi

Correlati al  
paziente

### Fattori correlati al paziente

I fattori correlati al paziente che influiscono sull'aderenza sono di ampia portata e includono fattori intrinseci a ciascun singolo paziente. È noto che le conoscenze, le capacità e le competenze del paziente influiscono sull'aderenza al trattamento e possono includere la conoscenza del trattamento (Pakhale et al., 2016), la conoscenza della malattia (Ohn et al., 2018), la capacità di somministrare la terapia (Zanni et al., 2014) e il livello di istruzione (Flores et al., 2013). Anche l'atteggiamento e l'organizzazione personale del paziente rivestono un ruolo nell'aderenza tramite le sue sensazioni nei confronti del trattamento (Arden et al., 2019) e le sue convinzioni (Happ et al., 2013; Keyte et al., 2019), nonché le sue capacità di gestione del tempo (Ohn et al., 2018) e di assegnazione delle priorità (Nicolais et al., 2019). Anche la salute mentale del paziente può influenzare l'aderenza in presenza, ad esempio, di depressione e ansia (Quittner et al., 2016).

Esistono anche fattori legati all'ambiente che circonda il paziente come il ruolo dei familiari/caregiver e l'ambiente sociale. Il supporto e l'organizzazione della famiglia/dei caregiver possono aiutare od ostacolare l'aderenza del paziente (Prieur et al., 2021). Inoltre, anche la vita sociale e le pressioni sociali (Arden et al., 2019; Hogan et al., 2015; Oddleifson e Sawicki, 2017), nonché la disponibilità di sistemi di supporto non familiari (Helms et al., 2015), possono contribuire all'aderenza.

Correlati alla  
malattia

### Fattori correlati alla malattia

La gravità e la progressione della malattia, nonché la presenza di comorbidità, possono avere un impatto sull'aderenza e sul funzionamento, come le recenti riacutizzazioni polmonari e/o i ricoveri (Mikesell et al., 2017; Quittner, 2014; Eakin et al., 2013), rapporto del paziente con la progressione della malattia (Lomas, 2014; Dziuban et al., 2010) e comorbidità fisiche (Ronan et al., 2017) e di salute mentale (Cohen-Cymerknoh et al., 2018).

Correlati alla  
terapia

### Fattori correlati alla terapia

Vi è anche una miriade di fattori che possono influire sull'aderenza relativa ai trattamenti e agli interventi specifici che i pazienti con FC stanno intraprendendo. Questi includono il beneficio percepito e la complessità del trattamento, nonché la frequenza e la durata dei trattamenti (Sawicki et al., 2015). Ad esempio, i pazienti possono anche manifestare stanchezza, affaticamento o burnout dovuti alla quotidianità dei trattamenti (Eaton et al., 2020). Inoltre, i trattamenti possono causare stress e disagio nella vita quotidiana (Sawicki et al., 2015). Inoltre, gli effetti avversi e la polifarmacoterapia sono anch'essi barriere all'aderenza (Narayanan et al., 2017).

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- Interventi



Correlati al sistema  
sanitario

## Fattori correlati al sistema sanitario

Vi sono molti modi in cui il sistema sanitario e i membri del team per la FC interagiscono con i pazienti per supportare l'aderenza sia quotidianamente che nelle fasi di transizione più importanti. Fondamentali per il funzionamento dei team per la FC e per il loro sostegno all'aderenza sono le conoscenze, la consapevolezza e le capacità comunicative (Duff e Latchford, 2010). Più in generale, il modo in cui il sistema sanitario è organizzato in termini di supporto del team multidisciplinare (Zobell et al., 2017), nonché di protocolli e valutazioni dell'aderenza (Riekert et al., 2015; Santuzzi et al., 2020), influenzerà l'aderenza dei pazienti. Inoltre, se è vero che gli strumenti digitali di monitoraggio possono supportare l'aderenza al trattamento (Calthorpe et al., Thorax. 2020), anche l'aderenza di un paziente a questi strumenti sarà differente in base a fattori quali la preferenza del paziente (Calthorpe et al., BMJ Open Respir Res 2020), che deve essere a sua volta presa in considerazione.

Anche il modo in cui i pazienti interagiscono con il sistema sanitario cambia con l'età (Ohn et al., 2018) e quando la loro situazione individuale cambia in relazione alla facilità di accesso ai servizi, ad esempio la distanza dai servizi ambulatoriali se si spostano per lavoro, all'istruzione o ad altri motivi (Abraham et al., 2018). Questi fattori possono tutti avere un impatto sull'aderenza del paziente e sul suo monitoraggio.



Correlati ai fattori  
socio-economici

## Fattori socioeconomici

Infine, esistono risorse sociali e finanziarie a cui i pazienti possono avere accesso che possono facilitare l'aderenza. Le risorse sociali includono il livello di istruzione (Flores et al., 2013) e gli aspetti in ambito familiare che supportano l'aderenza (Everhart et al., 2014). Le risorse finanziarie comprendono il reddito familiare (Oates et al., 2015) e la rimborsabilità dei trattamenti (Li et al., 2018). Questi fattori possono influenzare anche gli aspetti dei quattro domini precedenti.

Insieme, questi domini principali mostrano la rete complessa e sovrapposta di fattori che possono portare ad un'aderenza subottimale nei pazienti con FC. Se Le interessa avere maggiori informazioni su questi fattori e sugli interventi specifici, consulti il diagramma di flusso per la gestione dell'aderenza di CF CARE [qui](#).

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- Interventi



## Misurare l'aderenza

La misurazione accurata dell'aderenza è molto importante, in quanto i dati indirizzeranno e supporteranno qualsiasi intervento con i pazienti. Tra i fattori importanti responsabili della contraddittorietà dei tassi di aderenza riportati vi sono le tecniche di misurazione variabili e inaffidabili (per es. autovalutazione, conteggio dei flaconi e raccolta delle prescrizioni). Anche nei casi in cui la comprensione da parte del paziente della malattia e del piano di trattamento sia soddisfacente, la misura accurata dei tassi di aderenza (intesa come percentuale della prescrizione) è metodologicamente difficile.

È quindi fondamentale che i team per la FC che nutrono dubbi sull'aderenza dei loro pazienti seguano le linee guida più aggiornate sulla miglior pratica clinica. Queste comportano (i) misurazione delle conoscenze sulla malattia e sul trattamento, comprensione della malattia e del piano di trattamento e dei fattori che bloccano l'aderenza sia a livello individuale che familiare, (ii) stabilire piani di trattamento completi con copie cartacee per pazienti e genitori, e (iii) triangolare i dati utilizzando almeno due modalità di valutazione (per es. diario giornaliero e monitoraggio elettronico) e quindi esaminando la concordanza tra due o più risultati, in cui dati elettronici hanno la precedenza (Quittner et al., 2008; NICE, 2009).

È inoltre utile che i team per la FC dispongano di strumenti pratici per verificare con i pazienti *come ritengono* di procedere per quanto riguarda i propri trattamenti. Si potrebbe semplicemente chiedere, ma l'uso di strumenti brevi potrebbe essere più utile. Abbiamo sviluppato uno strumento chiamato the Brief Adherence Rating Scale, che utilizza tre scale analogiche visive che valutano quanto i pazienti ritengano di far bene in merito ai trattamenti, quanto trovino semplice seguirli, e se ritengano di dover cambiare il proprio comportamento attuale. Questo strumento è inteso come un suggerimento per la discussione piuttosto che come una misura affidabile, ma può essere utile per avviare una conversazione o a monitorare il cambiamento nel tempo.

La Brief Adherence Rating Scale, insieme ad altri pratici strumenti è disponibile nel kit degli strumenti per l'aderenza allegato **qui** sul sito Web di CF CARE.

Per facilitare ulteriormente il dialogo con i Suoi pazienti, abbiamo anche sviluppato uno strumento chiamato Scala analogica visiva per l'aderenza e la mancata aderenza (Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence, VASANA). Questo strumento può essere utilizzato per monitorare l'efficacia con cui i pazienti stanno assumendo farmaci specifici e può aiutare a concentrare la discussione sui farmaci con cui i pazienti hanno difficoltà. Lo strumento VASANA è disponibile **qui** sul sito Web di CF CARE.

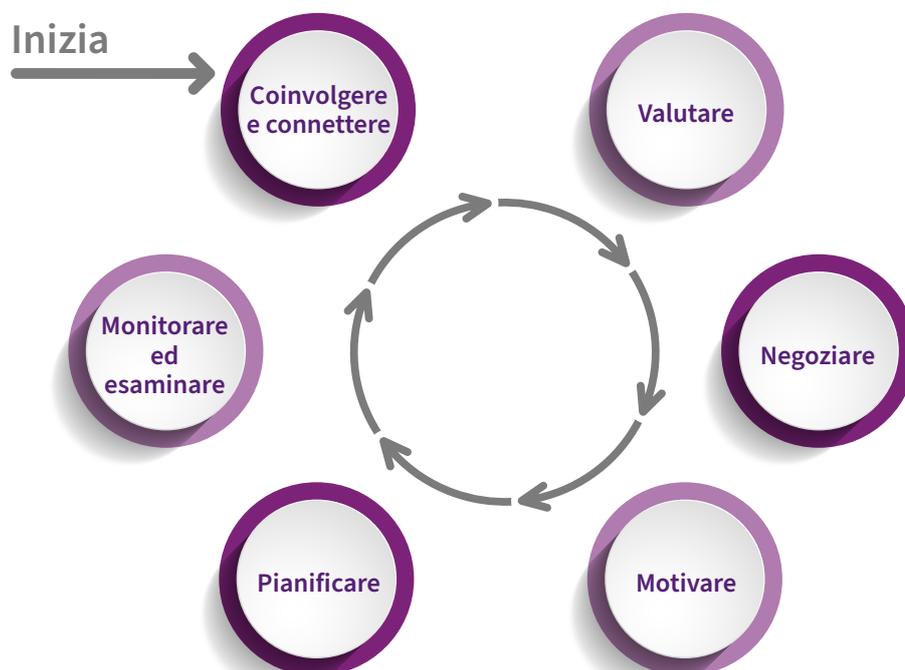
- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- **Interventi**



## Interventi

Il lavoro svolto con i pazienti per aumentare l'aderenza è composto da sei fasi principali, descritte nelle pagine seguenti. Queste fasi devono avere luogo nel contesto delle visite di routine in clinica e in reparto piuttosto che durante consulti separati.

