

# L'ADERENZA ALLA TERAPIA NEL PAZIENTE IN DIALISI

G. De Pascale, G. Capasso, C. Vernassi

Nephrocare Italia

23/10/2022 Castellamare di Stabia



## **WE ALL OWN COMPLIANCE**

- We will conduct business with integrity and honesty in compliance with all laws, company policy, and our values.
- We are committed to produce products and deliver services that are safe and of the highest quality for our customers.



# ■ PRESENTATION OUTLINE

**1** **Aderenza Terapeutica**

**2** **Aderenza Terapeutica, i fattori che la influenzano**

**3** **Strumenti Utili ai Professionisti della salute**

**4** **Legislazione Infermieristica**

**5** **Digital Transformation**

# ■ ADERENZA TERAPEUTICA

Aderenza terapeutica è una priorità a livello globale e nazionale Secondo stime dell'OMS, il 30-50% dei farmaci prescritti non sono assunti come dovrebbero; tra il 30% e il 70% dei pazienti commette errori o scambi involontari di farmaci <sup>1</sup>

Si stimano 194.500 decessi nell'Unione europea per mancanza di aderenza o per errori nel dosaggio o assunzione di farmaci, con una spesa di 125mld di euro l'anno per ricoveri.\*

Migliorare l'aderenza alle terapie è una priorità del SSN per garantire sicurezza delle cure, qualità della vita e sostenibilità

1. Piano Nazionale delle Cronicità

## ■ LE VOCI IN PROPOSITO

L'Aderenza alla terapia è uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione della mortalità e per il contenimento dei costi dei sistemi sanitari.

*World Health Organization*

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbidità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società.

*AIFA Agenzia Italiana del farmaco*

Un cronico su 5 dimentica di assumere i farmaci e uno su sette sbaglia dosaggio.

*Cittadinanza Attiva Onlus*



*L'Adherence Project dell'O.M.S. (2)* definisce il concetto di "adesione" a una terapia a lungo termine *"... quando il comportamento di una persona nell'assumere farmaci, nel seguire una dieta e/o nel cambiare il suo stile di vita coincide con le raccomandazioni degli operatori sanitari"*. Nei pazienti in HD, una "non adesione" alla terapia può avere importanti ricadute, sia di tipo clinico (disequilibri pressori, scarsa tolleranza dialitica, disturbi del ritmo cardiaco, nausea, vomito, dolori addominali, malnutrizione, aumentate morbilità e mortalità in generale), sia di tipo economico, con un aumento del numero e della durata delle ospedalizzazioni (3-4).



2. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J* 2007; 34 (5): 479-86.
3. Carton JS, Schweitzer JB. Use of a token economy to increase compliance during hemodialysis. *J Appl Behav Anal* 1996; 29 (1): 111-3.
4. Munger M, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *Med-GenMed* 2007; 9 (3): 58

# ADERENZA TERAPEUTICA DEI PAZIENTI IN DIALISI

Il paziente con insufficienza renale cronica end-stage (ESRD) deve aderire a una terapia complessa, impegnativa e di lunga durata, caratterizzata da uno schema dietetico restrittivo e da una cospicua assunzione di farmaci.



In caso di emodialisi (HD), la necessità di sottoporsi ai trattamenti emodepurativi e la forzata restrizione dell'apporto di liquidi costituiscono un ulteriore elemento che condiziona la qualità di vita (5, 6).

5. Kluger C, Vlaminck H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. J Nurs Scholarsh 2005; 37 (1): 25-9.  
6. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. Nephrol. Nurs J 2007; 34 (5): 479-86.

**I VERI NEMICI DEL PAZIENTE UREMICO SONO:**

- FOSFORO
- POTASSIO
- AUMENTO DI PESO NELL'INTERVALLO DI DIALISI

 Il loro corretto controllo influisce sulla qualità di vita e consente di vivere bene in dialisi.

