

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
2. OBIETTIVO	4
3. MATERIALI E METODI	5
3.1. METODO PICO	5
3.2. BANCHE DATI	5
3.3. CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE	6
4. RISULTATI	7
5. DISCUSSIONE	19
5.1. EDUCAZIONE TERAPEUTICA E COMUNICAZIONE	20
5.2. PRESCRIZIONE INFERMIERISTICA	22
5.3. CONTINUITÀ TERRITORIALE	23
5.4. APPROCCIO MULTIFATTORIALE E PERSONALIZZATO	24
6. CONCLUSIONE	27
7. BIBLIOGRAFIA	29

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni le aspettative di vita sono aumentate così come sono aumentate le malattie croniche per cui i pazienti che ne soffrono richiedono un'assistenza a lungo termine.

Questa longevità porta ad affrontare il problema dell'invecchiamento della popolazione che determina un aumento dei pazienti anziani soggetti a politerapia e inevitabilmente comporta una minore aderenza ai farmaci.

Attenersi alle prescrizioni può avere un'influenza maggiore sulla salute della popolazione rispetto alla scoperta di nuove terapie, inoltre riduce le spese sanitarie e assistenziali.

Per ritardare il peggioramento repentino di segni e sintomi è importante seguire con attenzione e precisione la terapia prescritta dagli specialisti.

Per aderenza terapeutica (AIFA, 2014) si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

La comunicazione è quindi un elemento indispensabile nella relazione col paziente poiché permette di costruire quel rapporto di fiducia necessario a far seguire le indicazioni prescritte.

Di questo aspetto non si occupa solo il medico, ma tutte le figure sanitarie, tra cui l'infermiere infatti, nel suo profilo professionale emerge il ruolo relazionale e educativo, fondamentali per informare e far comprendere al paziente l'importanza di seguire il percorso terapeutico.

Nel 1994 in Italia nasce ufficialmente il profilo professionale dell'infermiere, introdotto dal Decreto Ministeriale 739 (Gazzetta ufficiale, 1995).

Con questo decreto l'infermiere diventa un professionista sanitario e acquisisce la responsabilità civile, penale e disciplinare. Inoltre, il profilo conferma non solo che l'infermiere dovrà formarsi in ambito universitario ma anche che il titolo conseguito rende immediatamente idonei all'esercizio professionale.

Nel secondo comma, vengono indicati i campi di intervento specifici dell'infermiere e il valore della relazione dell'assistenza riconosciuto all'infermiere in questo articolo è una vera innovazione, relazione finalizzata a quei bisogni che permettono di portare benefici al paziente per giungere al superamento della malattia.

Anche l'educazione sanitaria assume un ruolo importante perché attraverso essa si porta il paziente all'acquisizione di nuove conoscenze e competenze, fornendo nuova consapevolezza per proteggerlo da un danno alla salute e far sì che capisca l'importanza di aderire alla terapia in modo consapevole e responsabile.

Nel terzo comma invece, viene sottolineata l'importanza della cooperazione tra infermiere e medico, evidenziando il ruolo dell'infermiere all'interno dell'equipe multidisciplinare. Egli si assicura dell'aderenza al piano terapeutico e ne garantisce la corretta applicazione, dando informazioni corrette e facilmente comprensibili tenendo conto delle capacità cognitive del paziente, poiché dai suoi comportamenti deriva il buon esito della terapia.

L'aderenza terapeutica riguarda la collaborazione del paziente nell'attuare la terapia prescritta dal medico ed è un processo molto complesso che presenta numerosi fattori di rischio alcuni dei quali basati sulle caratteristiche psicologiche del paziente.

Non esiste un gold standard per valutare un'adesione adeguata; in generale un paziente è considerato aderente quando il numero di pillole assenti in un periodo di tempo, diviso per il numero di pillole prescritte dal medico nello stesso periodo, è superiore all'80%.

L'adesione inadeguata alle terapie a lungo termine influisce in modo significativo sul decorso e sull'esito della malattia, compromettendo gravemente sia l'efficacia e il successo del trattamento, sia la salute a lungo termine del paziente.

La scelta di una terapia efficace è solo uno dei fattori per il successo del trattamento. Un altro fattore altrettanto importante e altrettanto impegnativo è la partecipazione attiva del paziente alle raccomandazioni del medico.

A questo riguardo è importante parlare del concetto di compliance che viene spesso utilizzato quando si parla di aderenza, senza considerare che in questo caso c'è un'asimmetria decisionale tra medico e paziente: il medico decide la terapia e il paziente si attiene alla prescrizione, assumendosene la piena responsabilità. Con il termine aderenza invece, si evidenzia il ruolo attivo del paziente che collabora ed è coinvolto nella pianificazione del trattamento, per cui la responsabilità si divide equamente tra i due soggetti.

La letteratura riporta anche il concetto di concordanza che si basa sulla negoziazione delle esigenze di paziente e medico. Questo termine è ancora poco usato perché spesso il livello

di conoscenze del paziente sulla malattia e sui farmaci non è paragonabile a quello del medico che sa valutare invece sia i benefici che gli effetti avversi in base alla patologia e alle varie esigenze della persona.

La non aderenza può essere classificata in diversi modi; nel primo caso si distingue in primaria e secondaria, dove nella primaria il paziente non inizia la terapia mentre nella secondaria il paziente inizia il trattamento, ma poi lo interrompe.

Il secondo tipo di suddivisione è intenzionale e non intenzionale: nel caso della non aderenza intenzionale il motivo dell'interruzione di terapia può essere razionale, basato su convinzioni; o irrazionale, basato su una risposta emotiva. Nel caso dell'inaderenza non intenzionale la sospensione del trattamento è solitamente dovuta a problemi socioeconomici o a dimenticanze.

La domanda che mi ha spinto a iniziare questa ricerca è: come può la figura dell'infermiere aiutare i pazienti nel percorso di terapia e intervenire in caso di non aderenza?

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di questa ricerca è condurre una revisione della letteratura per articoli che si focalizzano sull'aderenza terapeutica. Tali articoli verranno analizzati e messi a confronto per indagare gli strumenti e le metodologie che l'infermiere ha a disposizione per aiutare il paziente ad eliminare gli ostacoli che gli impediscono di seguire la terapia prescritta e pertanto migliorarne l'aderenza.