**Le sei fasi principali coinvolte nel processo di assistenza ai pazienti che aumentano l'aderenza**



### Coinvolgere e connettere: stabilire un tipo di rapporto collaborativo con il paziente

Gli interventi iniziano con il dialogo. Tuttavia, affinché un team per la FC possa parlare in modo efficace di argomenti potenzialmente sensibili con un paziente, deve esserci un senso di coinvolgimento e di connessione fra loro. Nel Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service, NHS) in Inghilterra, ad esempio, il reclamo più comune fornito per iscritto nel 2020 riguardava la comunicazione (NHS Digital, 2021).

Nell'assistenza per la FC, l'importanza di ottimizzare la comunicazione fra i medici e i pazienti e le famiglie che convivono con la FC è ben nota, in particolare per quanto riguarda l'assistenza quotidiana, l'aderenza e le preoccupazioni di tipo psicosociale. In uno studio pubblicato nel 2020, medici esperti di FC hanno evidenziato la necessità di risorse e formazione per coinvolgere meglio i propri pazienti in aree ad alta priorità come le difficoltà sociali, psicologiche ed economiche, la preparazione per la transizione all'età adulta e il sostegno dell'assistenza quotidiana. Inoltre, elevate capacità di comunicazione che promuovano la creazione di fiducia sono state indicate come estremamente utili (Cooley et al., 2020).

La base di una buona comunicazione è l'ascolto. L'ascolto e la comprensione aiutano durante i colloqui a ottenere il massimo numero di informazioni cliniche da parte del paziente. È fondamentale rendersi conto che un buon ascolto non è un processo passivo; comporta molto più che stare seduti in silenzio. L'ascolto attivo induce i pazienti a impegnarsi attivamente nella gestione della propria salute e porta all'instaurarsi di un'autentica collaborazione tra paziente e operatore sanitario. Induce anche a un dialogo più sincero e, in ultima analisi, più utile. L'ascolto attivo si ottiene ascoltando quanto segue:

- Il contenuto del messaggio
- Assenza di interruzioni
- Le sensazioni di chi parla
- Assenza di giudizi

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- **Interventi**



A sua volta, una risposta ottimale è costituita da 'OARS' (Miller e Rollnick, 1991):

**Domande a risposta aperta (Open-ended questions):** Non è possibile rispondere a queste domande con una sola parola o frase. Ad esempio, invece di chiedere: "Le piace bere?", un medico potrebbe chiedere: "Cosa pensa riguardo al bere?"

**Affermazioni (Affirmations):** Un medico può incoraggiare e commentare positivamente i punti di forza, la motivazione, le intenzioni e i progressi di un paziente. Mantenere alto il morale è molto importante, soprattutto se si desidera che il paziente compia una scelta difficile, come quella di mettersi al passo con il trattamento, dove la fiducia sarà un fattore importante

**Ascolto riflessivo (Reflective listening):** Un medico può dimostrare di aver ascoltato e compreso il paziente ripetendo ciò che il paziente ha espresso. Ci sono modi diversi per farlo, che vanno dal più semplice (ripetere solo ciò che è stato detto, magari cambiando alcune parole) al più complesso (ribadire il significato di ciò che è stato detto – o almeno ciò che si pensa sia stato detto)

**Riassunti (Summaries):** Ricapitolare ciò che è stato discusso può essere molto utile. Permette un'utile pausa nella conversazione prima che essa prenda una direzione diversa. Anche mettere insieme diversi elementi può essere un metodo molto efficace ad esempio, riprendere i diversi modi in cui una persona potrebbe aver parlato delle proprie preoccupazioni

In una relazione realmente collaborativa, i team per la FC possono avere un dialogo aperto e sincero con i pazienti. Lungo il percorso, vengono fornite informazioni e formazione e il paziente è responsabilizzato a compiere le scelte che lo interessano con un supporto. In tali interazioni, i pazienti sentono di avere un certo controllo sul regime di trattamento. Si informano e conoscono bene la FC e le proprie cure e possono quindi negoziare con il loro team da una prospettiva consapevole.

La collaborazione è la chiave del successo. Senza di essa, i pazienti non crederanno nella sincerità del team in merito alla propria capacità di affrontare la situazione e di migliorare la propria aderenza. Inoltre, è meno probabile che credano ai consigli e li seguano. L'importanza di stabilire una comunicazione significativa con i pazienti attraverso l'ascolto riflessivo, nonché un resoconto approfondito dell'OARS, è disponibile **qui**.

## Valutare

Una buona valutazione non è incentrata solo sull'attuale comportamento di aderenza, anche se è importante. La valutazione deve includere tutti i fattori che possono influenzare il comportamento di aderenza. In generale, una valutazione completa deve:

- Stabilire il comportamento attuale
- Stabilire le conoscenze attuali
- Valutare le convinzioni attuali
- Valutare le risorse
- Valutare il ruolo di famiglia/amici/partner del paziente
- Valutare ostacoli/fattori di facilitazione
- Valutare nel dettaglio qualsiasi situazione problematica

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- Interventi



## Negoziare

Come accennato nelle sezioni precedenti, è importante considerare il modo in cui la relazione terapeutica possa essere utilizzata al meglio per migliorare l'aderenza. I principi della vera collaborazione determinano:

- **Conversazioni aperte e sincere**
- **Trasmettere i messaggi fondamentali**
- **Ascoltare e comprendere un paziente attivamente coinvolto**

È nel contesto della relazione realmente collaborativa che la discussione e la negoziazione sui piani di trattamento possono avere luogo in modo efficace.

Sebbene i team per la FC detengano la responsabilità clinica e non possano apertamente approvare un regime ridotto/modificato, questa posizione deve essere bilanciata con una valutazione realistica di ciò che un paziente farà effettivamente quando viene dimesso da una degenza in ospedale o lascia l'ambulatorio.

In molti casi, sarà necessario condividere il dilemma con il paziente. Il colloquio potrebbe iniziare utilizzando il seguente approccio:

***“In qualità di componente del team per la FC, ho la responsabilità di fornirLe le migliori cure possibili e di consigliarLa su un piano di trattamento che raggiungerà questo obiettivo. Tuttavia, Lei mi sta dicendo che attenersi a questo piano è, in questo momento, un impegno troppo gravoso per Lei e che non ce la fa. Quindi cosa facciamo?”***

### Quando si negozia, devono essere presi in considerazione tre aspetti

<b>Con chi dobbiamo negoziare?</b>	Pazienti, genitori, caregiver, partner, fratelli/sorelle
<b>Cosa dobbiamo negoziare?</b>	Solo gli aspetti del trattamento a cui il paziente non è in grado di aderire in modo ottimale
<b>Quando dobbiamo negoziare?</b>	Quando è certo che il paziente ha una buona conoscenza e comprensione del trattamento in questione Quando i tentativi tradizionali di sostenere il paziente nell'aderire al trattamento non hanno avuto successo

## Motivare

L'idea del cambiamento è percepibile, ma la decisione, ovviamente, spetta al paziente. Sappiamo, però, che non cambiare è sempre l'opzione più facile per le persone, soprattutto quando il cambiamento che devono intraprendere è difficile e significa affrontare paure e preoccupazioni sulla loro malattia.

Sappiamo che aiutare i pazienti a lavorare per se stessi è sempre un'opzione migliore rispetto a quella di un team per la FC che dà suggerimenti. Quindi, in che modo un membro del team per la FC dovrebbe cercare di affrontare il bias creato dalla tentazione di mantenere lo *status quo*? Il team per la FC può affrontare questo problema aiutando i pazienti a esplorare tutti i propri pensieri e sentimenti riguardo alla scelta di cambiare o meno. In ultima analisi, ciò comporterà un conflitto tra convinzioni incompatibili o incoerenti. La teoria della "dissonanza cognitiva" è un concetto utile per comprendere questo processo. La dissonanza cognitiva è stata proposta da Leon Festinger (Festinger, 1957) per descrivere una situazione in cui esistono due convinzioni incompatibili che non possono essere entrambe vere. La dissonanza tra le convinzioni, come quando c'è qualcosa che si ritiene di dover fare ma non lo si sta facendo (per es. smettere di fumare), se gestita nel modo giusto, fa sentire a disagio e provoca uno slancio verso il cambiamento.

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- **Interventi**



Le capacità di ascolto attivo devono essere utilizzate per identificare le discrepanze tra i pensieri e i comportamenti dei pazienti (queste sono spesso definite "discrepanze in fase di sviluppo"). Ciò consente una valutazione di quanto i pazienti ritengano importante il cambiamento (ovvero aumentare la propria aderenza) e di quanto si sentano sicuri di poterlo ottenere. In realtà, i pazienti di solito sono già consapevoli della maggior parte delle discrepanze, ma le persone sono abili a non pensare alle cose che non stanno facendo (ma che dovrebbero fare) che le fanno sentire in colpa o a disagio.

Lo sviluppo di discrepanze tra gli obiettivi o i valori dei pazienti e il loro comportamento attuale viene discusso in maggior dettaglio [qui](#).

## Pianificare

Quando una persona ha deciso di cambiare, avere un piano può fare la differenza tra successo e fallimento. Il primo passo della fase di pianificazione prevede la definizione degli obiettivi. È allettante stabilire obiettivi vaghi, per es. "assumere tutti i miei farmaci" o "stare semplicemente meglio". Tuttavia, se gli obiettivi non sono chiari, il cambiamento può rivelarsi problematico e il successo sarà quasi certamente impossibile da valutare. Il modo migliore per stabilire degli obiettivi è renderli "SMART":

- **S**pecifici
- **M**isurabili
- **A**ttuabili
- **R**ilevanti
- **T**empo-dipendenti

SMART consente di definire in modo inequivocabile gli obiettivi, misurati con un livello accettabile di certezza, realistici, pertinenti agli scopi del paziente e raggiungibili entro un lasso di tempo ragionevole. Vale la pena sottolineare che di solito è meglio iniziare con piccoli passi preliminari per aumentare la fiducia del paziente.

