



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'aderenza terapeutica della persona in
trattamento dialitico extracorporea nell'AV4:
studio osservazionale**

Relatore: Prof.
Enrico Ceroni

Tesi di laurea di:
Francesco Di Febo

Correlatore: Tutor
Simona Tufoni

A. A. 2018/2019

Indice

Abstract	
Introduzione	pag.3
 <i>Capitolo I. La patologia renale cronica</i>	
1.1 Malattia renale cronica	pag.5
1.2 Trattamenti sostitutivi	pag.10
1.2.1 Dialisi extracorporea	pag.10
1.2.2 Dialisi peritoneale	pag.13
1.2.3 Trapianto	pag.15
1.3 Terapia farmacologica	pag.17
 <i>Capitolo II. Aderenza ed educazione terapeutica</i>	
2.1 Aderenza terapeutica	pag.20
2.2. Strumenti di educazione	pag.26
2.2.1 Ruolo dell'Infermiere	pag.30
2.3. Fattori della non aderenza	pag.33
2.4 Complicanze	pag.41
 <i>Capitolo III. Progetto di ricerca</i>	
3.1 Background	pag.44
3.2 Obiettivi	pag.45
3.3 Materiali e metodi	pag.46
3.4 Risultati	pag.48
3.5 Conclusioni studio	pag.51
Conclusione	pag.52
Fonti bibliografiche	
Allegati	

Abstract:

Background: Per Malattia Cronica Renale intendiamo ogni condizione patologica che interessi il rene e che possa provocare perdita progressiva e completa della funzione renale o complicanze derivanti dalla ridotta funzione renale. La naturale conseguenza della MRC (malattia renale cronica) è rappresentata dall'insufficienza renale cronica (IRC), ossia la totale e progressiva perdita della funzionalità renale. Nella fase finale della patologia, iv e v stadio, la persona che ne è affetta deve iniziare una terapia sostitutiva delle funzionalità renale ed eseguire periodicamente dialisi extracorporea o peritoneale a seconda dello schema terapeutico.

Inoltre è necessario aderire in modo puntuale ad un complesso schema terapeutico farmacologico, ad una dieta che prevede restrizione di liquidi e di alimenti ricchi di potassio e fosforo che portano uno stress psicologico che può portare a non seguire, come da prescrizione medica, la terapia farmacologica che viene prescritta dal Nefrologo. La non aderenza alla terapia farmacologica può portare a delle complicanze (diabete, l'ipertensione, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo...) che possono peggiorare le condizioni del paziente o addirittura esserli fatali.

Obiettivo: Lo studio osservazionale ha lo scopo di valutare il grado di aderenza alla terapia farmacologica in persone in trattamento dialitico extracorporeo nel reparto di Emodialisi nell'Area vasta 4 di Fermo.

Metodi e strumenti: E' stato condotto uno studio osservazionale somministrando il questionario validato MMAS-8 nel periodo compreso fra Luglio 2019 e Settembre 2019, che ha coinvolto 70 persone in trattamento dialitico extracorporeo da almeno 6 mesi. Il questionario è composto da 8 domande con risposta chiusa tramite scala Likert che indagano i due tipi di non aderenza: non intenzionale, cioè quando il paziente vorrebbe assumere correttamente la terapia ma non riesce a farlo a causa ad esempio di dimenticanza o incomprensioni, e intenzionale, cioè quando il paziente sceglie di non aderire alla terapia consapevolmente, ad esempio quando l'assunzione di farmaci lo fa sentire meglio o peggio. In aggiunta è stata richiesta l'età dialitica per valutare eventuali correlazioni con il grado di aderenza.

Risultati: Dei 63 pazienti a cui è stata somministrato il test il 74,6% risulta aderente alla terapia, il 19% invece risulta mediamente aderente alla terapia e il 6,34% non risulta aderente al regime terapeutico.

Conclusione: *la maggior parte dei pazienti, sia in cura da più di 5 anni, che i pazienti in cura da meno di 5 anni risultano essere aderenti alla terapia farmacologica.*

Introduzione:

L'idea di questa tesi ha avuto origine durante l'esperienza di tirocinio svolta presso l'unità operativa di Emodialisi dell'Ospedale Murri di Fermo, nel corso della quale sono rimasto colpito dalla complessità del regime terapeutico e dietetico a cui il paziente affetto da Malattia renale cronica deve necessariamente sottoporsi.

