



**L'aderenza terapeutica nella cronicità
Metodi e tecniche disponibili per sostenerla**

= Valentina Paris =

Dati sulla non aderenza

Solo il 55% dei pazienti che assumo **antipertensivi** lo fanno con continuità (*rapporto OsMed 2013*)

Recenti studi osservazionali rivelano che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con **antidepressivi** sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia ed oltre il 70% nei primi 6 mesi.

I dati provenienti dai database amministrativi delle ASL mostrano che nel 2012 la percentuale di **pazienti aderenti** risulta solo del **38,4%**, sebbene in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+2,9% rispetto al 2011)

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/aderenza-alle-terapie-e-strategie-migliorare-l%E2%80%99uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>

Non aderenza in dialisi

A total of 353 patients from 11 Italian centers participated in the first phase and 191 patients from nine centers in the second phase. Overall, **66%** of questions on the Patient Questionnaire were answered **correctly**. Correct answers were more frequent in females than males, in patients under 55 years of age, and in those with higher education*

**Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed.*

Russo R et al Kidney Int Suppl. 2006 Nov;(103):S127-32 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17080104>

Ricerca bibliografica di lavori su “aderenza e interventi educativi” in dialisi degli ultimi 16 anni che potete trovare al seguente indirizzo**

<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-46-articolo-546.htm>

***L'aderenza del paziente con malattia renale cronica e in dialisi. Esiti di interventi educativi. Il ruolo dell'infermiere. Una revisione di revisioni.*

Quaranta P et al, L'infermiere 2018, FNOPI Formazione e Ricerca

L'aderenza terapeutica nella cronicità: metodi e tecniche disponibili per sostenerla

1. Bassa aderenza agli schemi dialitici, aumento ponderale, dieta e farmaci si aggira sul 40%
2. C'è una necessità di migliorare la comunicazione, programmi educazionali centrati sul paziente, **regolari follow-up**
3. La malattia renale cronica e in particolare l'emodialisi richiede una formazione costante, sia per il personale sia per i pazienti
4. Gli infermieri giocano un ruolo fondamentale per condurre interventi educativi
5. Linee guida universali non ce ne sono, nessuna strategia singola ha mostrato miglioramenti di lunga durata
6. I pazienti più aderenti sono over 60 anni rispetto ai più giovani, livello di istruzione più elevato, il numero dei farmaci prescritti, il costo dei farmaci

Maggiore aderenza significa

- Minor rischio di ospedalizzazione
- Minore complicanze legate alla malattia
- Maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti
- Riduzione dei costi delle terapie
- Maggiore soddisfazione per gli operatori sanitari

L'AIFA è impegnata in Italia e in Europa a promuovere schemi terapeutici efficaci e sicuri e una migliore educazione terapeutica.

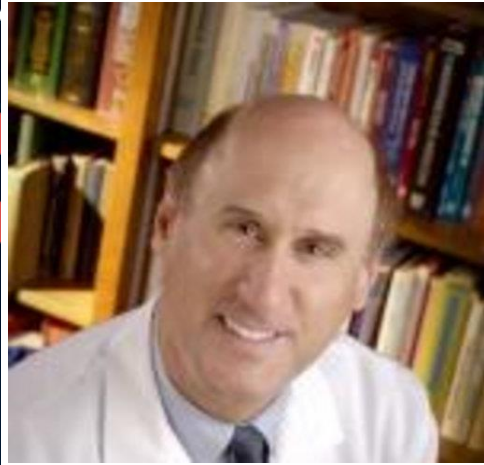
<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/aderenza-alle-terapie-e-strategie-migliorare-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>

Le strategie che sembrano migliorare l'utilizzo dei farmaci comprendono i programmi di **auto-monitoraggio e auto-gestione dei medicinali**, mentre sembrano promettenti i regimi semplificati di dosaggio e il coinvolgimento diretto dei farmacisti nella gestione dei farmaci. Altre strategie, come ad esempio le prescrizioni di antibiotici in ritardo, strumenti pratici (ad esempio confezioni pro-memoria); incentivi finanziari possono avere anche alcuni effetti positivi, ma i dati a supporto sono meno consistenti.