Una volta concordati gli obiettivi, è possibile implementare un piano di cambiamento. Scrivere un piano del cambiamento impegna il paziente a cambiare e gli ricorda le ragioni per cui desidera cambiare. Aiuta i pazienti a concentrarsi su ciò che faranno effettivamente e li aiuta a riflettere su quali cose possono rendere il cambiamento più facile (o più difficile). In generale, le persone hanno maggiori probabilità di fare qualcosa se la scrivono, rendendo così l'impegno un po' più formale.

**Abbiamo sviluppato un modello di Piano di trattamento individuale che può aiutare i pazienti ad assumere il controllo del proprio trattamento e a superare gli ostacoli all'aderenza. Questo modello di documento è disponibile [qui](#) sul sito web di CF CARE.**

La chiave per un cambiamento di successo è la pianificazione. Anche se la maggior parte delle persone è impaziente di cambiare, lanciarsi in un cambiamento senza preparazione con tutta probabilità porterà al fallimento. Allo stesso tempo, il secondo motivo più comune di fallimento è non iniziare affatto. Anche quando è stata presa una decisione, è facile rimandare l'avvio di un piano.

Ogni volta che qualcuno inizia a cambiare, è molto probabile che incontri ostacoli lungo il percorso. Questi ostacoli possono ritardare o arrestare il processo di cambiamento o impedirne l'avvio. Una strategia utile per aiutare i pazienti a superare gli ostacoli è quella di adottare piani di implementazione basati sulle intenzioni espresse dal paziente. La ricerca ha dimostrato che l'uso di questa semplice tecnica può produrre un effetto medio-grande sulle percentuali di raggiungimento degli obiettivi (Gollwitzer e Sheeran, 2006; Gollwitzer e Sheeran, 2008; Gollwitzer, 2014).

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- **Interventi**



I piani di implementazione basati sulle intenzioni espresse dal paziente aiutano i pazienti a preparare un piano d'azione per eventuali ostacoli al cambiamento. Dedicare del tempo a prevedere ciò che potrebbe succedere è utile di per sé, ma questa tecnica comporta anche la generazione di possibili soluzioni. Soprattutto, l'ostacolo e la soluzione vengono messi per iscritto prima del tentativo di cambiamento, il che significa che la soluzione è già ben pianificata ancora prima di incontrare il problema. Gli ostacoli e le soluzioni devono essere scritti in un formato che non lasci spazio a dubbi su ciò che accadrà:

"Se si verifica \_\_\_\_\_, allora farò \_\_\_\_\_."

Durante il processo di pianificazione, l'esperienza e le conoscenze del medico si riveleranno molto utili per il paziente. È importante che il membro del team per la FC ricordi di non passare alla "modalità esperto" dicendo ai pazienti cosa fare. Al contrario, ai pazienti deve essere chiesto se potrebbe essere utile se venissero informati di ciò che gli altri pazienti hanno trovato utile. "Guidare" è una descrizione molto adatta di questo processo: consigliare, ascoltare e adattarsi alle esigenze del paziente.

L'obiettivo di qualsiasi cambiamento comportamentale è di renderlo una routine in modo che il comportamento diventi automatico (abituale). Nei primi giorni, il comportamento target potrebbe essere aggiunto deliberatamente a una routine già stabilita in modo che sia assimilato a un'attività o a una routine quotidiana. In alternativa, un consiglio/un'indicazione potrebbe servire come promemoria per il paziente. Esempi di consigli/indicazioni sono:

- **Avvisi sonori sul cellulare, adesivi, collocazione dei farmaci in un luogo in cui sarà facile vederli**
- **Comportamento incorporato in una sequenza di routine o comportamentale preesistente e utilizzato come indizio (per es. lavarsi i denti)**
- **Uso di amici/familiari/partner (identificati dal paziente) come fonte di promemoria e supporto**

Un'altra tecnica utile è incoraggiare il paziente a visualizzare i possibili problemi e immaginare di gestirli con successo utilizzando le risposte pre-pianificate che sono state concordate insieme. Il processo di visualizzazione rende molto più probabile che il paziente affronti meglio la vita reale.

È importante ricordare il ruolo fondamentale svolto dalle convinzioni del paziente, come discusso in precedenza. Può darsi che queste convinzioni vengano sollevate durante la fase di pianificazione, quindi è meglio essere pronti a discuterne con il paziente.

Il consiglio finale è quello di usare un rinforzo. È un mito comune che il modo più potente per cambiare il comportamento sia la minaccia di una punizione. In realtà, il rinforzo positivo è un incentivo molto più forte e può essere utilizzato in modo efficace per facilitare un cambiamento dei piani del paziente. È consigliabile che un membro del team per la FC dedichi del tempo a individuare la possibile ricompensa per i pazienti che riescono a cambiare, definendo chiaramente modalità di assegnazione e natura della ricompensa. Anche la registrazione è molto utile. È importante che le ricompense siano effettivamente ricevute, poiché ciò associa il comportamento alla ricompensa. I rinforzi più efficaci sono psicologici perché danno al paziente il senso di avere il controllo e di fare la cosa giusta, e lo rendono fiero e sicuro di sé. D'altro canto, la maggior parte di noi risponde anche a rinforzi più materiali (sia che si tratti di fare acquisti o di cioccolato!).

- Fattori associati all'aderenza
- Misurare l'aderenza
- Interventi



## Monitorare ed esaminare

La fase finale consiste nel monitorare ciò che accade dopo che un paziente ha iniziato il cambiamento. È importante dedicare del tempo a esaminare i progressi, riflettere sui successi e rivedere il piano se non funziona. Soprattutto, è importante mantenere alto il morale e mantenere l'attenzione sul cambiamento. Il cambiamento non è facile e spesso richiede diversi tentativi per avere successo.

Quando le persone raggiungono il cambiamento, a volte dimenticano di attribuirsi il merito. A volte rispondono con commenti come "non è niente di speciale – avrei dovuto farlo comunque anni fa". Questo potrebbe essere dovuto al fatto che si sentono in colpa per aver avuto bisogno di supporto per cambiare. In queste situazioni è importante normalizzare il processo, per ricordare ai pazienti che molte persone hanno difficoltà con il cambiamento e per sottolineare l'ottimo lavoro dei pazienti. Se un membro del team per la FC ha pianificato una ricompensa, deve assicurarsi che il paziente l'abbia ricevuta.

Il modo migliore per garantire che qualcuno continui a fare dei cambiamenti è aiutarlo a capire che i cambiamenti che ha fatto sono positivi.

Ulteriori interventi mirati a fattori specifici che causano un'aderenza subottimale sono descritti in dettaglio nel Diagramma di flusso della gestione dell'aderenza alle cure per la FC che si trova [qui](#) sul sito Web di CF CARE.

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



## Background sul CM

Il CM è un intervento concepito per le situazioni in cui un paziente deve apportare un cambiamento comportamentale, ma non è sicuro, talvolta fino ad essere ostile all'idea. Si basa sul concetto che il primo passo in qualsiasi colloquio è avviare una conversazione. Utilizza quindi strategie particolari per guidare questa conversazione verso il cambiamento.

Il background del CM si basa sul trattamento delle persone con problemi di alcol. L'approccio tradizionale era quello di mettere una persona di fronte alle conseguenze del suo problema legato al consumo di alcolici, ritenendo che a meno che non ammettesse di avere un problema, non avrebbe mai potuto migliorare.

Quando questo veniva fatto, tuttavia, le persone con cui avveniva il confronto reagivano, com'era prevedibile, negando di avere un problema. Molti reagivano non ascoltando e inventando i motivi per cui il loro consulente si sbagliava ("non bevo più di chiunque altro..."). Chi forniva consulenza era tentato di dare la colpa al paziente, vedendolo come una persona "senza alcuna forza di volontà" e "senza alcuna motivazione".

Il primo articolo sul CM, scritto dallo psicologo Bill Miller in New Mexico (1983), affrontava questo problema attingendo alla sua pratica clinica. A differenza delle convinzioni dell'epoca, ha suggerito che sarebbe potuto essere più appropriato vedere il rifiuto del cambiamento come un risultato della situazione che si è creata nella sessione di counselling piuttosto che come il risultato di una mancanza di volontà o di motivazione a risolvere il problema. In parole povere, il conflitto genera resistenza e rifiuto.

Bill Miller suggerì una serie di modi in cui un consulente avrebbe potuto cercare di evitare un confronto, e questo ha gettato le fondamenta del CM (Miller, 1983). Il CM è stato ulteriormente sviluppato in collaborazione con lo psicologo Stephen Rollnick, uno psicologo clinico originario del Sud Africa, che ha in seguito lavorato nel campo delle dipendenze nel Regno Unito. Stephen Rollnick ha potuto constatare la rilevanza di questo approccio sui setting riguardanti la salute fisica, in particolare sul cambiamento dello stile di vita e sul livello di aderenza conseguente. Bill Miller e Stephen Rollnick hanno continuato a collaborare al primo libro sul CM e a molte pubblicazioni (per es. Miller e Rollnick, 1991; Rollnick e Miller, 1995; Rollnick et al., 2007; Arkowitz et al. 2017).

***Uno stile di counselling direttivo, incentrato sul cliente che stimoli il cambiamento comportamentale aiutando i clienti a esplorare e risolvere l'ambivalenza. Rollnick e Miller, 1995***

A volte sembra strano vedere il CM sia come direttivo sia come incentrato sulla persona, poiché gli approcci incentrati sulla persona non sono tradizionalmente direttivi. Ciononostante, è una buona descrizione, in quanto l'obiettivo dell'intervento è incoraggiare il paziente a cambiare il proprio comportamento.

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



## Teoria del CM

### Principi fondamentali del CM

Sebbene il CM abbia le sue radici nella pratica clinica, è chiaro che i principi alla base del CM hanno alle spalle una lunga storia. Possono essere riassunti in sei principi generali:

#### Principio 1: Alle persone non deve essere detto cosa fare

Anche se un membro del team per la FC fornisce il consiglio corretto, la maggior parte delle persone generalmente non si attiene a ciò che viene loro detto di fare. Se le persone non sentono di avere la possibilità di scegliere, avvertono un reale bisogno di fare tutto quello che gli è stato detto di non fare, per dimostrare che hanno ancora libero arbitrio. Questo fenomeno è descritto dalla 'teoria della reattanza' sviluppata da Jack Brehm nel 1966.