La Malattia Cronica Renale è definita come ogni condizione patologica che interessi il rene e che possa provocare perdita progressiva e completa della funzione renale o complicanze derivanti dalla ridotta funzione renale. La naturale conseguenza della MRC (malattia renale cronica) è rappresentata dall'insufficienza renale cronica (IRC), ossia la totale e progressiva perdita della funzionalità renale. Nella fase finale della patologia, IV e V stadio, la persona che ne è affetta deve iniziare una terapia sostitutiva delle funzionalità renale ed eseguire periodicamente dialisi extracorporea o peritoneale a seconda dello schema terapeutico

Inoltre è necessario aderire in modo puntuale ad un complesso schema terapeutico farmacologico, ad una dieta che prevede restrizione di liquidi e di alimenti ricchi di potassio e fosforo che portano uno stress psicologico che può portare a non seguire, come da prescrizione medica, la terapia farmacologica che viene prescritta dal Nefrologo. La non aderenza alla terapia farmacologica può portare a delle complicanze (diabete, l'ipertensione, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo...) che possono peggiorare le condizioni del paziente o addirittura esserli fatali

Le recenti evidenze scientifiche stanno dimostrando che i pazienti polipatologici cronici trovano sempre più difficoltà a seguire la terapia domiciliare prescrittagli

dal medico e tale mancanza di aderenza può portare a una serie di complicanze che in alcuni casi possono diventare potenzialmente fatali. Da ciò è nato lo spunto per intraprendere uno studio osservazionale, somministrando la MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale) che ha lo scopo di valutare il grado di aderenza alle prescrizioni farmacologiche in persone che si sottopongono a dialisi extracorporea nell'Unità di Emodialisi dell'Area Vasta 4.

Capitolo I

Patologia e Trattamento

1.1 Malattia renale cronica

Si definisce malattia renale cronica (MRC) ogni condizione patologica che interessi il rene e che possa provocare perdita progressiva e completa della funzione renale o complicanze derivanti dalla ridotta funzione renale. (1)

Oltre alla produzione di urina, con conseguente regolazione del volume e della pressione osmotica dei fluidi extracellulari, però, il rene è responsabile anche di altri processi che possono essere:

- Eliminazione dei prodotti finali del catabolismo azotato (urea, acido urico, creatinina, solfati, etc.), detossificazione ed eliminazione di alcuni composti tossici;
- Regolazione del pH plasmatico e sua omeostasi attraverso il riassorbimento degli ioni bicarbonato;
- Regolazione in ambiti ottimali della concentrazione ematica di importanti metaboliti e ioni;
- Produzione di ormoni (eritropoietina e vitamina D3).
- Tutto questo avviene in condizioni fisiologiche. (2)

La malattia renale cronica si definisce anche come presenza di danno renale, evidenziato da particolari reperti laboratoristici, strumentali o anatomo-

patologici, o ridotta funzionalità renale che perduri da almeno 3 mesi, indipendentemente dalla patologia di base.

Solitamente l'IRC ha una insorgenza ed una progressione graduale e, nell'arco di mesi o anni, giunge alla sua fase terminale, cioè quando il rene perde completamente la sua funzione. I sintomi della malattia che determina IRC sono rilevabili, in alcuni casi, quando ormai soltanto il 50% della funzione renale è conservata; essi sono:

- necessità ad alzarsi di notte ad urinare
- gonfiore agli arti inferiori
- ipertensione
- perdita di appetito
- nausea e vomito
- modificazioni dell'umore
- disturbi del sonno
- tremori
- singhiozzo
- prurito
- astenia
- riduzione del desiderio sessuale nell'uomo
- alterazione del ciclo mestruale nella donna

Se la malattia si presenta in età evolutiva si possono anche manifestare ritardo o arresto della crescita.