3. MATERIALI E METODI

Per rispondere al quesito di ricerca è stata condotta una revisione della letteratura partendo inizialmente dalla definizione di aderenza terapeutica con annesse metodologie per migliorarla e successivamente dagli obblighi che l'infermiere deve rispettare per legge. Inoltre, è stato indagato il fenomeno della prescrizione infermieristica come strumento che l'operatore sanitario può utilizzare per migliorare l'aderenza.

3.1 METODO PICO

Durante la ricerca è stata utilizzata la metodologia PICOM, escludendo il confronto con altri tipi di interventi.

P	POPOLAZIONE	Persone con patologia cronica sottoposte a terapia
I	INTERVENTI	Strategie di aderenza efficace
C	CONFRONTO	/
O	OUTCOME	Maggiore aderenza terapeutica nella popolazione
M	METODO	Revisione della letteratura

Tabella 1: metodo PICOM

3.2 BANCHE DATI

Durante la ricerca ho consultato e selezionato libri, articoli e riviste dalle banche dati PubMed e Google Scholar. Attraverso la ricerca libera ho reperito informazioni dai siti dell'Agenzia Italiana del Farmaco, del Ministero della Salute, della Gazzetta Ufficiale, dal sito della Fnopi e dell'OMS.

Le parole chiave utilizzate nella banca dati sono:

- “Adherence”
- “Therapeutic adherence”
- “Medication adherence”
- “Non adherence”

- “Compliance”
- “Nursing prescription”

3.3 CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Per la ricerca ho considerato i seguenti criteri di inclusione:

- Popolazione affetta da patologie croniche
- Articoli che risalgono agli ultimi venti anni
- Studi con full text disponibile

E di esclusione:

- Popolazione affetta da patologie acute
- Articoli che risalgono a più di venti anni fa
- Articoli senza full text disponibile

4. RISULTATI

Dalla ricerca sono risultati dieci articoli utilizzati per la revisione.

	Titolo	Autore/i	Rivista	Anno di pubblicazione
1	Aderenza terapeutica: tra il dire e il fare	Angelino Elisabetta	Archivi Monaldi per la malattia toracica	2013
2	Aderenza terapeutica: il fattore di rischio occulto	Colivicchi Furio, Abrignani Maurizio G., Santini Massimo	Massimo Giornale italiano di cardiologia	2010
3	Adherence to medication	Osterberg Lars, Blaschke Terrence	The New England journal of medicine	2005
4	Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet lapja	Szabo Georgina, Szita Bernadett, Fornaro Michele, Dome Péter, Varbiro Szaboles, Gonda Xénia	Official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology	2022

5	Medication Adherence: Truth and Consequences	Brown, Marie T., Bussell Jennifer, Dutta Suparna, Davis Katherine, Strong Shelby, Mathew Suja	The American journal of the medical science	2016
6	A New Method of Identifying Characteristics of Needing Help to Take Medications in an Older Representative Community-Dwelling Population: The Older Adults Medication Assist Scale	Jamerson Brenda D., Fillenbaum Gerda G., Sloane Richard, Morey Miriam C.	J Am Geriatric Soc	2016
7	Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults	Yap Angela F., Thirumoorthy Thiru, Kwan Yu. H.	Geriatrics & gerontology international	2016
8	Patient adherence to medical treatment: a review of reviews	van Dulmen Sandra, Sluijs Emmy, van Dijk Liset, de Ridder Denise,	BMC health services research	2007

		Heerdink Rob, Bensing Jozien		
9	Riflessioni sull'aderenza terapeutica	Ponzani Paola, De Riu Stefano	The Journal of AMD	2018
10	L'aderenza terapeutica nella pratica clinica	Pizzini Andrea	Clinical Management Issues	2008
11	Nurse prescribing of medicines in 13 European countries	Maier Claudia B.	Human resources for health	2019
12	The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective	Ling Dong Lang, Lyu Chun Mei, Liu Hui, Xiao Xiao, Yu Hong Jing	International journal of nursing sciences	2017
13	Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature	Kroezen Marieke, van Dijk Liset, Groenewegen Peter P., Francke Anneke L.	BMC health services research	2011

Tabella 2: articoli inclusi nella revisione

1. Aderenza terapeutica: tra il dire e il fare, 2013

Vengono messi a confronto gli studi pubblicati su JAMA (Marcum et al., 2015-2016), su Circulation (Baroletti e Dell'Orfano, 2010) e su BMC Public Health (Pound, 2005).

Il primo individua i sei possibili fenotipi della non aderenza:

- Il paziente non è consapevole dell'importanza di seguire le prescrizioni
- Il paziente crede che i benefici non valgano l'impegno di seguire la terapia
- Il paziente pensa che la terapia sia troppo difficile da gestire
- Il paziente non è vigile abbastanza
- Il paziente ha convinzioni errate sulla terapia da seguire
- Il paziente ritiene la terapia non efficace

Il secondo indica i tre fattori che ostacolano l'aderenza:

- Ostacoli nella comunicazione
- Livello di motivazione
- Fattori economici e sociali

Il terzo studio introduce i seguenti termini per indicare il tipo di paziente sottoposto a terapia:

- “accepters”, pazienti aderenti che si suddividono ulteriormente in “Passive accepters” e “active accepters”
- “rejecters”, pazienti non aderenti che possono essere “active modifiers” e “complete rejecters”

Ognuno di queste definizioni però, non è sufficiente a descrivere l'atteggiamento dinamico dei pazienti. Saranno quindi necessari ulteriori studi ed approfondimenti.

2. Aderenza terapeutica: il fattore di rischio occulto, 2010

Non è possibile una valutazione obiettiva dell'aderenza, poiché non è disponibile una misurazione interpretabile in maniera univoca.

Nei vari studi che trattano l'argomento vengono utilizzati diversi metodi. I metodi autoriportati, come l'intervista diretta al paziente che però rischiano una sovrastima del 20-30%, oppure questionari come la scala di Morisky (Figura 1), se si vuole misurare la non aderenza.