Contenuto di 100 g. di alimento al netto degli scarti, espresso in mg.

CEREALI E DERIVATI	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
RISO BRILLATO COTTO	28	28	72,6
FIOCCHI DI MAIS	99	58	5
GRISSINI COMUNI	120	162	8,5
FARINA DI MAIS GIALLA	130	99	12,5
PASTA ALIMENTARE DI SEMOLA	160	165	12,4
PASTA ALIMENTARE ALL'UOVO	164	199	12,5
PANE BIANCO TIPO 00	176	63	29
PANE BIANCO TIPO 0	176	77	31
PANE INTEGRALE	210	180	36,6
PASTA DI SEMOLA INTEGRALE	390	330	10,5
FARINA DI SOIA INTERA	1660	600	7
FARINA DI SOIA A BASSO CONTENUTO LIPIDI	2030	440	7
SOIA, BISTECCA	2386	674	7,3

PESCI FRESCHI	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
GAMBERO	266	349	80,1
SEPPIA	270	143	81,5
ACCIUGA	278	196	76,5
SUOLIOLA	280	195	79,5
CARPA	286	220	72,4
VONGOLA	316	169	82,5
MERLUZZO/NASELLO	320	194	81,5
COZZA	320	236	82,1
MERLUZZO	320	194	81,5
ARINGA	320	230	68
TRIGLIA	340	218	75,3
CEFALO	350	220	73,4
SALMONE	360	250	67,2
SOMMERO	360	264	69,8
HALIBUT	450	222	77,9
TROTA	465	220	80,5
TONNO	520	264	61,5
SARDA	630	215	73
GRATA	-	1050	69,1

UOVA	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
TUORLO	120	586	49,2
UOVO DI GALLINA INTERO	140	210	73,9
ALBUME	150	15	87,6

VERDURE E ORTAGGI	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
CETRIOLI	140	17	96,5
CIPOLLA	140	35	92,1
FUNGHI IN SCATOLA	150	70	92
MELANZANE	184	33	92,7
PEPERONI DOLCI	210	28	92,3
ZUCCHINE	210	65	93,6
CAROTE	220	37	91,6
CIPOLLINE	230	68	88,2
POMODORI PELATI	230	26	94,7
FUNGHI PORCINI	235	142	92
CICORIA	236	31	93,4
LATTUGA	240	31	94,3
ASPARAGI	240	77	91,4
FINOCCHI	276	39	93,2
SEDANO	280	45	88,3
POMODORI DA INSALATA	290	26	94,2
POMODORI MATURE	297	25	94
BARBABIETOLA ROSSA	300	21	91,3
PORRI	310	57	87,8
FUNGHI PRATAIOLI	320	102	92,1
BROCCOLI	340	66	90,3
CAVOLEFIORE	350	69	90,5
PATATE NUOVE	367	54	81,9
CARCIOFI	376	67	84
INDIVIA	380	31	93
CAVOLE DI BRUXELLES	380	50	85,7
SPINACI	530	62	90,1
PATATE	570	54	78,5
ASGLIO	600	68	80
PREZZEMOLO	670	75	87,2

CARNI FRESCHE	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
MAIALE LOMBO	220	150	70,7
POLLO INTERO	260	194	68,7
POLLO COSCIA	300	192	74,2
TACCHINO PETTO	320	290	70,2
POLLO PETTO	330	200	75,3
CAVALLO	331	231	74,9
BOVINO ADULTO SCAMONE	337	180	73,8
BOVINO ADULTO SOTTOFESA	342	206	74,6
AGNELLO	350	190	73
VITELLO MAGRO	360	214	76,9
CONIGLIO SEMIGRASSO	360	180	70,9

CARNI CONSERVATE	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
PROSCIUTTO COTTO	227	250	62,2
PROSCIUTTO CRUDO	281	177	41,7