**75 revisioni sistematiche pubblicate fino a marzo 2012 su [Cochrane Database of Systematic Reviews](#) e sul [Database of Abstracts of Review of Effect](#)*

[“Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews”](#)

L'aderenza terapeutica nella cronicità: metodi e tecniche disponibili per sostenerla



Da Joseph Alpert, MD

"I focus on being highly accessible and responsive to each of my patients so that we can develop a long-term partnership."

scrive Joseph S. Alpert, dell'Università dell'Arizona Health Science Network, Tucson, in un [editoriale](#) sul "The American Journal of Medicine»

Le cause della mancata o della scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socioeconomici, fattori legati al sistema sanitario ed al team di operatori sanitari, alla condizione patologica, al trattamento e al paziente.

Tra gli esempi più comuni la complessità del trattamento, **l'inconsapevolezza della malattia, il follow-up inadeguato**, il decadimento cognitivo e la depressione, **la scarsa informazione in merito alle terapie.**



Jean Philippe ASSAL

Una percentuale che varia dal 30-80% dei pazienti con malattia cronica manifesta una scarsa *compliance* o non segue affatto il trattamento prescritto

PERCHE'

Pochissimi pazienti sono informati sulla loro malattia ed è ancora limitato il numero di coloro che sono stati educati a curarsi da soli. Una delle principali cause di ciò è che gli operatori sanitari non hanno le capacità specifiche per le **strategie di follow-up** dei pazienti affetti da malattia cronica*

*Assal JP, et al. Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale. In: L'Educazione come terapia. Istituto Arco di Giano, Roma 1999.

“Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale”

Jean-Philippe Assal, Alain Golay, Stephane Jacquemet



La gestione della diagnosi e della terapia delle malattie acute e la cura del paziente affetto da malattia cronica richiedono **due impostazioni cliniche molto differenti...**

Gli operatori sanitari che se ne occupano devono pertanto possedere **due identità professionali ben distinte.***

*Assal JP, et al. Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale. In: L'Educazione come terapia. Istituto Arco di Giano, Roma 1999.

Medico/Infermiere

Medicina acuta

Attività:	è biomedica e tecnica
Formazione:	è eccellente
Emotività:	non complessa, non coinvolta
Ruolo terap:	si occupa dell'emergenza, il paziente è passivo,

Medicina cronica

Attività	è psico-pedagogica e tecnica
Formazione:	è eccellente biomedica scarsa psicosociale e per nulla educativa
Emotività:	è coinvolta a lungo termine dalla malattia
Ruolo terap:	deve portare il paziente a contare su sé stesso

Paziente

Medicina acuta

Ruolo: passivo, deve sottomettersi

Malattia: emergenza che può essere «guarita»

Rapporto con medico e infermiere:

gratitudine, ammirazione

Controllo della malattia:

esterno gestito dal personale sanitario

Medicina cronica

Ruolo: attivo, deve partecipare al trattamento

Malattia: persistente che deve essere curata tutti i giorni

Rapporto con medico e infermiere:

rapporto adulto-adulto a volte con scarsa gratitudine

Controllo della malattia:

gestito dal paziente e dai familiari

IDENTITA' PROFESSIONALI E MODELLI ASSISTENZIALI

Modello Biomedico /Tecnico



Medicina acuta

Modello bio/psicosociale/educativo



Medicina cronica

Perché aggiungere “**educativo**” al modello bio-psico-sociale?