-
1. Si è mai dimenticato di assumere i farmaci?
 2. È occasionalmente poco attento nell'assunzione dei farmaci?
 3. Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?
 4. Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?
-

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni negativa di 1. I pazienti con punteggio di 0-2 sono considerati non aderenti; quelli con punteggio di 3-4 sono considerati aderenti.

Figura 1. La scala di Morisky. (Colivicchi, 2010, p. 125S)

Altri metodi utilizzati sono il “pill countig”, ovvero il conteggio delle pillole contenute nei blister dei farmaci prescritti, le misurazioni dei livelli dei principi attivi nei fluidi biologici, che però possono risultare più alti per farmaci con maggiore emivita, i metodi elettronici, che registrano orario e data di apertura delle confezioni farmaceutiche ma sono molto costosi e l'analisi di data base dei data base che però non sempre sono completi e non permettono di capire le motivazione che portano alla non aderenza.

3. Adherence to medication, 2005

I tassi di adesione sono generalmente più alti in caso di pazienti con patologie acute, invece nel caso di patologie croniche, dove i tassi medi di aderenza si aggirano intorno al 43-78%, questi risultano in discesa dopo i primi sei mesi di terapia.

I metodi di misurazione dell'aderenza vengono divisi in diretti e indiretti e ognuno di questi ha vantaggi e svantaggi ma nessuno può essere riconosciuto come metodo standard. La tecnica migliore è quella di combinare più misure in modo tale da massimizzarne l'accuratezza di ognuna, tenendo conto che le omissioni e i ritardi sono i motivi di non aderenza più frequenti.

Una terapia semplice, rafforzata da frequenti visite di controllo aiuta a massimizzare l'aderenza, infatti questa è inversamente proporzionale alla dose dei farmaci.

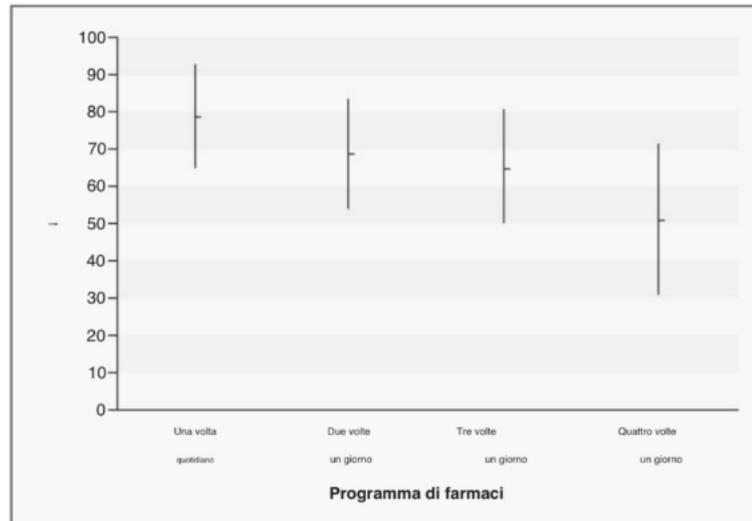


Figura 2. Aderenza ai farmaci in base alla frequenza delle dosi. (Osterberg e Blaschke, 2005, p. 487)

Gli interventi consigliati per migliorare l'aderenza sono: maggiore educazione per il paziente, migliorare i programmi di dosaggio, aumentare il numero di visite ambulatoriali, considerando anche orari serali, e migliorare la comunicazione medico-paziente.

4. Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja, 2022

La scelta del giusto trattamento è solo uno dei fattori che influenzano l'aderenza, un altro ugualmente importante è la partecipazione attiva del paziente.

In questo studio si analizza il modello bio-psico-sociale della malattia in cui la personalità del paziente è fondamentale per comprendere e spiegare l'aderenza alla terapia. La complessità della psiche del paziente deve essere tenuta in considerazione quando si stabilisce un piano terapeutico affinché ci sia aderenza e cooperazione.

Si evidenzia l'importanza delle convinzioni che nel caso dei farmaci si dividono in due gruppi: le convinzioni sulla necessità del trattamento e le convinzioni sugli effetti avversi che i farmaci potrebbero provocare. La conflittualità tra queste due determina un atteggiamento di non aderenza.

5. Medication Adherence: Truth and Consequences, 2016

La non aderenza, oltre al peggioramento della malattia, comporta un aumento spropositato dei costi sanitari.

Negli Stati Uniti si stima che tale aumento di costi, dovuto all'invecchiamento della popolazione e all'aumento di patologie croniche, sia compreso tra i 100 e 300 miliardi di dollari, che corrisponde al 3-10% dei costi sanitari totali del paese.

In uno studio condotto da Roebuck et al. (2007, citato da Brown et al., 2016), si evidenzia che “nei pazienti con malattie vascolari croniche, l'adesione ha ridotto la spesa sanitaria totale annua, nonostante un aumento dei costi farmaceutici”.

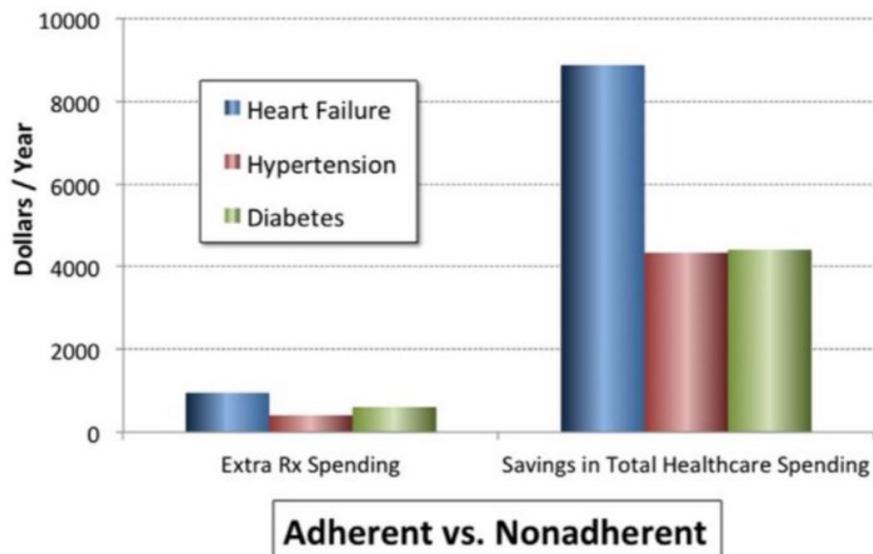


Figura 3. Relazione tra l'aderenza ai farmaci in pazienti con malattie vascolari croniche e il costo dei servizi sanitari. (Brown et al., 2016, p. 388, adattato da Roebuck et al., 2011).