LEGUMI	POTASSIO	FOSFORO	ACIDIA
PISELLI SURGELATI	190	90	79
FAVE FRESCHE	200	93	83,9
PISELLI FRESCHI	202	101	76,1
FAGIOLINI	230	68	90,5
FAGIOLI FRESCHI	650	180	62,3
SEMI DI SOIA	1740	591	8,5

# ■ ADERENZA TERAPEUTICA DEI PAZIENTI IN DIALISI

Un'alimentazione adeguata, consistente in un apporto corretto di liquidi, proteine, potassio e fosforo, incide positivamente sulla forza muscolare, sullo stato immunitario, sui processi di guarigione dalle infezioni, sulla correzione dell'anemia, sul mantenimento dell'equilibrio acido-base e sulla prevenzione dell'iperparatiroidismo secondario e dell'osteodistrofia uremica.

La non adesione alle restrizioni di liquidi può causare:



crampi muscolari,  
dispnea,  
ipertensione,  
edema polmonare e  
cardiomiopatie (7, 8, 9, 10).



7. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care* 2007; 16 (3): 222-35.

8. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, et al. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int* 2003; 64 (1): 254-62.

9. Goodman WG. Vascular calcification in end-stage renal disease. *J Nephrol* 2002; 15 (Suppl. 6): S82-5.

10. Morgan L. Revisione di un decennio: metodi per migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti in emodialisi. *Official Journal of the European Dialysis and Transplant Nurses Association, European Renal Care Association (Edizione Italiana)* 2001; 1: 7-12.8



# ■ ADERENZA TERAPEUTICA : I FATTORI CHE LA INFLUENZANO

Dai dati della Letteratura, le principali cause di non adesione alla terapia sono:

- la cronicità della malattia (14),
- la negazione della stessa con atteggiamenti di paura e di fuga,
- le difficoltà di comunicazione percepite dal paziente e legate alla carenza quantitativa e qualitativa di informazioni e le difficoltà di memorizzarle (15).



14. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev 2005; 4: CD000011.  
15. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. Am J Manag Care 2003; 9 (2): 155-71

# ■ ADERENZA TERAPEUTICA : I FATTORI CHE LA INFLUENZANO

L'adesione alle terapie prescritte appare influenzata anche

dalla frequenza e dalle dosi di assunzione  
(l'adesione peggiora se il farmaco deve essere assunto spesso),

dalla conoscenza degli effetti desiderati- indesiderati  
dagli effetti collaterali,

dal costo (se a carico del paziente) e  
dalla necessità di assumere i farmaci per periodi molto  
lunghi o per tutta la vita.



# ■ ADERENZA TERAPEUTICA : I FATTORI CHE LA INFLUENZANO

Numerosi studi (5,6,11,12,13) hanno indagato l'associazione tra non adesione e alcuni fattori socio-demografici, psicologici e clinici tra cui:

Età,  
Sesso,  
etnia,  
scolarità,  
condizione abitativa,  
stato civile,  
età dialitica,  
disturbi dell'umore e diabete.



L'adesione è peggiore nei pazienti di meno di 65 anni <sup>(8)</sup>, mentre migliora nei pazienti che hanno un'occupazione lavorativa, che hanno un care-giver, che sono sposati e nelle persone con uno stadio di malattia meno avanzato (con diuresi residua o il cui piano terapeutico prevede un numero di sedute ridotto).

11 Hecking E, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, et al. Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: results from the Dialysis Outcome and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial. Transplant* 2004; 19 (1): 100-7.

12 Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patient with end-stage renal disease. *BMC Nephrol* 2008; 9: 2. Disponibile su: <http://www.biomedcentral.com/1471-2379/9/2> (accesso il 30/09/2010).

13 Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4: D000011.