Gli esami ematochimici evidenzieranno da subito un aumento di creatinina, di potassio, di urea e fosforo con riduzione di eritrociti e calcio. (3)

La MRC è una condizione clinica pericolosa perché può essere il preludio allo sviluppo dell'End Stage Renal Disease (ESRD), cioè lo stadio finale della malattia renale (Fig.1) laddove la dialisi e il trapianto costituiscono i trattamenti di prima scelta, amplifica il rischio di complicanze cardiovascolari (CV). (4,5)

Sempre maggiori sono inoltre le evidenze della stretta correlazione fra MRC anche nei suoi stadi più iniziali e la comparsa di eventi cardiovascolari. Il paziente con MRC rappresenta infatti un paziente ad alto/altissimo rischio cardiovascolare nel corso naturale della malattia. Questo sfavorevole profilo di rischio è giustificato dalla contemporanea presenza di fattori di rischio cardiovascolari “tradizionali” (ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito di tipo II etc), che costituiscono di per sé causa frequente di MRC, e fattori di rischio cardiovascolari “peculiari”, più caratteristici del paziente con MRC (disfunzione endoteliale, aumentato stress ossidativo, infiammazione cronica, calcificazioni vascolari, etc). La naturale conseguenza della MRC è rappresentata dall'insufficienza renale cronica (IRC), ossia dalla perdita progressiva e irreversibile della funzione renale. Nei suoi stadi più avanzati (dal terzo in poi, secondo la stadiazione K-DOQI) la malattia renale cronica si

identifica con l'insufficienza renale cronica, cioè con la riduzione della funzione di filtrazione dei reni, quantificabile con la clearance della creatinina o con varie formule che stimano la velocità di filtrazione glomerulare. Clinicamente si distinguono:

- Insufficienza renale acuta, o "IRA": rapido decremento della funzione renale, con accumulo di scorie azotate e disordini dell'equilibrio acido-base e idroelettrolitico.
- Insufficienza renale cronica, o "IRC": lento e progressivo decadimento irreversibile della funzione renale, causato da una vasta gamma di nefropatie.

La stadiazione della MRC prevede 5 stadi progressivi, valutati attraverso la VFG (velocità filtrazione glomerulare). La letteratura internazionale ci indica che lo stadio 3 è quello nel quale si evidenzia una tendenza alla progressione più o meno rapida verso un deficit funzionale sempre maggiore: stadi 4 e 5 fino alla dialisi. Una revisione della classificazione del KDOQI5 divide lo stadio 3 in due sottogruppi: 3a (VFG tra 59 e 45) e 3b (VFG tra 44 e 30). (6)

Lo stadio 3b dovrebbe essere controllato e trattato in maniera intensiva, rappresentando un gruppo di pazienti ad alto rischio di complicanze della malattia renale e della sua evoluzione verso gli stadi terminali. (7)

STADIO	DESCRIZIONE DEL DANNO RENALE	VFG (ml/min/1,7m ²)
1	Funzione normale o aumentata	>90
2	Lieve compromissione funzionale	89-60
3a	Compromissione funzionale moderata	59-45
3b	Compromissione funzionale moderata	44-30
4	Compromissione funzionale grave	29-15
5	Insufficienza renale terminale	<15 (o dialisi)

Fig.1 Stadiazione KDQI

La stadiazione della MRC deve tenere conto sia del valore della VFG stimata, che della presenza di proteinuria/albuminuria. Si distinguono, quindi, tre gradi di albuminuria, (Fig.2) che si combinano con uno dei sei stadi di cVFG (G); gli stadi G1-A1 e G2-A1 sono stadi di rischio basso, per peggiorare progressivamente fino a G5-A3. La stadiazione così effettuata corrisponde a diversi gradi di rischio di mortalità e di evoluzione della MRC verso il trattamento sostitutivo mediante dialisi o trapianto. Va sottolineato che comunque livelli più rilevanti di proteinuria si associano ad una progressione più veloce verso l'ESRD. (8,9)

Stadio	Albuminuria
A1	≤30 mg/g creatininuria
A2	31-300 mg/g creatininuria
A3	≥300 mg/g creatininuria

Fig.2 Stadiazione albuminuria

1.2 Trattamenti sostitutivi

La terapia renale sostitutiva vicaria la funzione non endocrina del rene nei pazienti con insufficienza renale e viene utilizzata occasionalmente in alcune forme di avvelenamento. Le tecniche comprendono dialisi e trapianto.