Relazione tra l'aderenza ai farmaci in pazienti con malattie vascolari croniche e il costo dei servizi sanitari

È importante riconoscere la difficoltà di scoprire la non aderenza, poiché è dimostrato che la maggior parte dei pazienti non ammetterebbe di aver saltato la terapia prescritta.

Bisogna dunque cogliere tutti i segnali di scarsa adesione, quali analfabetizzazione, scuse per saltare visite e controlli, ecc....

Per migliorare l'aderenza non bisogna basarsi sull'autovalutazione, poiché c'è un rischio di sovrastima del 200%, ma è necessario attenersi a metodi validati come la scala di Morisky, la scala MAR o la TABS, mentendo un ambiente sicuro e un rapporto sereno con il paziente, in modo tale da ridurre la ormai diffusa sfiducia nei confronti dell'assistenza sanitaria.

6. A New Method of Identifying Characteristics of Needing Help to Take Medications in an Older Representative Community-Dwelling Population: The Older Adults Medication Assist Scale, 2016

È stata condotta una ricerca in un'area della Carolina del Nord su una popolazione pari o superiore a 65 anni, per determinare le caratteristiche di coloro che hanno bisogno di aiuto nell'assunzione dei farmaci.

Tali caratteristiche risultano essere:

- Sesso maschile
- Età pari o superiore a 80 anni
- La convivenza con altre persone
- La presenza di quattro o più patologie croniche
- Stato cognitivo o funzionale compromesso

Identificare il bisogno di aiuto è il primo passo, ma bisogna condurre ulteriori studi per capire come soddisfarlo.

7. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults, 2016

In questa revisione sono stati riscontrati ottanta fattori suddivisi in cinque categorie associate all'aderenza terapeutica negli anziani. Le cinque categorie sono: fattori del paziente, fattori farmacologici, fattori medici, fattori basati sul sistema e altri fattori.

In base allo studio è stato costruito un modello a fiore basato sull'aderenza.

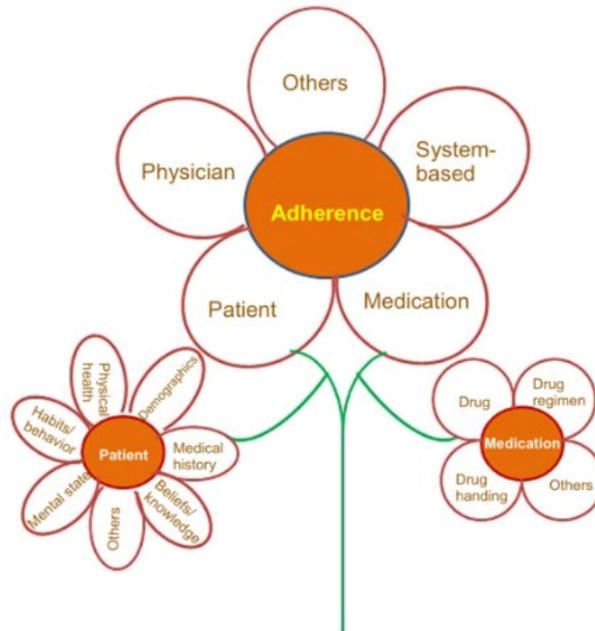


Figura 4. Flower diagram of medication adherence in older adults. (Yap et al., 2016, p. 1098)

Il medico durante la prescrizione deve considerare le capacità fisiche e mentali sia del paziente che del caregiver. Inoltre, deve instaurare una relazione che permetta di conoscere le problematiche del paziente in modo da trovare delle possibili soluzioni, sempre considerando la natura complessa dell'aderenza terapeutica nella popolazione anziana.

8. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews, 2007

La revisione si focalizza sulla ricerca di interventi efficaci per migliorare l'aderenza. Sono stati individuati e analizzati interventi tecnici, comportamentali, educativi e complessi. La prima tipologia di intervento, in particolare la semplificazione del regime terapeutico, si è rivelata la più efficace nella maggior parte dei casi. Altre soluzioni interessanti sono quelle comportamentali basate su incentivi e richiami. Per quanto riguarda gli altri interventi non è stato possibile valutarne l'efficacia oggettiva, poiché gli studi a riguardo sono scarsi e poco esaustivi.

9. Riflessioni sull'aderenza terapeutica, 2018

La non aderenza è composta da diversi fattori che si dividono in fattori legati al paziente e fattori estranei al paziente. Nel primo gruppo sono presenti la mancanza di fiducia nella terapia, la paura di possibili effetti collaterali, la dimenticanza, la condizione socio-culturale, la *illness prescription*, ovvero le convinzioni sulla propria salute e la presenza di ansia e depressione. Nei fattori esterni troviamo la complessità del regime terapeutico, gli effetti indesiderati, i costi dei farmaci e l'organizzazione dell'azienda sanitaria.

Le soluzioni proposte sono:

- La semplificazione della terapia
- L'utilizzo di promemoria
- L'educazione terapeutica
- Una comunicazione efficace tra medico e paziente
- Un approccio personalizzato mediante la medicina di iniziativa

10. L'aderenza terapeutica nella pratica clinica, 2008

Le teorie sull'aderenza terapeutica prevedono vari modi per misurare l'adesione, ma ce n'è uno molto più significativo che si può analizzare, questo è la mortalità, "il più obbiettivo outcome di salute".

In uno studio condotto da Simpson et al. (2006, citato da Pizzini, 2008), emerge una stretta correlazione tra mortalità e aderenza terapeutica; infatti, l'adesione alla terapia prescritta comporta un rischio di mortalità dimezzato rispetto ai pazienti scarsamente aderenti. Questo si verifica anche nel caso di pazienti che assumono placebo, poiché è supponibile che i pazienti più aderenti sono quelli che seguono uno stile di vita migliore in termini di salute.

11. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries, 2019

Nel 2019, sono 13 i paesi europei ad aver adottato la prescrizione infermieristica come soluzione innovativa, non solo per sopperire alla mancanza di personale medico sufficiente alla domanda sanitaria, ma anche per valorizzare la figura infermieristica e permetterne la crescita professionale.

Dei 13 paesi, 12 applicano le leggi sulla prescrizione a livello nazionale (Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia, Regno Unito). In alcuni paesi la prescrizione è parte della formazione infermieristica, mentre in altri è necessario un percorso formativo separato che permetta all'infermiere di specializzarsi nelle materie farmacologiche. Allo stesso modo, alcuni sono indipendenti, come ad esempio gli infermieri che esercitano nel Regno Unito, mentre altri necessitano di supervisione medica.

Inoltre, i pazienti della ricerca erano ugualmente o più soddisfatti della prescrizione fornita dagli infermieri rispetto a quella fatta dai medici.

12. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective, 2017

La letteratura riporta che la prescrizione infermieristica abbia molti lati positivi, tra cui un servizio più rapido, maggiore soddisfazione da parte dei pazienti, riduzione della polifarmacoterapia, possibilità di continuità delle cure, migliore rapporto infermiere-paziente e soprattutto maggiore autonomia per gli infermieri.

Tale pratica è ostacolata però da diversi fattori; primo tra tutti la resistenza da parte dei medici che nutrono preoccupazioni per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti e per il possibile aumento dei conflitti di ruolo che andrebbero a compromettere il processo terapeutico. D'altro canto, per quanto gli infermieri stessi siano favorevoli ad assumersi questa responsabilità, sono preoccupati dall'aumento del carico di lavoro che potrebbe non essere preso in considerazione dai superiori o non adeguatamente retribuito.

13. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature, 2011

Ogni paese che prevede nella sua legislatura la possibilità da parte degli infermieri di poter prescrivere ha avuto motivi diversi, che vanno dall'accesso più rapido ai farmaci ad un utilizzo migliore delle conoscenze e delle competenze degli infermieri. In altri casi, come quello degli Stati Uniti, il fine era di ridurre il carico di lavoro dei medici e poter raggiungere anche i pazienti che risiedono in aree remote.

Ciascuno dei paesi che permettono la prescrizione infermieristica, ha attuato restrizioni legali diverse su quali infermieri posso prescrivere, quali e quanti farmaci, se in modo indipendente o se supervisionati.

Country	Prescriptive authority		
	Independent	Collaborative/ supplementary	Use of PGDs/ medical directives
Australia	√		√
Canada	√		√
Ireland	√		
Netherlands*	√	√	
New Zealand	√		
Spain*	√	√	
Sweden	√		
United Kingdom	√	√	√
United States of America	√	√	

* Intended form(s) of prescriptive authority, nurse prescribing is not yet legal

Figura 5. Autorità prescrittiva per gli infermieri. (Kroezen et al., 2011, p. 9)

Gli infermieri, nei diversi paesi, hanno quindi diversi livelli di autonomia, in base alla legislazione, agli anni di esperienza clinica e in base alle capacità decisionali cliniche valutate durante il periodo di supervisione.

5. DISCUSSIONE

La non aderenza alla terapia risulta essere uno dei fattori maggiormente correlati al peggioramento del quadro clinico dei pazienti che soffrono di patologie croniche.

Secondo le statistiche elaborate dall'OMS nel 2003, nei paesi sviluppati, meno del 50% delle persone sottoposte a terapia non sono aderenti; se consideriamo i paesi in via di sviluppo, i tassi di adesione si riducono ulteriormente. Per il momento non sono disponibili tassi di aderenza più recenti provenienti da fonti ufficiali.

Sempre secondo i dati dell'OMS del 2003, ci sono cinque categorie che racchiudono le cause di non aderenza, sia interne che esterne al paziente.

Correlati al paziente	Correlati alla condizione clinica	Correlati alla terapia	Correlati al sistema sanitario	Correlati al sistema socio-economico
Età avanzata Sesso femminile Deficit cognitivi, visivi, acustici Stress e depressione	Patologia cronica Comorbidità multiple	Frequenza delle somministrazioni Posologia dei farmaci Numero di farmaci Efficacia Effetti collaterali	Autorevolezza del curante Adeguatezza dell'informazione sulla patologia e sui farmaci Chiarezza circa la durata del trattamento Tempo dedicato al paziente Cadenza dei follow-up	Scolarità Stato coniugale Reddito Compartecipazione alla spesa sanitaria

Figura 6. Fattori predittivi di non aderenza terapeutica. (Colivicchi, 2010, p. 124S).

La responsabilità della corretta aderenza non ricade solo sul paziente, ma anche sul medico prescrittore e sull'intera équipe sanitaria, nonché su fattori esterni legati al livello socio-economico-culturale.

Il medico, prima di prescrivere un regime terapeutico, deve considerare le condizioni del paziente, soprattutto lo stato cognitivo e funzionale, poiché se compromesso è necessario attuare interventi specifici e personalizzati. Inoltre, deve tenere conto del livello di alfabetizzazione; in questo caso bisognerà adattare il tipo di linguaggio e le modalità di comunicazione, affinché si raggiunga una comprensione globale sia della terapia che dello stato di salute in cui il paziente si trova. Nel caso in cui il medico non sia stato efficace nella rilevazione dei bisogni, interviene l'infermiere sia a livello comunicativo che funzionale, aiutando la persona nel superamento degli ostacoli che impediscono l'aderenza.

La maggior parte degli articoli riporta i metodi più utilizzati per misurare l'aderenza, divisi in metodi diretti e indiretti. Del primo gruppo fanno parte la terapia osservata direttamente, molto accurata ma poco pratica per l'uso quotidiano; misurazione del livello di principio attivo nei liquidi biologici, che però varia in base alle caratteristiche chimiche del farmaco e del metabolismo del paziente. Tra i metodi indiretti troviamo: questionari e self-report, la soluzione più semplice e meno costosa ma facilmente alterabile dal paziente; il pill counting, anche in questo caso soggetto a possibili modifiche; numeri di ricariche di prescrizione, non determinano l'attuale assunzione dei farmaci; monitor elettronici per farmaci, metodo più preciso ma molto costoso; valutazione della risposta clinica in base a patologia e farmaci prescritti, poco preciso nel rilevare l'aderenza.