#### Principio 2: Ascolto

Se un membro del team per la FC non è in grado di ascoltare e coinvolgere i pazienti nella conversazione, è improbabile che questi cambino. Questa parte del CM ha le sue radici nel counselling incentrato sul paziente, proposto da Carl Rogers, che sosteneva che il cambiamento può essere facilitato fornendo alle persone terapeuti che adottino uno stile non direttivo, che siano empatici, genuini nei loro tentativi di capire, accoglienti nelle loro risposte, ma che soprattutto ascoltino (Rogers, 1975).

#### Principio 3: È il paziente a dover dire al membro del team per la FC che è necessario un cambiamento

La cosa migliore che può accadere è che i pazienti spieghino a un membro del team per la FC perché dovrebbero cambiare. Se i pazienti lo dicono da soli senza che il membro del team per la FC lo dica per primo, è molto più efficace. Inoltre, anche le ragioni tendono a essere più efficaci: se le persone fanno qualcosa perché pensano che sia giusto, queste persone hanno maggiori probabilità di andare fino in fondo rispetto a se lo facessero per accontentare qualcun altro.

#### Principio 4: Dissonanza cognitiva

Come accennato nella sezione "interventi" (disponibile [qui](#)), la dissonanza cognitiva è stata proposta da Leon Festinger (1957) come una caratteristica delle situazioni in cui le persone sono in difficoltà con una scelta di cambiamento, che le fa sentire a disagio: se gestita in modo appropriato, produce uno slancio verso il cambiamento.

La dissonanza cognitiva è un fenomeno molto potente che tutti noi abbiamo vissuto. Il CM si riferisce a questo (o all'ambivalenza, un concetto correlato) e mira a utilizzare una comprensione dei principi per incoraggiare il cambiamento. Se il contrasto tra le due scelte viene fatto emergere, le persone provano il bisogno di risolvere il conflitto compiendo una scelta.

#### Principio 5: Le persone devono sentirsi sicure prima di cercare di cambiare

Anche se i pazienti sono convinti della necessità di cambiare, se non si sentono sicuri, è improbabile che provino. Peggio ancora, possono sentirsi depressi quando si rendono conto della loro situazione. Se l'autostima è alta, i pazienti si sentiranno sicuri e avranno molte più probabilità di avere successo. Il CM è esplicito sulla necessità di mantenere alto il morale.

#### Principio 6: L'ambivalenza è normale

È normale che gli esseri umani siano incerti su cosa fare, soprattutto se la scelta è difficile o comporta un cambiamento difficile.

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



## Le strategie del CM

*Il CM ha avuto un orientamento pratico. Le strategie del CM sono più persuasive che coercitive, più di supporto che argomentative. L'intervistatore motivazionale deve procedere con un forte senso dello scopo, chiare strategie e competenze per perseguire tale scopo e il tempismo per intervenire nel modo giusto al momento giusto. Miller e Rollnick, 1991*

Le quattro strategie chiave del CM sono (Miller e Rollnick, 1991) le seguenti:

- 1. Esprimere empatia attraverso l'ascolto attivo**
- 2. Sviluppare una discrepanza tra obiettivi/valori e comportamento attuale**
- 3. Adeguarsi alla resistenza invece di opporvisi direttamente**
- 4. Sostenere l'autoefficacia e aumentare la fiducia in sé**

I membri del team di assistenza per la FC che hanno adottato il CM come stile preferito hanno trovato l'uso dell'OARS (domande a risposta aperta, affermazioni, ascolto riflessivo, riassunti, descritti in dettaglio nella sezione precedente) e l'elicitazione di dichiarazioni automotivanti (in cui il paziente esprime dubbi e intenzioni personali, piuttosto che cercare di persuadere il paziente che sia necessario un cambiamento) particolarmente utile nelle prime fasi del trattamento.

### Esprimere empatia attraverso l'ascolto attivo

Il primo obiettivo del team per la FC quando lavora con un paziente è quello di aprire la conversazione. Anche se il team per la FC può preoccuparsi di un paziente, in particolare quando è urgente un cambiamento nel comportamento, gli interventi che vengono implementati in fretta possono non avere alcuna efficacia se il team non ascolta in modo riflessivo. Non importa se un servizio sanitario ha accesso ai migliori trattamenti medici disponibili; se i pazienti non ritornano per un appuntamento, non potranno trarne beneficio. Si tratta di una situazione difficile, ma la maggior parte delle volte è più importante che i medici si coinvolgano con i pazienti, in modo che i pazienti siano più propensi a rispondere a ciò che i medici dicono e a tornare, piuttosto che per i medici passare in rassegna l'intera lista di cose che devono essere fatte.

Si può pensare che le conversazioni operino su due livelli. Al primo livello (o superficiale), le interazioni sono educate, formali o limitate. Al secondo livello, più profondo, i medici dedicano del tempo a scoprire cosa sta succedendo al paziente e come si sente. Il primo livello caratterizza la maggior parte delle consulenze che avvengono nella clinica. Per la maggior parte delle volte, ciò è sufficiente. A volte, però, il primo livello non è sufficiente per ottenere una buona comprensione dei problemi che interessano i pazienti e per aiutarli. Il secondo livello caratterizza le conversazioni che le persone hanno con coloro che sono vicini a loro e di cui si fidano. Se c'è un problema significativo che impedisce l'aderenza, è improbabile che emerga in clinica, a meno che la conversazione non si sposti su un livello più profondo.

La maggior parte delle persone è esperta nel condurre conversazioni a un livello più profondo e tutti noi le facciamo di tanto in tanto. In clinica, tuttavia, i membri del team per la FC solitamente adottano un modo di interagire che mantiene le cose a un livello più superficiale. È un ottimo modo per i membri del team per la FC di rimanere concentrati e utilizzare il tempo in modo efficace. A volte, tuttavia, i medici devono avere la possibilità di utilizzare le proprie capacità naturali per portare la conversazione con il paziente a un livello più profondo, al fine di aiutarlo a risolvere un problema di aderenza.

Il team per la FC può utilizzare una serie di competenze per far sentire i pazienti a proprio agio e perché questi abbiano la possibilità di aprirsi e di sentirsi compresi se confidano alcune emozioni difficili. Ciò può essere ottenuto attraverso l'uso di **OARS**.

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



### DOMANDE A RISPOSTA APERTA (OPEN-ENDED QUESTIONS)

Le domande a risposta aperta sono molto utili per aprire una conversazione e circoscrivere le ipotesi sullo stato dei pazienti o su come si sentono. Di seguito sono riportati alcuni esempi di domande a risposta aperta e chiusa:

#### Domanda a risposta chiusa

Sta utilizzando il nebulizzatore?

Ritiene che sia una buona idea usare regolarmente il nebulizzatore?

Ha usato il nebulizzatore oggi?

Le piace fumare?

Com'è stato il Suo uso di farmaci questa settimana, rispetto alla scorsa settimana: maggiore, inferiore o più o meno lo stesso?

Quanto tempo fa ha usato il nebulizzatore?

#### Domanda a risposta aperta

Mi può dire perché è qui oggi?

Cosa pensa della possibilità di utilizzare regolarmente il nebulizzatore?

Mi parli del Suo uso del nebulizzatore durante una settimana tipica

Cosa ne pensa dell'abitudine al fumo?

Com'è stato il Suo uso dei farmaci nell'ultima settimana?

Mi parli dell'ultima volta che ha usato il nebulizzatore

### AFFERMAZIONI (AFFIRMATIONS)

Le affermazioni aiutano a mantenere alto il morale, rendendo più probabile il tentativo di cambiamento. È importante che l'incoraggiamento e il supporto del medico siano autentici, in quanto ciò può avere un effetto significativo sul corso della conversazione. Un modo per farlo è tramite affermazioni di riconoscimento dei punti di forza dei pazienti:

Per esempio:

*"Non tutti riescono a smettere di fumare come ha fatto Lei."*



Operatore  
sanitario

### Ascolto riflessivo (REFLECTIVE LISTENING)

L'ascolto riflessivo si riferisce al processo del riaffermare ciò che un paziente ha detto. La riflessione può essere semplice e intuitiva, ad esempio rispecchiando il contenuto principale di una dichiarazione (riflessione del contenuto). Questa è la risposta più semplice alla resistenza: la non resistenza – ripetendo l'affermazione del paziente in forma neutra. Riconosce e convalida ciò che ha detto il paziente e mostra che il membro del team per la FC lo sta ascoltando.

Per esempio:

*"Le ultime settimane sono state dure per me."*



Paziente

*"Sembra che le cose non stiano andando molto bene."*



Operatore  
sanitario

Tuttavia, la riflessione può anche essere complessa ed efficace, ad esempio rispecchiando un significato tratto da una conversazione avvenuta in precedenza che ha un impatto su ciò che il paziente ha appena detto a un membro del team per la FC (**riflessione del significato**). Si tratta di un modo efficace per aiutare un paziente a parlare e a pensare a qualcosa, come cambiare il suo comportamento.

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



Per esempio:



*"Sono stato bravissimo ad assumere il farmaco; poi mi sono stufato e ho saltato tutto il fine settimana."*

*"Si sente turbato perché pensa di aver deluso Se stesso."*

Operatore  
sanitario

Le riflessioni del significato danno al membro del team per la FC l'opportunità di contribuire a far progredire la conversazione verso argomenti più significativi, mostrando al paziente che il membro del team sta ascoltando e comprendendo. Questa tecnica può sembrare rischiosa, ma se utilizzata in modo appropriato, determinerà invariabilmente una comprensione più profonda. Anche se il membro del team si è sbagliato, il paziente di solito dirà ciò che sta realmente succedendo.

Un'altra forma di riflessione è la **riflessione amplificata**, in cui il membro del team per la FC esagera ciò che un paziente ha appena detto, nei casi in cui il paziente sia particolarmente negativo e la conversazione sia bloccata. Questa tecnica comporta un rischio maggiore, ma può essere molto efficace e eseguita correttamente e può portare a una rivalutazione da parte del paziente.