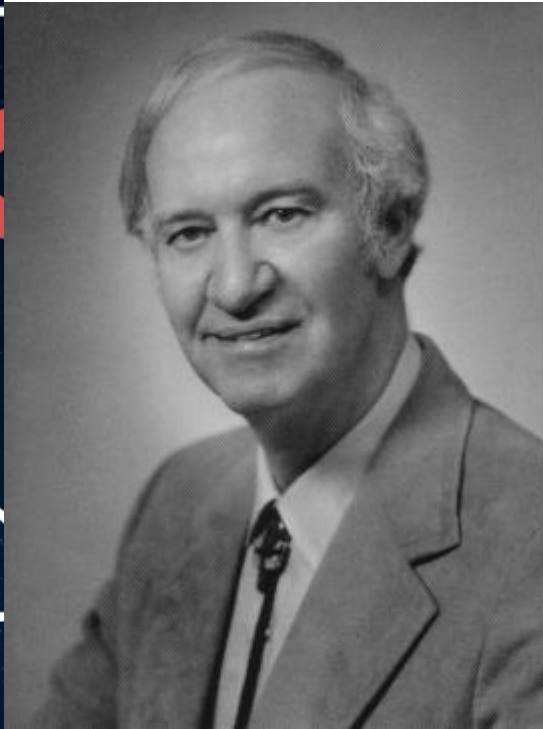
La malattia cronica è :

“una condizione che può essere controllata e stabilizzata, ma che richiede la partecipazione attiva e la responsabilizzazione del paziente e della famiglia nei confronti del proprio trattamento...”

Per essere in grado di gestire la propria malattia e di prendersi cura di sé, il paziente deve attraversare una fase di apprendimento; lo staff deve quindi dedicarsi all'educazione del proprio paziente

“...l'esperienza attuale mostra costantemente come gli operatori sanitari tendano a informare che cosa è la malattia, quali sono i metodi terapeutici, quale comportamento bisogna adottare, piuttosto che **aiutare i pazienti ad acquisire le appropriate capacità** necessarie alla gestione quotidiana della loro malattia...”

*Assal JP, et al. Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale. In: L'Educazione come terapia. Istituto Arco di Giano, Roma 1999.



Malcolm Knowles

La **pedagogia** è

“l’arte e la scienza di insegnare ai bambini

L’**andragogia** è

“l’arte e la scienza di aiutare gli adulti ad apprendere”



- Insegnare agli adulti è **molto diverso** da insegnare ai bambini. Le motivazioni, le aspettative, le esperienze e le strategie dell'adulto che impara non sono infatti quelle del bambino.
- Ma, un attento esame delle teorie dell'apprendimento e l'analisi dei metodi di insegnamento generalmente adottati ci fa convenire, con Malcolm Knowles, che spesso si insegna agli **adulti come se fossero bambini** e senza tenere conto delle loro caratteristiche.
- Per migliorare il processo di apprendimento dell'adulto e renderlo più significativo ed efficace sono quindi **necessari nuovi metodi** di insegnamento, nuovi programmi, "nuovi" insegnanti e formatori che **sappiano individuare e valutare le capacità** e gli obiettivi dei discenti, **sintonizzando su di essi** il processo di insegnamento

L'aderenza terapeutica nella cronicità: metodi e tecniche disponibili per sostenerla

PEDAGOGIA

Bisogno di conoscere

Deve apprendere quello che insegna loro il docente se vuole andare avanti ed essere promosso anche se il contenuto appreso non si applicherà nella vita reale

Concetto di sé del discente

Il concetto di sé del discente, che l'insegnante si fa è quello di una personalità dipendente

Ruolo dell'esperienza

del discente ha poco valore come risorsa per l'apprendimento, l'esperienza che conta è quella del docente, di chi ha redatto il libro di testo..

Motivazione

moventi esterni: voti, approvazione o disapprovazione dell'insegnante, pressioni da parte dei genitori...

ANDRAGOGIA

Bisogno di conoscere

Gli adulti sentono l'esigenza di sapere perchè occorre imparare qualcosa **prima** di iniziare l'apprendimento

Concetto di sé del discente

come persone responsabili delle loro decisioni, della loro vita, sviluppano un bisogno psicologico di **essere considerati** e trattati dagli altri come persone capaci di gestirsi autonomamente

Ruolo dell'esperienza

Entrano in una attività di apprendimento con un'esperienza che è maggiore di quella dei giovani, ma anche di qualità diversa...qualsiasi gruppo di adulti sarà più eterogeneo in termini di background, stili di apprendimento, valori, bisogni, interessi, obiettivi...

Motivazione

Interne: auto-stima, qualità della vita, autonomia.