La finalità di entrambi i trattamenti sostitutivi, extracorporeo e peritoneale, è quella di depurare ed ultrafiltrare il sangue del paziente mettendolo a contatto, attraverso una membrana semipermeabile, con un liquido (soluzione da dialisi) in cui passano le scorie, i sali e l'acqua che debbono essere eliminati e dal quale vengono assunte sostanze necessarie a correggere l'eccessiva acidità del sangue. Queste modificazioni avvengono grazie a quattro principi fisico - chimici che intervengono tra sangue e dializzato, attraverso un filtro, e sono: diffusione, convezione, ultrafiltrazione ed osmosi.

1.2.1 Dialisi extracorporea

L'emodialisi si esegue generalmente in una struttura sanitaria (ospedale o clinica) assistiti da medici ed infermieri, prelevando il sangue dal paziente, immettendolo in una macchina (dializzatore) che lo filtra attraverso una

membrana sintetica semipermeabile, e reimmettendolo dopo il trattamento nella circolazione corporea. (10)

L'accesso al torrente ematico avviene attraverso una "fistola arterovenosa", appositamente creata per aumentare la velocità e la pressione del sangue. Altra modalità di accesso al torrente ematico consiste nell'inserimento di cateteri venosi posti "a ponte" tra un'arteria o una vena.

Nella terapia emodialitica si eseguono, normalmente, tre sedute alla settimana di 4 ore ciascuna, in ospedale oppure in centri territoriali specializzati e gestiti prevalentemente da infermieri. L'emodialisi può essere eseguita anche a domicilio se il paziente, o il suo caregiver, accetta ed è in grado di essere "addestrato" all'utilizzo della macchina emodializzatrice;

La diffusione è il processo attraverso il quale i soluti passano attraverso la membrana dializzante secondo un gradiente di concentrazione, e senza passaggio di solvente. Nel caso specifico dell'emodialisi gli ioni e le piccole molecole passano dal sangue (alta concentrazione) al dializzato, che ha bassa concentrazione, senza passaggio di acqua attraverso la membrana. Il processo avviene anche in modo inverso con passaggio di sostanze dal bagno di dialisi al sangue ad esempio il calcio (Ca) e Bicarbonato di Sodio.

La convezione, invece, è il processo in cui il trasporto dei soluti attraverso la membrana semipermeabile avviene per trascinamento da parte del solvente che viene forzato ad attraversare la membrana semipermeabile per effetto di una

forza idrostatica. Nel caso specifico dell'emodialisi l'acqua passa dal comparto ematico a quello del dializzato grazie ad un gradiente di pressione positivo nel comparto ematico che forza il passaggio di liquido attraverso il filtro. Questo fenomeno trascina con sé le tossine uremiche.

L'ultrafiltrazione è il solo passaggio di acqua dalla componente ematica al bagno di dialisi senza passaggio di soluti che avviene grazie ad un gradiente di pressione positivo nel comparto ematico. In questo caso l'acqua non trascina con sé soluti che vengono contrastati dalla concentrazione presente nel bagno di dialisi. I due processi sono spesso usati in associazione (emodiafiltrazione).

L'emoperfusione è una tecnica raramente utilizzata che rimuove le tossine facendo scorrere il sangue su un letto di materiale assorbente (di solito un composto di resina o di carbone attivo).

La dialisi e la filtrazione possono essere eseguite in modo intermittente o continuo. La terapia continua viene utilizzata quasi esclusivamente per il danno renale acuto. La terapia continua è a volte meglio tollerata rispetto alla terapia intermittente in pazienti instabili, perché soluti e acqua vengono rimossi più lentamente. Tutte le forme di terapia renale sostitutiva richiedono un accesso vascolare eccetto nella dialisi peritoneale; le metodiche continue richiedono un circuito diretto arterovenoso o venovenoso.