Tutti gli studi concordano però che le ricerche effettuate fino ad ora non sono esaustive nell'individuare un metodo unico che permetta di ottenere risultati oggettivi e validi per tutti. La scelta più efficace è quella di combinare più soluzioni in base alle singole esigenze della persona.

Oltre ai diversi metodi per misurare l'aderenza, dagli articoli emergono altre quattro possibili soluzioni al problema:

- Educazione terapeutica e comunicazione
- Prescrizione infermieristica
- Continuità territoriale
- Approccio multifattoriale e personalizzato

5.1 EDUCAZIONE TERAPEUTICA E COMUNICAZIONE

Un aspetto importante dell'aderenza è il concetto di educazione terapeutica che consiste nell'addestrare il paziente o chi per lui, alla gestione della malattia nel quotidiano, rendendolo capace di adattarsi alle problematiche che derivano dal decorso della patologia e quindi migliorando i processi di coping. Questa contribuisce alla riduzione dei costi assistenziali nel lungo periodo, sia per il paziente che per le aziende sanitarie.

L'educazione del paziente rientra tra i compiti degli operatori sanitari, in particolare dell'infermiere, come riportato nel codice deontologico comma 2, che deve stimolare il paziente ad apprendere sempre nuove competenze per affrontare al meglio la propria malattia in base alla sua situazione psicofisica e sociale, deve adattarsi ai bisogni personali che possono variare nel tempo e deve valutare periodicamente se la sua didattica ha avuto successo.

In sintesi, l'educazione terapeutica è un processo continuo, sempre in costante evoluzione, che cambia col cambiare delle esigenze e dei bisogni individuali del paziente e che quindi bisogna rivalutare periodicamente seguendo delle fasi specifiche. Prima fra tutte l'analisi dei bisogni in cui si individuano i bisogni fondamentali attraverso la relazione con l'utente che permette di riconoscerne le abilità intrinseche.

La seconda fase è quella della progettazione educativa, nella quale partendo dai bisogni riscontrati in precedenza, si sviluppano degli obiettivi di apprendimento e definendo le modalità per il loro raggiungimento. Tali obiettivi devono essere misurabili, realizzabili e condivisi dal paziente.

La terza fase prevede l'attuazione degli obiettivi prefissati, con le metodologie scelte. E infine, si attua la valutazione del piano educativo, valutandone di volta in volta l'efficacia.

Educare non significa semplicemente informare, ma è un processo che presuppone l'instaurazione di una relazione basata sulla fiducia col paziente o col caregiver attraverso una comunicazione efficace.

La comunicazione è alla base di tutte le interazioni sociali e permette lo scambio di informazioni e sentimenti tra più individui, mediante un sistema comune di linguaggi e segni. Quando si comunica è importante considerare il livello di istruzione, la cultura, la lingua e le credenze dell'interlocutore in modo che non vi sia una distorsione del messaggio che ne impedisca la comprensione.

La comunicazione, inoltre, è definita efficace quando è chiara, credibile e persuasiva e il messaggio arriva al ricevente che lo codifica, esattamente come era nelle intenzioni dell'emittente. Questo è verificabile mediante il feedback, cioè l'informazione di ritorno da parte del destinatario iniziale dell'informazione.

5.2 PRESCRIZIONE INFERMIERISTICA

Un'altra soluzione emersa per migliorare l'aderenza terapeutica è la prescrizione infermieristica, che in tutte le ricerche in cui viene menzionata ha ottenuto risconti positivi e si è rivelata efficace come supporto al paziente.

La prescrizione è una raccomandazione che riguarda la terapia da seguire in base alla patologia e alle esigenze del paziente. Fino ad ora questa è una pratica esclusivamente medica, perlomeno in Italia, fondamentale per permettere al paziente di accedere alle cure mediche e farmacologiche.

Considerando la continua formazione a cui gli infermieri sono sottoposti, potrebbe essere considerato un supporto all'assistenza quello delle prescrizioni infermieristiche (Fnopi, 2019). Questo promuoverebbe la crescita della professione e renderebbe più efficiente il sistema sanitario, dando risposte più idonee e rapide ai bisogni assistenziali dei pazienti.

Se consideriamo la situazione a livello internazionale (Human resources for health, 2019), vi sono 13 paesi in Europa che hanno una legislazione che riguarda la prescrizione farmacologica da parte degli infermieri. In Inghilterra l'infermiere ha la possibilità di prescrivere solo alcuni farmaci, in seguito a specifici percorsi formativi. In Spagna prevale la prescrizione continuativa in cui si segue il follow up per le principali patologie croniche. Se invece prendiamo in esame paesi oltre oceano, come gli Stati Uniti, notiamo che la prescrizione infermieristica è una realtà dal 1969, principalmente nelle zone rurali.

Oggi ha continuato a svilupparsi a causa della carenza del personale medico, dell'aumento delle patologie croniche e dell'aumento della multidisciplinarietà nell'equipe sanitaria. Inoltre, dalla letteratura consultata risulta che questo servizio apporta diversi benefici, come una maggiore rapidità e qualità della prescrizione, possibilità di continuità delle cure, migliore rapporto infermiere-paziente, riduzione della polifarmacoterapia e maggiore soddisfazione dei pazienti.

È dunque importante tenersi al passo coi tempi e iniziare tempestivamente a pensare ad una legislazione in Italia che permetta agli infermieri di partecipare alla prescrizione di farmaci

sia per migliorare l'efficienza delle cure mediche, che per permettere una più agevole mobilità dei professionisti sanitari tra i vari paesi.

5.3 CONTINUITÀ TERRITORIALE

Dopo la dimissione dall'ospedale, nel caso il paziente abbia bisogno di aiuto nella gestione della patologia, intervengono figure specializzate nell'assistenza domiciliare e/o ambulatoriale.

Fornire assistenza domiciliare significa che il paziente può continuare a vivere con i propri affetti e nella propria abitazione senza rinunciare alle cure di cui ha bisogno per la propria salute. Questo assunto si basa sull'idea che la casa è lo spazio terapeutico più importante, dove il paziente può essere assistito dal personale medico ed infermieristico, ma allo stesso tempo rimanere nel suo ambiente sociale e familiare.

