



## ADERENZA TERAPEUTICA DEI PAZIENTI IN EMODIALISI

Valerio Neiviller<sup>1</sup>, Maria Cerreto<sup>2</sup>, Alessandro Pizzo<sup>1</sup>, Maria Teresa Parisotto<sup>3</sup>

<sup>1</sup> NephroCare Italia, Coordinamento Infermieristico, Napoli, Italia

<sup>2</sup> NephroCare Italia, Centro Dialisi NephroCare Vomero, Napoli, Italia

<sup>3</sup> Freelancer, Milano, Italia

### Introduzione

L'aderenza terapeutica è determinante per il successo di tutti i trattamenti terapeutici. La mancata aderenza "non-compliance" di un paziente alle prescrizioni farmacologiche è oggi universalmente riconosciuta come un problema frequente che aumenta i costi dell'assistenza <sup>(1)</sup>.

Secondo la classica definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) risalente al 2003, l'aderenza terapeutica rappresenta il "grado in cui il comportamento di una persona – nell'assumere i farmaci, nel seguire una dieta e/o nell'apportare cambiamenti al proprio stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni concordate con l'operatore sanitario".

L'importanza di questa variabile in ogni processo di cura appare significativa poiché, come ancora ribadito dall'OMS, "aumentare l'efficacia di adesione alla terapia potrebbe avere un impatto molto maggiore sulla salute della popolazione di qualsiasi altro miglioramento medico specifico".

Il termine aderenza è sicuramente più evoluto rispetto a quello di "compliance" che invece comporta un atteggiamento "passivo" da parte del soggetto ricevente la prescrizione. L'aderenza implica infatti un coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente, a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione del progetto terapeutico elaborando un consenso basato sull'accordo ed un'alleanza paziente/sanitario.

Nei pazienti in HD, una "non adesione" alla terapia può avere importanti ricadute, sia di tipo clinico, sia di tipo economico con un aumento del numero e della durata delle ospedalizzazioni <sup>(3-4)</sup>.

Le cause di una cattiva compliance possono essere numerose. Anzitutto la scarsa aderenza ai trattamenti può essere:

- **non intenzionale** (ad esempio il Paziente non comprende correttamente la terapia o parti di essa);
- **intenzionale** (il Paziente sceglie consapevolmente di non seguire la terapia medica per le ragioni più disparate, siano esse razionali o irrazionali).

Tra le principali cause di cattiva compliance si ricordano:

**Età:** la compliance è più bassa nell'adolescenza e nell'età anziana; nel bambino, dipende ovviamente dai genitori. L'anziano, ad esempio, può involontariamente modificare l'assunzione di un farmaco, dimenticandone le prescrizioni mediche, l'assunzione quotidiana o confondendo le confezioni dei medicinali.

**Stato fisico legato alla malattia:** i deficit cognitivi, visivi e/o acustici diminuiscono la compliance;

**Stato psichico legato alla malattia:** nei Pazienti depressi o fortemente stressati, la compliance è minore;

**Tipo di terapia:** ad esempio, la compliance per le prescrizioni non farmacologiche riguardanti lo stile di vita (es. dieta corretta, smettere di fumare ecc.) è bassa;

**Forma farmaceutica:** in genere i farmaci che richiedono una frequenza di somministrazione minore si traducono in una compliance migliore, e viceversa; l'acquiescenza, ad esempio, tende a essere superiore se l'applicazione cutanea di un prodotto in crema 3 volte al giorno viene sostituita dall'applicazione dello stesso prodotto tramite cerotti da cambiare una volta al dì;

**Complessità degli schemi terapeutici:** la necessità di assumere più farmaci e/o di assumerli in più momenti della giornata riduce in maniera importante l'aderenza alle prescrizioni;

**Difficoltà nel raggiungere le strutture** adibite alla cura e alle visite di follow-up;

**Costo elevato e difficoltà di approvvigionamento dei farmaci:** maggiori sono le difficoltà economiche e di reperire fisicamente i farmaci, minore è la compliance;

**Durata del trattamento:** la compliance tende a essere elevata per i trattamenti brevi e assai più bassa per quelli cronici;

**Mancata accettazione della malattia:** il Paziente potrebbe rifiutare l'idea di essere malato, ad esempio perché i sintomi e i disturbi della malattia non si sono ancora manifestati o perché questa non è ancora insorta (terapia preventiva negli individui a rischio).