Esiste un'altra forma che, se utilizzata correttamente, può essere molto utile: la riflessione bilaterale. Implica rispecchiare diverse affermazioni contrastanti fatte da un paziente ripetendole in un certo ordine, in modo che l'ultima cosa da dire porti la conversazione a parlare del cambiamento. È meglio spiegarlo attraverso un esempio:



*"So che devo ottenere il controllo dell'assunzione dei miei farmaci, ma non riesco a immaginare di poter cambiare."*

Paziente

La tendenza è rispecchiare in questo modo:

*"Quindi, sta dicendo che vede la necessità di migliorare la gestione dei Suoi farmaci, ma al momento non riesce a visualizzarsi mentre lo fa."*

Operatore  
sanitario

Una risposta tipica potrebbe essere:



*"No, non al momento, è troppo difficile."*

Paziente

- Background sul CM
- Teoria del CM
- Le strategie del CM



Ora consideriamo l'ordine in cui il membro del team per la FC ha eseguito la riflessione delle due affermazioni. Cosa accadrebbe se il membro del team per la FC invertisse l'ordine delle affermazioni e concludesse con quella più positiva?

Per esempio:

Paziente  *"So che devo stare al passo con i miei farmaci, ma non riesco a immaginare di poter cambiare."*

*"Quindi, sta dicendo che non riesce ancora a visualizzare il Suo cambiamento, ma vede davvero la necessità di migliorare la gestione dei Suoi farmaci."* Operatore sanitario 

Paziente  *"Sì, so che è davvero importante e devo fare qualcosa al riguardo."*

È quindi possibile che il membro del team per la FC alteri l'intero tono della conversazione che segue. Un modo in cui un membro del team può esercitarsi è usando le frasi "Quindi, da una parte" e "e dall'altra parte" quando il membro del team inizia a usare le riflessioni bilaterali.

*"Quindi, da una parte, sta dicendo che non riesce ancora a visualizzare il Suo cambiamento, ma dall'altra, vede davvero la necessità di migliorare la gestione dei Suoi farmaci."*



## RIASSUNTI

Si riferiscono al membro del team per la FC che riassume ciò che un paziente ha detto e lo presenta di nuovo in un breve riepilogo. Sebbene i riassunti sembrano una tecnica semplice, è sorprendente quanto sia efficace riassumere attivamente ciò che qualcuno ha detto e rispecchiarlo. A volte questo produce effettivamente nuove informazioni.

Infine, la riformulazione offre a un membro del team per la FC la possibilità di andare oltre la riaffermazione di ciò che ha detto un paziente e di riformularlo con una prospettiva diversa, magari sottolineando gli aspetti positivi di un paziente che ha una visione molto negativa dei suoi traguardi passati. "La riformulazione riconosce la validità delle osservazioni grezze del cliente, ma gli offre un nuovo significato." (Miller e Rollnick, 1991).

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



## Sviluppare una discrepanza tra obiettivi/valori e comportamento attuale

Una volta che la conversazione è in corso, il compito del membro del team per la FC è aiutare i pazienti a pensare al cambiamento. Ci si potrebbe chiedere perché utilizzare tecniche focalizzate sul cambiamento, quando è probabile che l'argomento venga comunque fuori durante il colloquio con il paziente. È un dubbio lecito, ma in situazioni in cui il cambiamento è carico di emozioni – ad esempio, laddove pensare di aumentare l'aderenza a un farmaco induca a pensare alle conseguenze della malattia e della mancata aderenza – la tendenza naturale di una persona è solitamente cercare di non pensarci.

In questo contesto, il ruolo del team per la FC è quello di "creare una parità di condizioni" – per cercare di garantire che ci sia un dialogo sincero sulle conseguenze del cambiamento e del non cambiamento. I membri del team per la FC devono ricordare che:

***"Dovendo scegliere fra cambiare idea e dimostrare che non è necessario farlo, quasi tutti scelgono quest'ultima alternativa." John Galbraith***

Molte delle tecniche che possono essere utili in questa situazione sono concepite per aumentare la consapevolezza del problema e per concentrarsi sulla discrepanza tra convinzioni e obiettivi: ciò che i pazienti vorrebbero fare (o ciò che pensano di dover fare) e ciò che stanno effettivamente facendo. Le persone spesso lo sanno già, ma cercano di non pensarci.

I membri del team per la FC sono in grado di raggiungere questo obiettivo attraverso i riassunti. Con il consenso, un membro del team potrebbe integrare le valutazioni obiettive, come i risultati dei test o i diari. Se i membri del team per la FC decidono di utilizzare valutazioni obiettive, dovrebbero esaminare cosa implicano i risultati delle valutazioni in termini di mantenimento dell'attenzione sull'obiettivo principale, per esempio i riassunti. Una tecnica utilizzata nella terapia delle dipendenze è che l'operatore sanitario compili un "diario degli alcolici" con il paziente: l'operatore sanitario condivide un foglio di carta con i giorni segnati con il paziente e, insieme, compilano la quantità di alcol che il paziente ritiene di aver bevuto in un periodo di tempo precedente. L'operatore sanitario chiederà quindi al paziente di aggiungere la quantità e di procedere chiedendo se il paziente trova il totale sorprendente. Questa tecnica può essere adattata a molte altre situazioni, compresa l'aderenza.

Il CM prevede l'uso di domande a scala. Queste si concentrano sulle due cose (il cui cambiamento è fondamentale), che insieme producono "disponibilità:

- **Importanza** ("So che dovrei cambiare")
- **Fiducia in sé** ("So di poter cambiare")

Il team per la FC deve chiedere informazioni sull'importanza, ovvero quanto è importante per il paziente il dover cambiare in quel momento, su una scala da 0 a 10? Ciò è seguito da una domanda simile sulla fiducia di poter cambiare.

### PENSARE AL CAMBIAMENTO

Il comportamento che si sta pensando di cambiare:

#### IMPORTANZA

Quanto è importante per lei cambiare questo **comportamento** in questo momento? Valuti quanto ritiene sia importante cambiare sulla scala seguente con una X, dove 0 corrisponde a "per niente importante" e 10 corrisponde a "la cosa più importante".



#### FIDUCIA

Se oggi fosse il giorno in cui ha deciso di cambiare il comportamento, quanto è **sicuro/a** di poterlo fare? Valuti con una X la Sua fiducia sulla scala seguente, dove 0 corrisponde a "per niente fiducioso/a" e 10 a "molto fiducioso/a".



● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



Le scale analogiche visive possono essere molto utili; focalizzano immediatamente la conversazione sul qui e ora e permettono di evidenziare possibili ostacoli al cambiamento molto prima che questi siano in grado di compromettere il lavoro fatto. Dopo aver chiesto a un paziente di valutare la propria importanza e fiducia, il membro del team per la FC può chiedere: "Cosa Le servirebbe per arrivare a X?", dove X è un punteggio leggermente superiore a quello che il paziente ha fornito.

Il righello relativo alla disponibilità e gli strumenti per le domande a scala descritte sopra, insieme ad altri pratici strumenti, sono disponibili nel Toolkit per l'aderenza allegato [qui](#) sul sito Web di CF CARE.

In un certo senso il CM può essere considerato come un supporto alle decisioni per coloro che devono decidere se modificare o meno un comportamento. La metafora delle bilance è utile; il lavoro del medico è quello di aiutare i pazienti a valutare i pro e i contro del cambiamento e invitarli ad essere aperti e onesti quando posizionano i pesi sul piatto del cambiamento. Una tecnica utile è rendere i pro e i contro espliciti usando una griglia (una matrice decisionale; vedere di seguito) che può essere compilata insieme al paziente, che elenca i benefici e i costi del non cambiamento e del cambiamento. Utilizzando questa griglia, è possibile parlare dei vantaggi del mancato cambiamento e dei costi del cambiamento. Questo è importante e onesto. Se questi elementi non vengono discussi, il paziente ci penserà comunque; la maggior parte delle persone ha ottime ragioni per non cambiare. Tuttavia, la griglia consente anche di parlare dei vantaggi del cambiamento. Il modo suggerito per spostarsi all'interno della griglia è parlare prima dei vantaggi del non cambiamento quindi dei costi del non cambiamento, quindi dei costi del cambiamento e concludere con i vantaggi del cambiamento.

#### MATRICE DECISIONALE

	Non cambiamento	Cambiare
Vantaggi di		
Costi di		

Come osservato in precedenza nella discussione sulla dissonanza cognitiva, vi è una tendenza delle persone a chiudersi di fronte a una scelta difficile il più rapidamente possibile, mentre il CM mira a mantenere viva questa discussione, il che rende il cambiamento molto più probabile. Il team per la FC deve ricordare che questo esercizio deve essere svolto con sensibilità.

#### Adeguarsi alla resistenza invece di opporvisi direttamente

Quando l'argomento del cambiamento emerge nella conversazione, il team per la FC deve essere preparato a una certa quantità di resistenza. Si tratta di una reazione comprensibile e comune. Evitare il conflitto la riduce sicuramente, ma non la fa sparire del tutto.

Un fattore importante è che un membro del team per la FC presti attenzione alle parole utilizzate. Con la pratica, è generalmente facile per un membro del team individuare le parole che indicano che un paziente sta pensando al cambiamento e quelle che indicano che un paziente non lo sta facendo, o sta resistendo. Esempi di resistenza – o status quo – nella conversazione comprendono discutere, interrompere, negare e ignorare.

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



La ricerca dimostra che un'energica conversazione sul cambiamento, in particolare verso la fine di una sessione è associata, in seguito, al cambiamento. Il team per la FC deve prestare attenzione agli elementi acquisiti nell'acronimo "DARN" (Miller, 2004):

- Desiderio
- Abilità
- Ragione
- Necessità

Può succedere, tuttavia, che invece delle parole di DARN, un membro del team CF si trovi di fronte alla resistenza. Una scarsa aderenza può anche essere intenzionale, anche se potrebbe non essere esplicita: un paziente può essere consapevole della necessità di cambiare, ma ha troppa paura di considerarla pienamente come un'opzione. In questi casi, una volta instaurato un buon rapporto, un membro del team deve parlare con il paziente del comportamento problematico (ovvero, la scarsa aderenza). Un membro del team può essere sincero su questo aspetto, purché non dica al paziente cosa fare, ad esempio, "Va bene se parliamo del farmaco adesso?".