All'articolo 22 del Decreto del presidente del Consiglio dei ministri de 12 gennaio 2017 (Ministero della Salute, 2019), riguardante la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), sono indicati i percorsi assistenziali a domicilio. Questi costituiscono un insieme organizzato di cure mediche, infermieristiche e riabilitative, necessarie per stabilizzare il quadro clinico, limitare il deterioramento funzionale e migliorare la qualità di vita del paziente.

Le cure domiciliari sono un servizio indicato nei LEA e hanno lo scopo di rispondere ai bisogni di salute di persone non autosufficienti, che hanno bisogni di cure a domicilio per un breve periodo o per periodi più lunghi per gestire la cronicità della malattia, prevenire le disabilità, evitare la continua ospedalizzazione e migliorare la qualità di vita.

In base ai bisogni del paziente, alla complessità e alla durata dell'intervento di assistenza, le cure domiciliari si distinguono in due tipologie: assistenza domiciliare programmata (ADP) e assistenza domiciliare integrata (ADI).

Nel primo caso le prestazioni mediche e infermieristiche hanno un livello di base e sono rivolte a persone non deambolanti o con limitazioni funzionali gravi che non consentono

loro di raggiungere i luoghi per usufruire dei servizi necessari con i propri mezzi, ad esempio la visita dal medico di base.

Nella seconda tipologia le cure domiciliari sono costituite da un insieme di trattamenti multidisciplinari rivolte a pazienti che necessitano di interventi ripetuti nel tempo.

Oltre all'infermiere delle cure domiciliari è presente sul territorio anche l'infermiere di famiglia e comunità che garantisce la continuità assistenziale al di fuori del contesto ospedaliero attraverso la progettazione, l'attuazione e la valutazione di promozione della salute, prevenzione delle malattie, educazione e formazione. È un professionista il cui ruolo viene descritto per la prima volta nel documento "The Family Health Nurse" (OMS, 2000) che si affianca al Medico di Medicina Generale o al Pediatra e fornisce i servizi più richiesti dagli utenti, aiutandoli nella gestione delle malattie croniche e delle disabilità. In Italia l'infermiere di famiglia esiste dal 2014, ma solo in alcune regioni e principalmente in via sperimentale. Recentemente in Veneto è stata approvata la delibera regionale che permetterà a circa cento infermieri, attraverso dei corsi formativi specifici, di specializzarsi e per primi iniziare concretamente a svolgere la professione sul territorio (Quotidiano sanità, 2023).

Queste figure professionali sono fondamentali per migliorare i livelli di aderenza terapeutica, poiché spesso è lo stesso infermiere che si occupa di un determinato paziente e crea quel rapporto di fiducia necessario a mantenere un comportamento di collaborazione per tutta la durata della terapia. Sono inoltre loro a formare, non solo il paziente, ma anche i caregiver in modo che possano intervenire autonomamente e soddisfare i bisogni assistenziali anche senza l'intervento del personale sanitario.

5.4 APPROCCIO MULTIFATTORIALE E PERSONALIZZATO

La medicina in generale dovrebbe orientarsi verso una visione olistica cioè, analizzare il paziente nella sua interezza, tenendo sempre a mente che dietro la patologia c'è una persona che potrebbe trovarsi in una situazione di fragilità, senza sapere come chiedere aiuto. Ed è qui che si misura la competenza del professionista sanitario, in particolare dell'infermiere,

che deve essere capace, secondo codice deontologico, di cogliere i bisogni e trovare la soluzione migliore per soddisfarli.

Il primo passo verso l'aderenza è la semplificazione della terapia, attraverso la riduzione delle dosi durante la giornata poiché "l'aderenza è inversamente proporzionale alla frequenza della dose" (Claxton et al., 2001, citato da Osterberg e Blaschke, 2005), scegliendo vie di somministrazione facili da gestire, raggruppando più principi attivi in una compressa, preferendo farmaci a lento rilascio o a maggiore concentrazione.

Un'opzione potrebbe essere l'uso di tecnologie in ambito sanitario come supporto al rispetto delle prescrizioni. Alcuni esempi sono i promemoria presenti sul cellulare, che tramite una notifica permettono di ricordare gli orari da rispettare; oppure i contenitori elettronici che memorizzano l'orario di apertura, nel caso la persona non si ricordi se ha preso il farmaco o meno. Ad oggi questo tipo di tecnologia però, ha un costo elevato per la maggior parte dei pazienti, impossibile da sostenere se si contano i prezzi dei farmaci e delle visite mediche, spesso fatte privatamente. Inoltre, i pazienti con patologie croniche e sottoposti a polifarmacoterapia sono perlopiù anziani, che quindi potrebbero trovarsi in difficoltà nell'uso quotidiano e avrebbero bisogno di imparare e di prendere confidenza prima di iniziare a vedere, se possibile, miglioramenti effettivi.

Questa soluzione potrebbe essere presa in considerazione per le nuove generazioni, ormai abituate all'uso della tecnologia, che in futuro diventeranno pazienti bisognosi di cure e nel frattempo tali sistemi avranno modo di evolversi e specializzarsi per diventare il nuovo punto di forza della medicina moderna.

In seguito al rilascio della prescrizione è necessario programmare fin da subito controlli a livello ambulatoriale per verificare il follow up del paziente. Infatti, secondo Osterberg e Blaschke (2005, p. 489, traduzione dell'autore), "i pazienti comunemente migliorano il loro comportamento nell'assunzione dei farmaci nei cinque giorni precedenti e dopo un appuntamento con l'operatore sanitario, rispetto a trenta giorni dopo, in un fenomeno noto come *aderenza da camice bianco*".

Altro aspetto fondamentale da considerare è la riconciliazione dei farmaci all'arrivo e alla dimissione dall'ospedale, nonché ogni qual volta ci si approccia ad un nuovo paziente già sottoposto a terapia. A tal proposito è stata emanata dal Ministero della Salute la

raccomandazione n. 17 in materia di riconciliazione della terapia farmacologica che dal 2012 rientra tra i requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie. Gli errori di terapia sono dovuti per il 67% a “discrepanze non intenzionali” (Ministero della Salute, 2015), che si dividono in terapia non assunta o terapia non necessaria. Ci deve sempre essere quindi un confronto tra operatori sanitari e tra operatore-paziente attraverso la raccolta di informazioni accurate durante il processo di ricognizione e una comunicazione costante per chiarire e aggiornare in caso vengano apportate modifiche alla terapia.