**Malattie croniche:** la consapevolezza del Paziente che non potrà guarire da una malattia, ma al massimo controllarne i sintomi, può innescare un desiderio di abbandonare la cura prescritta o di cercare una soluzione alternativa, magari affidandosi ingenuamente "al sentito dire".

**Fasi di remissione e malattie asintomatiche:** quando una malattia cronica rimane a lungo asintomatica, il paziente potrebbe rifiutare l'idea di ricorrere alla terapia nelle fasi in cui la sintomatologia è assente, o convincersi di essere guarito.

**Paura degli effetti collaterali dei farmaci:** soprattutto nei casi in cui il Paziente interpreta come non necessaria la terapia prescritta (vedi casi precedenti); ad esempio, nella gestione di una malattia cronica l'intervento farmacologico potrebbe creare dei disturbi che prima non erano presenti;

**Ambiente sociale sfavorevole:** il supporto della famiglia e delle reti di sostegno sociale risulta utile per migliorare la compliance;

**Cattivo rapporto medico-Paziente:** la compliance, nella sua definizione classica, implica un'accettazione passiva, da parte del Paziente, di quanto prescritto dal medico. Tuttavia, la maggior parte dei Pazienti desidera partecipare attivamente alla definizione del percorso terapeutico, discutendo col medico gli effetti della terapia, le alternative, le esperienze passate ecc; di conseguenza, per migliorare la compliance il medico dovrebbe argomentare le proprie scelte con un linguaggio comprensibile, rispondendo ai dubbi e alle richieste del Paziente, coinvolgendolo nella gestione della malattia e creando delle aspettative realistiche sugli effetti terapeutici che potrà ottenere e sulle tempistiche necessarie a raggiungere tali risultati.

Scarsa fiducia verso il medico curante, che porta al cosiddetto "nomadismo medico", cioè alla ricerca di volta in volta di un nuovo medico che possa prescrivere una terapia migliore.

Questo lavoro intende valutare la compliance terapeutica dei pazienti in emodialisi e si interroga sul ruolo dell'infermiere nell'educazione terapeutica per il miglioramento degli outcome clinici.

## Metodologia

A Novembre 2018 è stato somministrato su un campione di 108 pazienti di due centri dialisi, la Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)(Tab.1), composta da 8 semplici domande con possibilità di risposta: SI(0) NO(1). Il punteggio totale ottenuto ha permesso di suddividere il campione in: alta (>8 punti), media (6-7 punti) e bassa (<6 punti) aderenza terapeutica.

**Tab 1**

Ambulatorio: .....						
	Domande	Risposte				
		SI	NO			
1	A volte ti dimentichi di prendere i farmaci?	0	1			
2	La gente a volte non prende i farmaci per ragioni diverse dalla dimenticanza. Pensando alle ultime 2 settimane, ci sono stati giorni in cui non hai preso il farmaco?	0	1			
3	Hai mai ridotto o smesso di prendere il farmaco senza dirlo al medico perché ti sentivi male quando lo prendevi?	0	1			
4	Quando viaggi o esci di casa, a volte ti dimentichi di portare con te i farmaci?	0	1			
5	Hai preso i farmaci ieri?	1	0			
6	Quando senti che la tua malattia (ad es. pressione arteriosa) è sotto controllo, a volte smetti di prendere le medicine?	0	1			
7	L'assunzione dei farmaci tutti i giorni è un vero e proprio disagio per alcune persone. Ti senti mai infastidito o hai difficoltà a continuare il tuo piano di trattamento?	0	1			
8	Quanto spesso hai difficoltà a ricordare di prendere tutti i farmaci del tuo trattamento?	Raramente/Mai	Una volta ogni tanto	A volte	Spesso	Sempre
		4	3	2	1	0