# ■ I SEI FENOTIPI DI NON-COMPLIANCE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA<sup>(16)</sup>

1. Il paziente non è consapevole dell'importanza di seguire le prescrizioni farmacologiche per la sua salute e il suo benessere a lungo termine.
2. Il paziente è convinto che i benefici legati all'assunzione dei farmaci non siano superiori all'impegno richiesto per seguire la terapia.
3. La gestione della terapia farmacologica è troppo complessa per il paziente.
4. Il paziente non è sufficientemente vigile.
5. Il paziente ha convinzioni personali sui farmaci errate, irrazionali o conflittuali.
6. Il paziente non è convinto dell'efficacia del farmaco



16. Cartabellotta A. La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico terapeutiche Evidence 2013;5(7): e1000051

# LA VOCE DEI PAZIENTI REPORT CITTADINANZATTIVA

## SUBLINE 18PT, BLUE



Cittadinanzattiva è un'organizzazione, fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza.



# ■ GLI ATTORI PRINCIPALI NELL'ADERENZA TERAPEUTICA

Le Regioni/PA puntano principalmente su...

Regioni	Medici special.	MMG/ PLS	Farmacisti SSN	Farmacie convenz.	Infermieri	Care givers famil.	Care givers profess.	Assoc. volontariato	Assoc. pazienti
Campania									
Friuli-V. G.									
Lazio									
Liguria									
Lombardia									
Marche									
Molise									
P.A. Bolzano									
P.A. Trento									
Sardegna									
Umbria									
Valle d'Aosta									
Veneto									
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

- 13 Regioni/PA rispondenti:
- Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Sardegna, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
- 264 professionisti
- FIMMG 38%
- FNOMCeO 7.8%;
- Direttivi SIMG Regionali 2%
- FNOPI 26.9%
- FEDERFARMA 8.5%
- SIFO 7.5 %



# ■ STRUMENTI UTILI AI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

## SUBLINE 18PT, BLUE

Maggiore coinvolgimento di pazienti e familiari

Counseling

Supporto dell'equipe di cura

Formazione e aggiornamento professionali

Maggiore utilizzo di supporti informativi e familiari attraverso opuscoli e/o tutorial

Semplificazione dei dosaggi e delle modalità di somministrazione della terapia guardando le esigenze e preferenze dei pazienti

Agevolare l'accesso al trattamento a domicilio

Rafforzare il sistema di monitoraggio/supporto al paziente telefonico o digitale



# ■ LEGISLAZIONE INFERMIERISTICA

L'infermiere è tenuto a educare il paziente, a renderlo consapevole di ciò che ha e di quello che può fare per migliorare il suo stato di salute.

Tutto ciò è riportato ampiamente nell'art. 1 del profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/94) e in alcuni articoli del codice deontologico, in particolare negli articoli esposti di seguito.

## Art. 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

## Art. 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

## Art. 22

L'infermiere conosce il progetto diagnostico – terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

## Art. 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multidisciplinare e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

## Art. 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico – terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.



# ■ LEGISLAZIONE INFERMIERISTICA

SUBLINE 18PT, BLUE



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019  
Il testo approvato dal Consiglio Nazionale

## Capo II Responsabilità assistenziale

### **Art. 7 – Cultura della salute**

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

## Capo IV Rapporti con le persone assistite

### **Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura**

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.



# ■ DIGITAL TRANSFORMATION

SUBLINE 18PT, BLUE



# HEADLINE PRESENTATION SLIDE MAX. TWO LINES

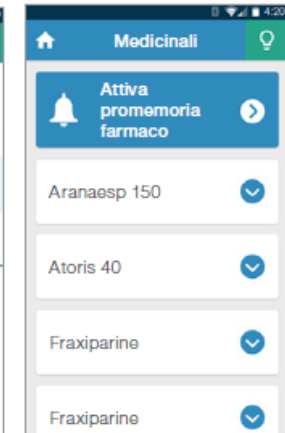
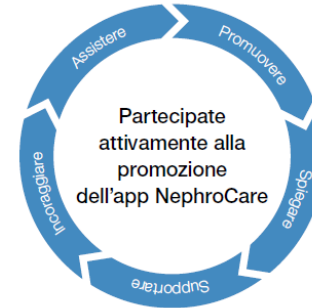
SUBLINE 18PT, BLUE