Una volta iniziata questa conversazione, è probabile che un membro del team per la FC si trovi ad affrontare alcune idee e frasi trite e ritrite che rappresentano una resistenza al cambiamento. Questo è prevedibile; si tratta di un argomento difficile che un paziente probabilmente avrà preso in considerazione diverse volte in precedenza. È anche un argomento molto sensibile ed è probabile che i pazienti siano diventati molto abili nel tenere a bada i pensieri che li preoccupano.

Gestire questa resistenza è una delle competenze più utili che il team per la FC può sviluppare. La resistenza a un certo livello è una caratteristica di molti colloqui clinici. Dopo tutto, a pochissimi pazienti piace recarsi in ospedale per essere informati su ciò che devono fare, e la resistenza all'idea di un regime di trattamento invasivo a lungo termine è chiaramente comprensibile.

È importante che un team per la FC si assicuri che la resistenza non interrompa in anticipo il dialogo sul cambiamento. La reazione naturale della maggior parte delle persone nel sentire affermazioni sulla resistenza è quella di ribattere, cercare di persuadere o, al contrario, lasciar perdere del tutto la questione. In un certo senso, affrontare la resistenza è come cercare di impedire che un'auto scivoli sul ghiaccio. Bisogna resistere alla tendenza naturale di frenare con forza e ruotare il volante; invece, bisogna sollevare dolcemente l'acceleratore e "scorrere con la resistenza".

Come dovrebbe rispondere il team per la FC alla resistenza? È una situazione comune (ma inutile) che un membro del team per la FC risponda cercando di convincere i pazienti che si sbagliano. C'è un modo molto pratico di pensarci: i medici devono evitare il "riflesso di correzione"; questa è la compulsione che le persone hanno di correggere gli altri quando si sbagliano, e di dare loro consigli quando si sentono responsabili. In ambito clinico, questa tendenza può essere molto potente. Purtroppo, se si cede ad essa, quasi sempre ciò porta a ottenere risposte inutili (per es. "Sì, ma...").

#### CI SONO MOLTI ESEMPI DI RESISTENZA NELLE CONVERSAZIONI, MOLTI DEI QUALI SONO BEN NOTI

<b>Dissentire</b>	"Sì, ma..."
<b>Contrastare</b>	"Ci ho già provato"
<b>Interrompere</b>	"Però..."
<b>Depistare</b>	"So che vuole che io faccia la pulizia delle vie aeree, ma ha notato che ho preso 3 chili? Deve ammettere che ho fatto un ottimo lavoro con il peso!"
<b>Riluttanza</b>	"Nemmeno io voglio farlo"
<b>Biasimare</b>	"Non è colpa mia. Se solo i miei genitori..."
<b>Discutere</b>	"Come fa a saperlo?"
<b>Sfidare</b>	"Il mio attuale trattamento non fa nessuna differenza per la mia funzione polmonare"
<b>Minimizzare</b>	"Non sono poi così sottopeso"
<b>Pessimismo</b>	"Continuo a cercare di fare meglio, ma niente sembra essere di aiuto"
<b>Cercare scuse</b>	"So che dovrei mangiare più calorie ma con il mio lavoro sono sempre in movimento e per me è difficile preparare un pasto abbondante per poi sedermi e mangiare"
<b>Ignorare</b>	

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



“Rotolare con la resistenza” è il termine utilizzato nel CM per descrivere l’atto di non rispondere con la persuasione, bensì scorporre un argomento e incoraggiare la conversazione. Il CM suggerisce che il team per la FC debba riconoscere che l’ambivalenza su una decisione, che porta a una certa resistenza al cambiamento, è perfettamente normale. Quando un membro del team per la FC lo mette in pratica, riduce immediatamente la resistenza. In alternativa, il membro del team per la FC può utilizzare la riformulazione e l’ascolto riflessivo per incoraggiare la discussione ed evidenziare le alternative per il paziente.

I principi fondamentali alla base del rotolare con la resistenza sono i seguenti:

- **Alla resistenza non si deve reagire con uno scontro**
- **Le affermazioni devono essere riformulate**
- **Devono essere utilizzati empatia e ascolto riflessivo**
- **L’ambivalenza deve essere considerata normale**

È importante che il team per la FC si ricordi di non definire i pazienti come resistenti, poiché ciò invita allo scontro. Invece, un membro del team per la FC dovrebbe guidare la conversazione verso la valutazione delle alternative e lasciare che i pazienti vedano l’incompatibilità tra i loro obiettivi e il loro comportamento attuale. In questo caso, il ruolo di questo team per la FC è quello di consentire l’espressione delle due fazioni della lotta interna.

Quando i pazienti indicano la volontà di prendere in considerazione il cambiamento, il team per la FC può parlare con loro delle alternative. Anche dopo che un paziente ha deciso di cambiare, di solito ci sono molti modi di raggiungere l’obiettivo.

Strategia	Esempio
<b>Riflessione semplice</b>	Paziente: <i>“Non userò il mio nebulizzatore tanto presto.”</i> Membro del team per la FC: <i>“Non pensa che potrebbe essere d’aiuto in questo momento.”</i>
<b>Riflessione amplificata</b>	Paziente: <i>“Non so perché mia mamma sia preoccupata; prendo la maggior parte dei miei farmaci.”</i> Membro del team per la FC: <i>“Quindi Sua mamma non dovrebbe preoccuparsi affatto?”</i>
<b>Riflessione bilaterale</b>	Paziente: <i>“So che desidera che io inizi ad assumere tutti i miei farmaci, ma non lo farò!”</i> Membro del team per la FC: <i>“Non desidera parlare del farmaco, anche se capisce che è una questione importante.”</i>
<b>Cambiare il punto focale</b>	Paziente: <i>“Non posso restare a casa e usare il nebulizzatore quando tutti i miei amici escono.”</i> Membro del team per la FC: <i>“Lei sta correndo troppo, stavamo esaminando i Suoi dubbi sul farmaco. Possiamo parlare di come il nebulizzatore si inserisce nella Sua vita in un secondo momento?”</i>
<b>Accordo con una svolta</b>	Paziente: <i>“Perché tutti sono così fissati sul fatto che non uso il nebulizzatore? Anche Lei uscirebbe sempre, se la Sua famiglia la assillasse.”</i> Membro del team per la FC: <i>“Non ha tutti i torti. Non è semplicemente una questione su Lei che non usa il nebulizzatore. Sono d’accordo con Lei sul fatto che non dovremmo cercare di attribuire colpe. Sembra che coinvolga tutta la famiglia.”</i>
<b>Riformulazione</b>	Paziente: <i>“Mia mamma mi assilla sempre per il nebulizzatore.”</i> Membro del team per la FC: <i>“Sembra che Sua mamma sia davvero preoccupata, anche se lo esprime in un modo che La infastidisce. Forse possiamo aiutarla insegnandole un modo più utile di dirLe che è preoccupata per Lei.”</i>

## Sostenere l’autoefficacia e aumentare la fiducia in sé

Quando un paziente si impegna a creare un cambiamento, la mancanza di fiducia nelle proprie capacità può causare una grande frustrazione: adesso apprezza la necessità di cambiare ma non si sente in grado di farlo. Nel caso peggiore, può aumentare lo stress. Pertanto, il CM mira esplicitamente ad aumentare la fiducia in sé e l’autoefficacia. Un modo per raggiungere questo obiettivo è che il team per la FC tratti

● Background sul CM

● Teoria del CM

● Le strategie del CM



costantemente i pazienti e le loro scelte con rispetto. Se la decisione di cambiare proviene dai pazienti, essi si sentono immediatamente più sicuri del proprio giudizio rispetto a quando il cambiamento viene imposto dall'esterno.

È un principio fondamentale del CM che le persone si assumano la responsabilità delle proprie azioni. Ciò è importante se il cambiamento deve essere radicato in modo solido, ma può essere difficile nei contesti clinici, soprattutto quando c'è preoccupazione per il benessere di un paziente. È anche importante considerare, tuttavia, che se i pazienti non sono responsabili della propria decisione di cambiare un comportamento, qualsiasi cambiamento comportamentale tende a essere di breve durata. Il rispetto per un paziente contribuisce ad aumentare l'autostima e può agevolare l'instaurarsi di un dialogo sull'obiettivo effettivo di un cambiamento comportamentale.

Quando si discutono gli obiettivi con i pazienti, sono disponibili molte tecniche che il team per la FC può utilizzare per migliorare l'autoefficacia di un paziente e le sue possibilità di successo. Una tecnica è quella di cercare i successi passati. Se un paziente ha umore depresso o ansia, spesso può guardare gli eventi passati da una prospettiva molto negativa. Riformulare questi pensieri può essere utile. Quando si parla delle considerazioni pratiche riguardanti il cambiamento comportamentale, il team per la FC può utilizzare tecniche per migliorare la creatività del processo, come il problem solving e il brainstorming:

- **Generare un elenco di possibilità insieme al paziente (il team per la FC può aggiungere alcuni suggerimenti, ad esempio quali tecniche hanno provato altri pazienti)**
- **Invitare il paziente a valutare l'elenco**

I pazienti possono quindi scegliere la loro opzione preferita.

È importante anche che i membri del team per la FC siano realistici e creino collegamenti alla vita reale dalla sessione di terapia; un piano ben sviluppato non apporterà alcun beneficio o sarà di scarso beneficio se non è realistico; ad esempio, un membro del team dovrebbe fissare obiettivi più piccoli piuttosto che grandi. Se i pazienti lo desiderano, possono portare alla sessione persone che potrebbero essere importanti per l'implementazione del cambiamento di comportamento, come amici o parenti.

Le domande a scala trattate in precedenza possono essere strumenti utili, così come lo è la definizione degli obiettivi: creare obiettivi espliciti e realistici e suddividere gli obiettivi grandi in fasi più piccole e più gestibili. Può essere utile utilizzare una semplice formula obiettivo-strategia-target. Metterli nero su bianco fa la differenza: serve da promemoria e promuove un maggiore senso di impegno verso il cambiamento.

A volte potrebbe esserci un aiuto pratico di cui i pazienti hanno bisogno; alcune conoscenze a cui il team per la FC può aiutarli ad accedere, ad esempio, una nuova competenza su cui devono lavorare.

Sollecitare affermazioni automotivanti è una parte importante del rafforzamento dell'autoefficacia.