Leggenda		
Questionario di Morisky a 8 voci		
Risultati	N° Paz.	Media
<6 punti = basso-aderente		
6-7 punti = medio-aderente		
>8 punti = alto-aderente		
Numero Partecipanti		

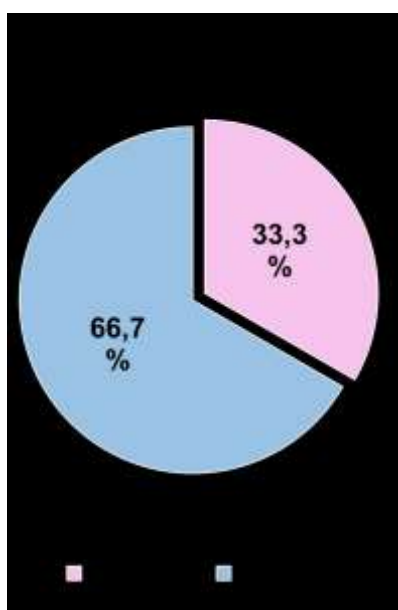
La compliance dialitica è stata misurata analizzando i trattamenti dialitici degli ultimi 3 mesi attraverso i valori medi di Kt/V, tempo di dialisi effettivo, sedute dialitiche disertate; la compliance dietetica con i valori di laboratorio per Fosforo e Potassio PreHd dello stesso periodo e per il corretto introito di liquidi è stato valutato lo stato di idratazione attraverso esame bioimpedenziometrico multifrequenza.

A maggio 2019 il personale infermieristico ha implementato un programma educativo per i pazienti ed ai loro caregiver. A luglio 2019 è stata implementata la My Companion APP nelle unità di dialisi. Questa tecnologia offre molte funzioni e promemoria per aiutare i pazienti e gli operatori sanitari a migliorare il comportamento di assunzione dei farmaci.

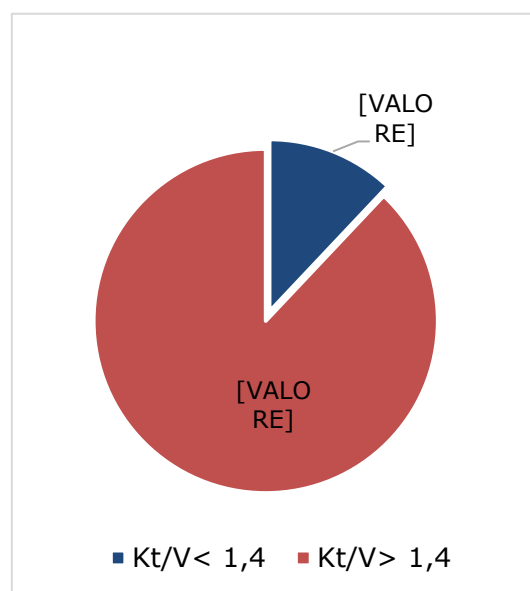
## Risultati

Il questionario è stato somministrato in 2 Centri Dialisi su un campione di 108 pazienti, 102 pazienti (94%), hanno risposto al sondaggio, il 66,7% erano donne, l'età media 69,1 anni (Graf.1). Il 68,6% dei partecipanti è risultato avere un'alta aderenza alla terapia farmacologica prescritta, il 20,6% Media e il 10,8% Bassa. (Graf.4). L'87,96% dei pazienti ha raggiunto un Kt/V medio >1.4, il 5,6% aveva un Kt/V<1.2, il tempo di dialisi medio è stato di 235,62 minuti e lo 0,37% dei trattamenti risultava disertato. (Graf.2). Il 17,6% mostrava una fosforemia media >5.5mg/dl, il 22,2% riscontrava una potassiemia media > 5,5mEq/l ed il 29,6% risultava avere una elevata sovraidratazione preHD(Graf.3).