1. Contenuto personalizzato per ogni singolo paziente: Auto-misurazioni

2. Contenuto personalizzato per ogni singolo paziente: Dati del sistema EuCliD

3. Contenuto standardizzato



# IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ADERENZA TERAPEUTICA

Tra Sett e Ottobre 2018 è stato somministrato a 108 pazienti un questionario basato sulla scala di Morisky (MMAS Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8 ), ad 8 semplici domande con le seguenti possibilità di risposta: SI (0 punti) – NO (1 punto).

Il punteggio totale ottenuto ha permesso di suddividere velocemente il campione analizzato in: alta (4 punti), media (2-3 punti) e bassa (0-1 punti) aderenza terapeutica.

Il numero dei partecipanti è stato 102 pazienti (94%) di cui il 68,6% ha mostrato un'alta aderenza al rispetto della terapia farmacologica prescritta, il 20,6% ha mostrato una media aderenza ed il 10,8% dei pazienti ha mostrato una **bassa aderenza** alla terapia farmacologica prescritta.



## Therapeutic compliance in haemodialysis patients. Can nurses improve it?

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

<sup>1</sup>NephroCare Italy, Nursing Coordination, Naples, Italy

<sup>2</sup>Fresenius Medical Care, Care Value Management, Bad Homburg, Germany

### Introduction

Adherence to therapy is a primary determinant of treatment success. The non-compliance of a patient with pharmacological prescriptions is now universally recognized as a frequent problem that increases the costs of care. The causes of unorthodox compliance can be various: age, physical condition related to the disease, type of therapy, pharmaceutical form, high cost and difficulty in supply, failure to accept the disease, fear of side effects of drugs. In patients on haemodialysis (HD), a "non-adherence" to therapy may have important releases, both clinical (pressure imbalances, poor dialytic tolerance, heart rhythm disturbances, nausea, vomiting, abdominal pain, malnutrition, increased morbidity and mortality in general), and economic, with an increase in the number and duration of hospitalizations.

### Objectives

The purpose of this study was to evaluate the therapeutic compliance of patients on HD.

### Methods

In November 2018 the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) was administered in 2 Dialysis Units on a sample of 108 patients (pts). The MMAS-8, an update with greater reliability of the four-item scale published in 1998 and considered the most commonly used self-reporting method to determine adherence. It contains eight questions with closed dichotomous (yes/no) answers, designed to prevent the bias of positive responses from patients' questions asked by health professionals, by reversing the responses related to the interviewee's adherence behavior. The degree of adherence was determined according to the score resulting from the sum of all the correct answers: high adherence (eight points), average adherence (6 to < 8 points) and poor adherence (< 6 points). The HD compliance was measured by analyzing the dialytic treatments of the last 3 months: mean Kt/V values, effective treatment time and displaced dialytic sessions. Diabetic compliance was measured using the laboratory values for Phosphorus and Potassium pre-dialysis (pre HD) of the same period; for the correct intake of liquids, the hydration status was assessed using the bioimpedance analysis. In May 2019 the nursing staff implemented an educational program for patients and their caregivers. In July 2019 My Companion APP was implemented in the dialysis units. This APP is usable on any smartphone or portable device and offers many features to help patients and health care providers to improve medication-taking behavior.

### Results

102 pts (94%) out of the 558 enrolled, completed the questionnaire. 68.7% were men, and the mean age was 69.1 years. 68.6% of the participants showed a high adherence to the prescribed drug therapy, 20.6% average and 10.8% low. 87.96% of pts achieved an average Kt/V > 1.4, the mean dialysis time was 235.62 minutes. 17.6% showed an average of serum phosphate levels > 5.5mg/dl, 22.2% found an average of the serum potassium levels > 5.5mEq/L. 29.6% of pts had a preHD overhydration measured by bioimpedance with relative overhydration adjusted for extracellular water OI/ECW (>15% Male - >13% Female).