I quattro tipi di affermazioni motivazionali includono quanto segue (Miller e Rollnick, 1991):

- **Riconoscimento cognitivo del problema** (per es. "Immagino che sia più grave di quanto pensassi.")
- **Manifestazione affettiva di preoccupazione per il problema percepito** (per es. "Mi preoccupa davvero ciò che mi sta accadendo.")
- **Un'intenzione diretta o implicita di cambiare comportamento** (per es. "Devo fare qualcosa al riguardo.")
- **Ottimismo sulla capacità di cambiare di una persona** (per es. "So che se ci provo, posso davvero farlo.")

Alcune strategie per sollecitare affermazioni automotivanti includono quanto segue:

- **Riconoscimento del problema** (per es. "Quali cose Le fanno pensare che questo sia un problema?")
- **Dubbi** (per es. "Cosa c'è nella gestione dei Suoi farmaci che Lei o altre persone potreste vedere come fonte di dubbi?")
- **Intenzione di cambiare** (per es. "Se avesse il 100% di successo e le cose andassero esattamente come desidera, cosa sarebbe differente?")
- **Ottimismo** (per es. "Cosa Le fa pensare che se decide di creare un cambiamento, Lei sia in grado di farlo?")

Comprendere l’importanza della comunicazione ●

La base di evidenze sul CM ●

Sviluppare competenze per insegnare e sostenere gli altri ●



## Diventare un “Sostenitore dell’aderenza” nella FC

### Comprendere l’importanza della comunicazione

Nell’assistenza della FC, il raggiungimento della longevità prevista dipende dal successo dell’aderenza dei pazienti e dai comportamenti relativi alla salute associati, nonostante il peso dei trattamenti. Per i giovani, le consulenze possono essere complicate, con punti di vista potenzialmente differenti di pazienti e genitori, fatto che mina il successo della comunicazione. Colloqui clinici collaborativi e incentrati sulla persona stanno diventando modelli assistenziali desiderabili (Dwamena et al., 2012; Duff e Latchford, 2010; Santana et al., 2018). Ciò rispecchia sia un cambiamento culturale nelle aspettative del rapporto paziente-operatore sanitario l’emergente evidenza del fatto che gli stili incentrati sul paziente sono associati a una maggiore soddisfazione e a migliori esiti clinici rispetto i tradizionali colloqui guidati da esperti (Duff e Latchford, 2010; Rossiter et al., 2020).

La correlazione fra un paziente che aderisce alle raccomandazioni di un operatore sanitario e le capacità comunicative di quest’ultimo è ben documentata in letteratura. Il modo in cui un medico comunica con i pazienti influisce sull’esito dell’assistenza. Ciò include anche la soddisfazione del paziente, il suo stato di salute, il richiamo delle informazioni e l’aderenza. È stata condotta una metanalisi di studi dal 1949 al 2008 per valutare se esiste una correlazione complessivamente positiva tra la comunicazione da parte dei medici e l’aderenza dei pazienti. Inoltre, la metanalisi ha esaminato i risultati degli studi che hanno valutato se la formazione dei medici sulle competenze comunicative avesse un effetto sui pazienti che rispettavano le raccomandazioni. Zolnierek e Dimatteo (2009) hanno scoperto che:

- **Su 106 studi di correlazione, tutti tranne due hanno mostrato una correlazione positiva tra la comunicazione da parte del medico e l’aderenza del paziente**
- **La probabilità di aderenza di un paziente è stata 2,1 volte maggiore per coloro il cui medico era un buon comunicatore**
- **Su 21 interventi sperimentali analizzati, l’effetto della formazione del medico sull’aderenza dei pazienti è risultato positivo**
- **La probabilità di aderenza di un paziente era 1,62 volte maggiore se il suo medico aveva ricevuto una formazione sulle competenze comunicative**

Comprendere l'importanza della comunicazione 

La base di evidenze sul CM 

Sviluppare competenze per insegnare e sostenere gli altri 



## La base di evidenze sul CM

Coloro che sono coinvolti nello sviluppo del CM sono stati coinvolti in una valutazione sin dall'inizio. Dal momento che è stato inizialmente impiegato nel trattamento per i problemi legati all'alcol, gran parte dei primi lavori era in questo settore. Una revisione di 11 studi clinici sul CM pubblicati nel 1997 ha concluso che si tratta di uno stile terapeutico efficace, efficiente e flessibile (Noonan e Moyers, 1997).

Anche altre sperimentazioni hanno confermato queste conclusioni e il CM è ormai ben affermato come trattamento di elezione per i problemi legati a tossicodipendenza e alcolismo, nonché sempre più diffuso in diversi campi, tra cui il cambiamento dello stile di vita e l'aderenza nella malattia cronica. Con l'aumento del numero di sperimentazioni sul CM sono aumentate anche le opportunità di aggregare statisticamente risultati diversi per produrre una metanalisi. La revisione MARMITE (Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness [Metanalisi della ricerca sull'efficacia del trattamento dell'intervista motivazionale]) (Hettema et al., 2005) ha incluso 72 sperimentazioni tratte da aree quali abuso di alcol (31), abuso di sostanze stupefacenti (14) e compliance al trattamento (5). Complessivamente, le sperimentazioni hanno incluso 14.267 partecipanti trattati con CM. La durata media del CM in queste sperimentazioni era di appena 2,2 ore. Come era prevedibile, gli sperimentatori hanno scoperto che l'efficacia del CM variava ampiamente tra i diversi studi, ma hanno anche potuto constatare che vi sono stati effetti solidi e duraturi quando il CM veniva aggiunto a un trattamento in corso. Inoltre, hanno osservato che il CM ha aumentato la permanenza in trattamento, l'aderenza al trattamento e la motivazione percepita dal personale sanitario.

Una revisione sistematica e una metanalisi di 48 sperimentazioni controllate randomizzate (Lundahl et al., 2013) hanno riscontrato un vantaggio modesto ma significativo per il CM (odds ratio: 1,55). Analogamente ai risultati di Hettema et al. (2005), l'efficacia in diversi studi variava. L'utilità del CM non è stata osservata nel trattamento dei disturbi alimentari, ad esempio, ma si è mostrata particolarmente promettente nella terapia di riduzione della carica virale nell'HIV (Human Immunodeficiency Virus [virus dell'immunodeficienza umana]). In sintesi, il CM è risultato solido indipendentemente da fattori influenzanti come la sede in cui viene erogato o le caratteristiche del paziente ed efficace anche con interventi di breve durata.

Una precedente revisione di Lundahl et al. (2010) ha evidenziato diversi risultati interessanti, tra cui il fatto che gli effetti del CM possono essere duraturi, anche dopo un breve intervento, e che il background professionale della persona che effettua il CM non fa alcuna differenza (cioè, non deve essere necessariamente uno psicologo).

Più di recente, il CM ha dimostrato di contribuire a migliorare e a sostenere la gestione dei disturbi d'ansia (Marker et al., 2018), l'intervento riabilitativo nella sclerosi multipla (Dorstyn et al., 2020), i comportamenti di self-care nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica (Ghizzardi et al., 2021), la modifica dei fattori di rischio cardiovascolare (Mifsud et al., 2020) e il controllo glicemico nei soggetti con diabete mellito di tipo 2 (Berhe et al., 2020).

Inoltre, una metanalisi di 16 studi controllati randomizzati in una serie di malattie croniche ha indicato che gli interventi di CM potrebbero essere efficaci negli adulti nel migliorare l'aderenza ai farmaci e che gli interventi erogati in presenza sono risultati più efficaci rispetto a quelli somministrati esclusivamente per telefono (Zomahoun et al., 2017).

È stata condotta da Dudd e Latchford (2010) una rassegna della letteratura su come il CM viene utilizzato nella FC; questa rassegna ha evidenziato come al momento esistano in merito molti studi di qualità che includono popolazioni di adulti o pediatriche in svariate aree cliniche, incluse diabete e HIV e che, sulla FC, vi siano studi attualmente in corso. È stata inoltre condotta una valutazione sul livello di formazione sul CM dei team per la FC (Duff e Latchford, 2013), che ha dimostrato risultati di apprendimento duraturi e modifiche alla pratica clinica. Nel complesso, è sempre più evidente che il CM sia, come minimo, un intervento molto promettente.

Comprendere l'importanza della comunicazione 

La base di evidenze sul CM 

Sviluppare competenze per insegnare e sostenere gli altri 



## Sviluppare competenze per insegnare e sostenere gli altri

La comprensione sul modo in cui preparare e somministrare la formazione può consentire ai Sostenitori dell'aderenza di produrre programmi di formazione efficienti ed efficaci nell'ambito di un centro per la FC e di sviluppare fiducia nella valutazione dei risultati dell'apprendimento.

I medici usano comunque il CM? Probabilmente no. Studi sui colloqui di routine hanno riscontrato che, senza formazione, i medici non utilizzano il CM (Moran et al., 2008); ciò indica che è necessaria la formazione. Dopo la formazione, gli studi hanno dimostrato che gli infermieri applicano il CM in una certa misura (Noordman et al., 2012; Noordman et al., 2013) e che l'impiego del CM durante i colloqui aumenta proporzionalmente al tempo a disposizione, se vi è un maggior numero di colloqui sullo stile di vita e se i pazienti mostrano maggiore disponibilità al cambiamento (Jansink et al., 2013).

Un pericolo nella gestione di un seminario breve senza follow-up sul CM è che coloro che lo mettono in pratica "vadano alla deriva" dopo la formazione, fino a quando non smettono di utilizzare il CM, pur ritenendo di utilizzarlo ancora. Di fatto, sono stati "vaccinati contro un'ulteriore formazione" (Miller e Mount, 2001). Sono quindi essenziali un buon follow-up e il supporto dopo la formazione.

Gli elementi fondamentali che devono essere inclusi nella formazione sul CM sono ben definiti. Una relazione della Health Foundation (Fondazione per la salute) (2011) ha riassunto le buone pratiche di formazione nel CM. Questa relazione indica che anche una breve formazione può avere effetti a lungo termine, ma che gli operatori sanitari hanno bisogno di una formazione più avanzata e duratura per utilizzare alcuni degli aspetti più complessi (Health Foundation, 2011), nonché per dare ai partecipanti l'opportunità di mettere in pratica queste competenze, ricevere feedback e infine acquisire l'esperienza necessaria per essere efficaci utilizzatori del CM (Victor et al., 2019).