6. CONCLUSIONE

L'aderenza terapeutica è un aspetto fondamentale del processo di terapia poiché permette un rallentamento nella progressione della patologia o la totale remissione. Questo è possibile se il paziente è consapevole della sua situazione clinica e terapeutica, attraverso un maggiore coinvolgimento e una maggiore informazione da parte dell'equipe sanitaria che deve assumersi la totale presa in carico.

Altro vantaggio è quello di ridurre il numero di ricoveri in ospedale, compresi i rischi che l'ospedalizzazione comporta, nonché i costi delle aziende sanitarie.

Le stime OMS prese in considerazione nella maggior parte degli articoli risalgono al 2003 e indicano che il 50% dei farmaci non sono assunti adeguatamente e che una percentuale di pazienti compresa tra il 30% e il 70% assume erroneamente i farmaci o li scambia involontariamente. Sarebbe necessario per comprendere a fondo il problema, soprattutto negli ultimi tempi, condurre nuove ricerche in merito, avvalendosi anche delle innovazioni tecnologiche per misurare l'aderenza.

Gli strumenti a disposizione degli operatori sanitari, in particolare degli infermieri, sono molteplici e sono tutti incentrati alla rilevazione dei bisogni del paziente, tramite un'attenta osservazione e analisi di tutti gli aspetti personali sia interni che esterni al paziente stesso.

La figura dell'infermiere quindi, per aiutare il paziente nel suo percorso di terapia, deve prima di tutto riconoscere la non aderenza tramite l'utilizzo combinato di metodi soggettivi e oggettivi, metodi diretti e indiretti e mediante l'osservazione di comportamenti tipici nel paziente, come il rifiuto della malattia oppure non presentarsi agli appuntamenti per il controllo del follow up; attuare una comunicazione efficace, accertandosi che il paziente abbia compreso a pieno sia la patologia da cui è affetto, che la terapia, compresi rischi e benefici. Una volta riscontrate le difficoltà del paziente nel seguire la terapia, l'infermiere è tenuto a intervenire, dopo una valutazione multidisciplinare, per mettere in atto le soluzioni più adeguate, mediante interventi mirati, quali l'educazione sia del paziente che della famiglia o caregiver, programmi terapeutici migliorati e semplificati e maggiori controlli ambulatoriali. Inoltre, se in Italia venisse attuata la legge europea che permette la prescrizione infermieristica, gli infermieri avrebbero più autonomia professionale e

sarebbero più veloci ed efficaci nell'intervenire in caso di non aderenza, come già dimostrato dalle ricerche condotte all'estero.

Misurare l'aderenza però, rimane ancora oggi un aspetto complesso sia perché non esiste un gold standard per valutare un'adesione adeguata, sia perché i medici non sempre riescono ad intercettare la non aderenza. Inoltre, l'aderenza non segue una costante ma può variare nel tempo insieme alla progressione della malattia e insieme al paziente che essendo un soggetto dinamico, è in continuo divenire.

7. BIBLIOGRAFIA

Angelino E. (2013). Aderenza terapeutica: tra il dire e il fare. *Archivi Monaldi per la malattia toracica = Archivio Monaldi per le malattie del torace*, 80 (2), 57–59. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2013.79>

Baroletti, S., & Dell’Orfano, H. (2010). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation*, 121(12), 1455–1458. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.109.904003>

Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American journal of the medical sciences*, 351(4), 387–399. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.010>

Colivicchi, F., Abrignani, MG, & Santini, M. (2010). Aderenza terapeutica: il fattore di rischio occulto. *Giornale italiano di cardiologia (2006)* , 11 (5 Suppl 3), 124S–127S.

Jamerson, B. D., Fillenbaum, G. G., Sloane, R., & Morey, M. C. (2016). [A New Method of Identifying Characteristics of Needing Help to Take Medications in an Older Representative Community-Dwelling Population: The Older Adults Medication Assist Scale.](https://doi.org/10.1111/jgs.14166) *J Am Geriatr Soc*, 64(6), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/jgs.14166>

Kennedy-Martin, T., Boye, K. S., & Peng, X. (2017). Cost of medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: a literature review. *Patient Preference and Adherence*, Volume 11, 1103–1117. <https://doi.org/10.2147/ppa.s136639>

Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11, 127. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>

Kwint, H., Stolk, G., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. L. (2013). Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing. *Age And Ageing*, 42(5), 620–626. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft083>

Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>

Leporini, C., De Sarro, G., & Russo, E. (n.d.). Adherence to therapy and adverse drug reactions: is there a link? *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(sup1), 41–55. <https://doi.org/10.1517/14740338.2014.947260>

Ling, D. L., Lyu, C. M., Liu, H., Xiao, X., & Yu, H. J. (2017). The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. *International journal of nursing sciences*, 5(1), 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.011>

Maier C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human resources for health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>

Marcum, Z. A., Sevick, M. A., & Handler, S. M. (2013). Medication nonadherence. *JAMA*, 309(20), 2105. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.4638>

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England journal of medicine*, 353(5), 487–497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>

Pizzini, A. (2008). L'aderenza terapeutica nella pratica clinica. *Clinical Management Issues*, 2(4), 155-157

Ponzani, P., De Riu S. (2018). Riflessioni sull'aderenza terapeutica. *The Journal of AMD*, vol 21, 27-29. https://www.jamd.it/wp-content/uploads/2018/04/2018_01_05.pdf

Saiani, L., & Brugnonli, A. (2020). *Trattato di cure infermieristiche*, Vol. 1, 3-83.

Szabo, G., Szita, B., Fornaro, M., Dome, P., Varbiro, S., & Gonda, X. (2022). *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 24(2), 69–77.

van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC health services research*, 7, 55. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-55>

Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 16(10), 1093–1101. <https://doi.org/10.1111/ggi.12616>