Comunicazione e ostacoli

1. Limitazioni delle capacità del ricevente spesso indotte da un utilizzo tecnico incomprensibile

- Fistola
- Peritoneo
- Flusso ematico
- Idratazione
- Ipertensione/ipotensione
 - Kt/v
 - Ultrafiltrato
- Ipertonica/isotonica
 - Exit-site
-

L'aderenza terapeutica nella cronicità: metodi e tecniche disponibili per sostenerla

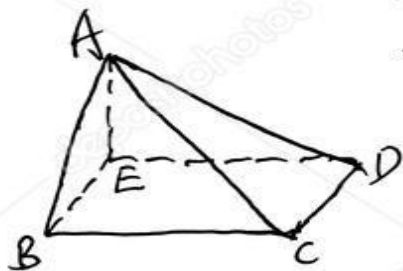
x

$\sin(\frac{1}{3} + \alpha) \cdot \sin(\frac{1}{3} - \alpha)$

$$\lim_{x \rightarrow a} \left(\frac{\sin x}{\sin a} \right)^{\frac{1}{x-a}} = y$$

$$\tan(A-B) = \frac{\tan A - \tan B}{1 + \tan A \tan B}$$

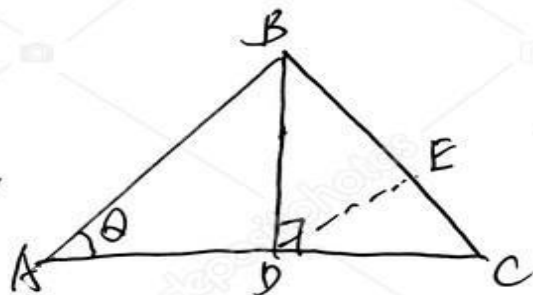
$$\frac{1}{x^4} + b \cos 4x = A$$



$$\frac{-1}{x} \quad x > 0$$

$$x \leq 0$$

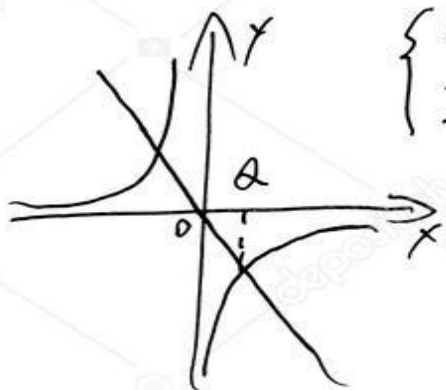
$$\int_0^1 dx \int_x^1 y \sin \frac{x}{y} dy$$



$$\frac{(-1)^n}{(n+1)(1-\theta x)^{n+1}} x^{n+1} = R_n(x)$$

$$2 \sum [f(b) - f(a)] =$$

$$- \eta] = 1$$



$$\begin{cases} x^2 + y^2 + z^2 - 3z = 0 \\ 2x - 3y + 5z = 4 \end{cases}$$

$$\sin^2 \alpha + \cos^2 \beta = 1$$

$$S_k = \sum_{n=1}^k \frac{1}{(2n-1)(2n+1)}$$

$$= \frac{1}{2} \sum_{n=1}^k \left(\frac{1}{2n-1} - \frac{1}{2n+1} \right)$$

$$= \frac{1}{2} \left[\left(1 + \frac{1}{3}\right) + \left(\frac{1}{3} - \frac{1}{5}\right) + \dots + \left(\frac{1}{2k-1} - \frac{1}{2k+1}\right) \right]$$

$$= \frac{1}{2} \left(1 - \frac{1}{2k+1}\right)$$

$$r = 0$$

$$f(x,y) = xy + \iint_D f(x,y) dx dy$$

$$3 + 2\zeta = 0$$

$$\sum_{i=A}^B F(i) = \sum_{i=-\infty}^{+\infty} \theta(B-i) \theta(i-A) F(i)$$

$$\sum_{n=1}^{\infty} \frac{1}{(2n-1)(2n+1)} = \lim_{k \rightarrow \infty} S_k$$

Comunicazione e ostacoli

- Limitazioni delle capacità del ricevente spesso indotte da un utilizzo tecnico incomprensibile
- Presenza di fonti di distrazione sia interna che esterna
(cosa la sta preoccupando)
- Diversi riferimenti ideologici e normativi tra gli interlocutori
(Extracomunitari, Testimoni di Geova, Nomadi)
- Interferenze inconscie
(emozioni suscitate da pazienti psichiatrici, bambini, malato morente, anziani)

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

di

Jean Philippe Assale

L'educazione terapeutica:

è un processo continuo, integrato alle cure e centrato sul paziente.