In termini di come ciò dovrebbe essere organizzato, le caratteristiche principali devono includere quanto segue:

- **Concentrarsi sulla filosofia sottostante nonché sulle competenze**
- **Adeguate durata per consentire l'interiorizzazione delle competenze**
- **Opportunità di esercitarsi tramite il gioco di ruolo**
- **Opportunità di feedback e supervisione continuativi**

Il CM è un approccio che può costituire un'infrastruttura efficace per migliorare l'apertura dei pazienti al cambiamento comportamentale. Il team per la FC deve utilizzare il CM nella pratica clinica per ottimizzare la buona aderenza e, in ultima analisi, supportare il paziente in modo efficace.



## Bibliografia

- Abraham O, Li JS, Monangai KE, et al. The pharmacist's role in supporting people living with cystic fibrosis. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2018;58(3):246–249.
- Arden MA, Drabble S, O'Cathain A, et al. Adherence to medication in adults with Cystic Fibrosis: An investigation using objective adherence data and the Theoretical Domains Framework. *Br J Health Psychol*. 2019;24:357–380.
- Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S (ed). *Applications of Motivational Interviewing. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2a ed. New York, NY: Guilford Press. 2017.
- Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS One*. 2020;15:e0240839.
- Brehm JW. *A Theory of Psychological Reactance*. New York, NY: Academic Press Inc. 1966.
- Bregnballe V, Schiøtz PO, Boisen KA, et al. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: A questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:507-515.
- Briesacher BA, Quittner AL, Saiman L, et al. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med*. 2011;11:5.
- Burgel PR, Bellis G, Oleson HV, et al. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J*. 2015; 46:133–141.
- Calthorpe RJ, Smith S, Gathercole K, et al. Using digital technology for home monitoring, adherence and self-management in cystic fibrosis: a state-of-the-art review. *Thorax*. 2020;75:72–77.
- Calthorpe RJ, Smith SJ, Rowbotham NJ, et al. What effective ways of motivation, support and technologies help people with cystic fibrosis improve and sustain adherence to treatment? *BMJ Open Respir Res*. 2020;7:e000601.
- Cohen-Cyberknoh M, Tanny T, Breuer O, et al. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in patients with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2018;17(2):281–285.
- Cooley L., Hudson J., Potter E., et al. Clinical communication preferences in cystic fibrosis and strategies to optimize care. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:948–958.
- Dorstyn DS, Mathias JL, Bombardier CH, et al. Motivational interviewing to promote health outcomes and behaviour change in multiple sclerosis: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2020;34:299–309.
- Duff AJA, Abbott J, Cowperthwaite C, et al. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros*. 2014;13:745–753.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:211–220.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res*. 2013;5:475–480.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
- Dziuban EJ, Saab-Abazeed L, Chaudhry SR, et al. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:450–458.
- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP, et al. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2011;10:258–264.
- Eakin MN, Riekert KA. The impact of medication adherence on lung health outcomes in cystic fibrosis. *Curr Opin Pulm Med*. 2013;19:687–691.
- Everhart RS, Fiese BH, Smyth JM, et al. Family functioning and treatment adherence in children and adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2014;27:82–86.



Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press. 1957.

Flores JS, Teixeira FÂ, Rovedder PM et al. Adherence to airway clearance therapies by adult cystic fibrosis patients. *Respir Care*. 2013;58:279–285.

Ghizzardi G, Arrigoni C, Dellafiore F, et al. Efficacy of motivational interviewing on enhancing self-care behaviors among patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev*. 2021. DOI: 10.1007/s10741-021-10110-z.

Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol*. 2006;38:69–119.

Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. Cancer Control and Population Sciences. National Institutes of Health; 2008. Disponibile all'indirizzo: [https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal\\_intent\\_attain.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/goal_intent_attain.pdf). Consultato a luglio 2021.

Gollwitzer PM. Weakness of the will: Is a quick fix possible? *Motiv Emot*. 2014;38:305–322.

Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. Novembre 2011. Disponibile all'indirizzo: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. Consultato a luglio 2021.

Happ MB, Hoffman LA, Higgins LW, et al. Parent and child perceptions of a self-regulated, home-based exercise program for children with cystic fibrosis. *Nurs Res*. 2013;62:305–314.

Helms SW, Dellon EP, Prinstein MJ. Friendship quality and health-related outcomes among adolescents with cystic fibrosis. *J Pediatr Psychol*. 2015;40:349–358.

Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.

Hogan A, Bonney MA, Brien JA, et al. Factors affecting nebulised medicine adherence in adult patients with cystic fibrosis: A qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2015;37:86–93.

Keyte R, Egan H, Mantzios M. An exploration into knowledge, attitudes, and beliefs towards risky health behaviours in a paediatric cystic fibrosis population. *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med*. 2019;13:DOI:1179548419849427.

Li SS, Hayes D Jr, Tobias JD, et al. Health insurance and use of recommended routine care in adults with cystic fibrosis. *Clin Respir J*. 2018;12:1981–1988.

Lomas P. Enhancing adherence to inhaled therapies in cystic fibrosis. *Ther Adv Respir Dis*. 2014;8:39–47.

Lopes-Pacheco M. CFTR modulators: The changing face of cystic fibrosis in the era of precision medicine. *Front Pharmacol*. 2020;10:1662.

Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, et al. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract*. 2010;20:137–160.

Lundahl B, Moleni T, Burke BL, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2013;93:157–168.

Mikesell CL, Kempainen RR, Laguna TA, et al. Objective measurement of adherence to out-patient airway clearance therapy by high-frequency chest wall compression in cystic fibrosis. *Respir Care*. 2017;62:920–927.

Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 1983;11:147–172.

Miller WR. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. Disponibile all'indirizzo: [www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/IMtheory.ppt](http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/IMtheory.ppt). Consultato a luglio 2021.

Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother*. 2001;29:457–471.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York, NY: Guilford Press. 1991.



Mifsud JL, Galea J, Garside J, et al. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15:e0241193.

Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns*. 2008;73:224–231.

Muther EF, Polineni D, Sawicki GS. Overcoming psychosocial challenges in cystic fibrosis: Promoting resilience. *Pediatr Pulmonol*. 2018;53:S86–S92.

Narayanan S, Mainz JG, Gala S, et al. Adherence to therapies in cystic fibrosis: A targeted literature review. *Expert Rev Respir Med*. 2017;11:129–145.

NHS Digital. Data on Written Complaints in the NHS. Disponibile all'indirizzo: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs/2020-21-quarter-1-and-quarter-2>. Consultato a luglio 2021.

NICE. Clinical guideline: CG76. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence (January 2009). Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>. Consultato a luglio 2021.

Nicolais CJ, Bernstein R, Saez-Flores E et al. Identifying factors that Facilitate Treatment Adherence in Cystic Fibrosis: Qualitative analyses of interviews with parents and adolescents. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019;26:530–540.

Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *J Subst Misuse*. 1997;2:8–16.

Oates GR, Stepanikova I, Gamble S, et al. Adherence to airway clearance therapy in pediatric cystic fibrosis: Socioeconomic factors and respiratory outcomes. *Pediatr Pulmonol*. 2015;50:1244–1252.

Oddleifson DA, Sawicki GS. Adherence and recursive perception among young adults with cystic fibrosis. *Anthropol Med*. 2017;24:65–80.

Ohn M., Fitzgerald DA. Question 12: What do you consider when discussing treatment adherence in patients with Cystic Fibrosis? *Paediatr Respir Rev*. 2018;25:33–36.

Pakhale S., Baron J., Armstrong M., et al. Lost in translation? How adults living with Cystic Fibrosis understand treatment recommendations from their healthcare providers, and the impact on adherence to therapy. *Patient Educ Couns*. 2016;99:1319–1324.

Prieur MG, Christon LM, Mueller A, et al. Promoting emotional wellness in children with cystic fibrosis, Part I: Child and family resilience. *Pediatr Pulmonol*. 2021;56:(suppl 1):S97–106.

Quittner AL, Abbott J, Georgiopoulos AM, et al. Comitato internazionale sulla salute mentale nella fibrosi cistica: Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax*. 2016;71:26–34.

Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, et al. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol*. 2008;33:916–936.

Quittner AL, Zhang J, Marynchenko M, et al. Pulmonary medication adherence and health-care use in cystic fibrosis. *Chest*. 2014;146:142–151.

Riekert KA, Eakin MN, Bilderback A, et al. Opportunities for cystic fibrosis care teams to support treatment adherence. *J Cyst Fibros*. 2015;14:142–148.

Rogers C. Empatico: An unappreciated way of being. *Couns Psychol*. 1975;5:2–10.

Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995;23:325–334.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care*. New York, NY: Guilford Press. 2007.

Ronan NJ, Elborn JS, Plant BJ. Current and emerging comorbidities in cystic fibrosis. *Presse Med*. 2017;46:e125–e138.

Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2020;109:103658.



Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 2018;21:429–440.

Santuzzi CH, Liberato FMG, Morau SAC, et al. Adherence and barriers to general and respiratory exercises in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol.* 2020;55:2646–2652.

Sawicki GS, Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol.* 2012;47:523–533.

Sawicki GS, Ren CL, Konstan MW, et al. Treatment complexity in cystic fibrosis: trends over time and associations with site-specific outcomes. *J Cyst Fibros.* 2013;12:461–467.

Sawicki GS, Goss CH. Tackling the increasing complexity of CF care. *Pediatr Pulmonol.* 2015;50(suppl 40):S74–79.

Thee S, Stahl M, Fischer R, et al. A multi-centre, randomized, controlled trial on coaching and telemonitoring in patients with cystic fibrosis: connECT CF. *BMC Pulm Med.* 2021;21:131.

White H, Shaw N, Denman S, et al. Variation in lung function as a marker of adherence to oral and inhaled medication in cystic fibrosis. *Eur Respir J.* 2017;49:1600987.

Zanni RL, Sembrano EU, Du DT, et al. The impact of re-education of airway clearance techniques (REACT) on adherence and pulmonary function in patients with cystic fibrosis. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(suppl 1):i50–55.

Zobell JT, Schwab E, Collingridge DS, et al. Impact of pharmacy services on cystic fibrosis medication adherence. *Pediatr Pulmonol.* 2017;52:1006–1012.

Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care.* 2009;47:826–834.

Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2017;46:589–602.