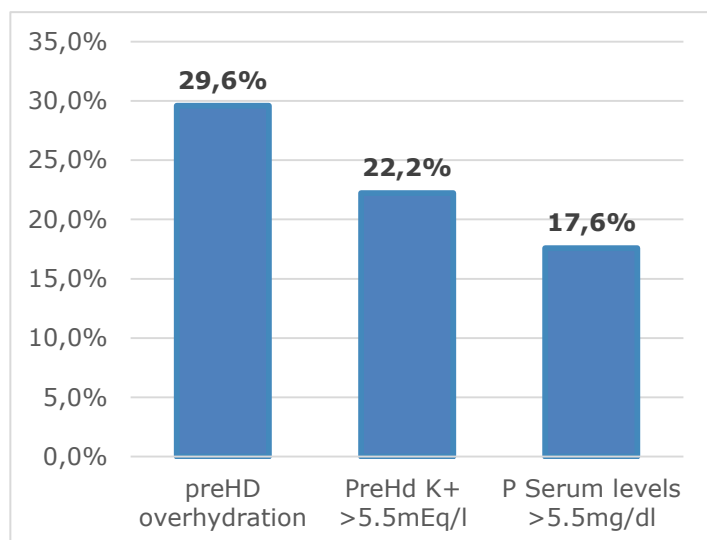
Graf.1



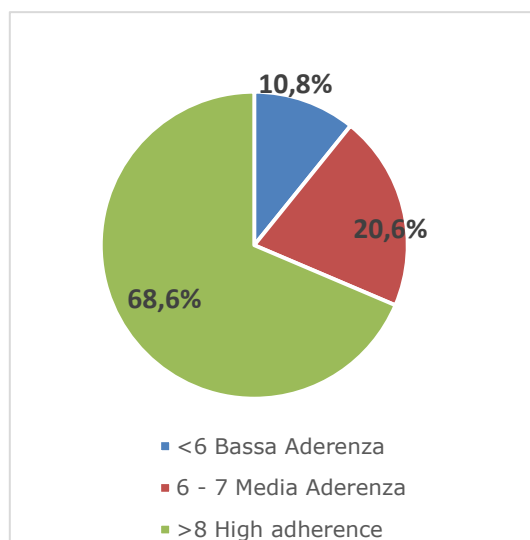
Graf.2



Graf.3



Graf.4



## Conclusioni

Migliorare l'aderenza alle terapie è una priorità globale per garantire sicurezza delle cure, qualità della vita e sostenibilità delle cure. L'educazione terapeutica del paziente è un processo di apprendimento sistemico, strutturato e centrato sul paziente che può essere effettuata dal personale infermieristico attraverso una varietà di mezzi.

In questo studio si evidenzia che gli infermieri di dialisi possono rivestire un ruolo fondamentale sull'empowerment del paziente in emodialisi al fine di renderlo protagonista nel percorso di cura, nel valutare e promuovere l'aderenza terapeutica dialitica, farmacologica e dietetica attraverso interventi infermieristici a lui rivolti, alla sua famiglia e ai caregivers.

## BIBLIOGRAFIA

1. Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 2009;15(1):59-66.
2. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54.
3. Voils CI, Hoyle RH, Thorpe CT, Maciejewski ML, Yancy WS Jr. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(3):250-4.
4. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353: 487-497.
5. Piccoli G, Piccoli GB, Salomone M. Variazioni demografiche della popolazione in uremia terminale. In: Di Paolo N, Buoncrisiani U (a cura di). *Tecnologie nefrologiche e dialitiche*. Cosenza: Editoriale Bios, 2000.
6. Corbella A, Bottari L, Cevasco I, et al. Le persone in Terapia Anticoagulante Orale (TAO): costruzione di un intervento educativo gestito dagli infermieri dei distretti della ASL 3 Genovese e valutazione del gradimento. *Assistenza infermieristica e Ricerca* 2009; 28(2),65-72.
7. Wizemann V, Wabel P, Chamney P. et al. The mortality risk of overhydration in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24: 1574–1579.
8. [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
9. <https://www.aifa.gov.it/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>
10. <https://www.my-personaltrainer.it/salute/compliance.html>
11. <https://www.multimedica.it/news/aderenza-farmacologica>