È finalizzato ad aiutare i pazienti ed i suoi familiari a comprendere la malattia ed il trattamento, a cooperare con i curanti, a vivere nel modo più sano possibile.

L'educazione terapeutica rende il paziente capace di acquisire e mantenere le risorse necessarie per gestire in modo ottimale la sua vita con la malattia.

Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group.

World Health Organisation. Regional Office for Europe, Geneva. 1998, pag.1-69

L'ETP è un *processo* sostenuto da un *metodo* che prevede quattro fasi connesse fra loro.

- 1. analisi**
- 2. progettazione**
- 3. attuazione**
- 4. valutazione**

Questo approccio, sempre centrato sul paziente, prevede di rispettare successione delle quattro fasi poiché ognuna è determinata dalla precedente.

Prima fase: analisi del bisogno del malato con insufficienza renale avanzata

La prima tappa del processo è l'identificazione dei bisogni educazionali:

- bisogni dell'area biomedica (quale malattia ha)
- bisogni pedagogici (**cosa sa il malato**)
- bisogni legati alla sfera socio professionale (**cosa fa**)
- bisogni psicologici (**chi è**)

Le informazioni raccolte costituiscono la ***diagnosi educativa***.

Rossato E, Rigoli AM, Boffo G, Bonadiman L, Marcolongo R. Educazione Terapeutica Una risorsa per malati e curanti. Isfos Marsilio 2001, pag.72

Seconda fase: progettazione

Questa tappa permette di definire gli **obiettivi educativi** che il malato deve raggiungere al termine del programma, sulla base dell'analisi dei bisogni, tra cui:

- **obiettivi di sicurezza;** sono comuni a tutti i pazienti e sono quelli indispensabili per la sopravvivenza e sicurezza;
- **obiettivi specifici;** rispondono ai bisogni particolari specifici del singolo paziente.

L'individuazione degli obiettivi da raggiungere definiti **insieme al paziente** rappresentano il **contratto educativo**, una sorta di intesa che impegna curanti e malato alla realizzazione di quanto concordato.

Rossato E, Rigoli AM, Boffo G, Bonadiman L, Marcolongo R. Educazione Terapeutica Una risorsa per malati e curanti. Isfos Marsilio 2001, pag.72

Terza fase: attuazione

Prevede la ***scelta dei contenuti e dei metodi da utilizzare*** per raggiungere gli obiettivi prefissati.

“Quanto” e “come” trasferire al malato e al familiare le informazioni per raggiungere gli obiettivi educativi

Le modalità possono essere diverse a seconda delle caratteristiche del malato:

- incontri con il singolo malato o in piccoli gruppi
- lezione partecipata in cui si stimola il malato o familiare a raccontare la propria esperienza e/o quanto ha appreso nell'incontro (camposcuola)
- simulazioni pratiche mostrando come si svolge una emodialisi o una dialisi peritoneale o con i contenitori dei farmaci o in cucina (camposcuola)
- utilizzo di dvd
- guide informative scritte da lasciare al malato al termine del corso

Quarta fase: valutazione

La valutazione è indispensabile perché permette di conoscere se gli obiettivi sono stati raggiunti.

- *questionario* che rilevi il grado di soddisfazione dei partecipanti e che diano una valutazione in termini di contenuti, chiarezza nell'esposizione, tempi e modi utilizzati
- *indicatori di risultato* come ad esempio quanti malati hanno scelto la metodica, quanti hanno iniziato la dialisi con un accesso vascolare "pronto", l'andamento dei valori di Ca e P.

...una malattia che ha messo in crisi i modelli tradizionali di
relazione
medico-infermiere-paziente

Grazie per l'attenzione