### Conclusion

Improving adherence is a global priority for ensuring quality of life and sustainability of care. This study highlighted that despite the high dialytic performance, nurses working with patients with chronic diseases can play a fundamental role in the patients' motivation making them protagonists of their treatment, in evaluating and promoting adherence to pharmacological and dietary prescriptions.

### References

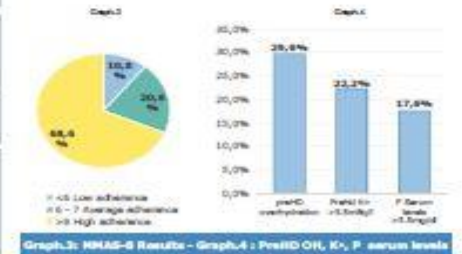
1. Krusei-Roud S, Allen T, Walker LE, De ML, Morisky DE, Hunter P. Non medication adherence scale versus pharmacy fill rates in patients with hypertension. Am J Pharm Care. 2006;11(1):69-74.
2. Morisky DE, Ang A, Koseoff M, Simo R. Predictive ability of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(8):740-6.
3. Linn CJ, Hays RD, Thore CT, Neumann H, Hays RD. Screening the measurement of self-reported medication adherence. J Clin Hypertens. 2011;14(3):242-4.
4. Osterberg L. Adherence to medication. N Engl J Med. 2008;359:978-87.
5. Roud S, Roud G, Barone H. Valutazione dell'aderenza delle popolazioni in cure croniche. In: Di Paolo, Sorrentino U (a cura di). Strategie strategiche e didattiche. Caserta: Edizioni Box, 2000.
6. Corbelli A, Bellini L, Corbelli E, et al. La presenza di "Tutte le terapie" nella Dialisi (TTC) costruisce il "Tutte le terapie" degli Infermieri dei dialisi (TTE). Convegno e pubblicazione del documento "Adherence in dialysis" a Scienze 2009; 3(2):148-75.



Picture: Nurse during patient care



Graph 1: Gender ratio – Graph 2: Mean Kt/V



Graph 3: MMAS-8 Results – Graph 4: PreHD OI, K+, P serum levels

# ■ CONCLUSIONI

## SUBLINE 18PT, BLUE

Nonostante l'ampia prevalenza del fenomeno e i costi correlati, la mancata aderenza alle prescrizioni farmacologiche non viene riconosciuta e adeguatamente trattata in una significativa percentuale di pazienti adulti in vari setting assistenziali.

Secondo l'OMS "massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare la compliance può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni di qualunque altro progresso terapeutico".

Osterberg L, Blaschke T. **Adherence to medication**. N Engl J Med. 2005;353:487-497.  
Cartabellotta A. **La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico-terapeutiche** Evidence 2013;5(7): e1000051

evidence  
open access journal published by the GMAE foundation  
Hot topics 

## ■ CONCLUSIONI

### SUBLINE 18PT, BLUE

Gli infermieri ed in particolare quelli che operano nell'ambito della cronicità, giocano un ruolo fondamentale sulla motivazione del paziente nel renderlo protagonista nel percorso di cura, nel valutare e promuovere l'aderenza terapeutica con interventi a lui rivolti ed alla sua famiglia e sempre più frequentemente a caregiver stranieri.

**Spesso subentrano, infatti, sconforto e sfiducia o difficoltà di accettazione della malattia**, in particolare in considerazione dell'età (anziano, adolescente, etc.) e dell'accompagnamento a vita della malattia.



# CONCLUSIONI

SUBLINE 18PT. BLUE



ANY QUESTIONS ?







*\*Take  
home message*

**Thank You Very Much  
for Your Attention!**