La scelta della tecnica dipende da un insieme di fattori, tra cui la necessità primaria (p. es., rimozione di soluto o di acqua o di entrambi), l'indicazione di

base (p. es., insufficienza renale acuta o cronica, avvelenamento), l'accesso vascolare, la stabilità emodinamica, la disponibilità, il grado di esperienza degli operatori e le preferenze del paziente e la capacità (p. es., per la dialisi a casa). La Indicazioni e controindicazioni alle comuni terapie sostitutive renali elenca le indicazioni e le controindicazioni delle comuni forme di terapia renale sostitutiva. (11)

1.2.2 Dialisi peritoneale

La dialisi peritoneale si esegue generalmente a casa, dopo che la persona malata e un “partner dialitico”, vengono istruiti a gestire il trattamento. L’ambulatorio di dialisi istruisce la persona che effettuerà le procedure dialitiche, prescrive e controlla la terapia, valuta l’andamento clinico e fornisce i materiali necessari. In rari casi la dialisi peritoneale viene eseguita in ospedale. Prevede l’utilizzo della membrana peritoneale (ovvero quella sottile membrana che riveste internamente tutta la cavità addominale delimitando uno spazio detto spazio peritoneale) come membrana semipermeabile che consente la filtrazione delle sostanze tossiche dal sangue verso un liquido iniettato in cavità addominale, grazie alla sua ricca vascolarizzazione.

La depurazione avviene durante la sosta del liquido nella cavità peritoneale, senza dare disturbi alla persona mentre svolge le sue attività usuali.

Il sangue che scorre nei vasi sanguigni della membrana peritoneale cede alla soluzione di dialisi le sostanze tossiche e i liquidi in eccesso. Tramite un piccolo intervento chirurgico si posiziona un catetere all'interno della cavità addominale attraverso il quale viene immesso in addome un liquido sterile con alte concentrazioni di glucosio e ioni che attirano osmoticamente. Il catetere resta nascosto sotto gli abiti e si utilizza solo durante le manovre dialitiche, ma il suo exit – site deve essere controllato attentamente dal paziente, ogni volta che viene utilizzato il catetere, per controllare eventuali segni di infezione.

Il ruolo dell'infermiere, in questo contesto, è per lo più educativo (12) e svolge tre interventi educativi nell'accompagnare il paziente nel suo percorso verso la dialisi:

- il primo momento è quello della predialisi, in cui viene comunicata al paziente la necessità di iniziare un trattamento sostitutivo; qui lo scopo principale dell'infermiere è quello di supportare ed informare dettagliatamente sulle varie opzioni dialitiche.
- Il secondo momento educativo consiste nell'addestramento, o training, che inizia subito dopo il posizionamento del catetere peritoneale, quando il paziente deve iniziare ad eseguire la procedura; questa fase prevede, infatti, che al paziente venga insegnato come eseguire la dialisi peritoneale e come gestire le eventuali complicanze.

- Una volta raggiunta l'autonomia nella gestione della dialisi peritoneale, il paziente dovrà eseguire dei controlli periodici, al fine di verificare l'adeguatezza al trattamento: in questo consiste il terzo momento educativo, che viene definito fase di follow – up

Nel caso in cui il peritoneo non fosse più in filtro efficace, per via dell'usura o di precedenti peritoniti, si può rendere necessario il passaggio all'emodialisi.

(13,14)

1.2.3 Trapianto

Il trapianto d'organo è il trattamento sostitutivo per eccellenza nella terapia dell'insufficienza renale in stadio terminale essendo quello più conveniente in termini economici e di sopravvivenza. Data la scarsa disponibilità di organi è una terapia difficilmente erogabile e richiede spesso l'inserimento in liste di attesa. Attualmente, possono essere iscritti in lista di attesa per il trapianto di rene i pazienti assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale proposti dal nefrologo curante di un Centro Dialisi e giudicati idonei da un Centro Trapianti, senza limitazioni di età.

Per la riuscita di un trapianto, il destinatario e il donatore devono essere compatibili tra loro. Questo significa che entrambi devono avere un gruppo sanguigno compatibile e tessuti simili, ciò riduce il rischio di rigetto del rene da

parte del donatore. Prima del trapianto, verranno eseguiti una serie di esami di laboratorio per verificare la compatibilità.

Ci sono due modi per ricevere un rene da un donatore: da una persona vivente o da un donatore cadavere.

I donatori viventi sono in genere membri della famiglia - uno dei genitori o un fratello - o persone vicino al paziente come un amico o il coniuge.

Il vantaggio principale di ricevere un rene da una persona vivente è la riduzione del tempo di attesa. Non appena si trova una persona che è compatibile e disposta a donare, il programma di trapianto può iniziare. Il donatore vivente deve essere informato dei rischi connessi all'operazione di prelievo di uno dei suoi due reni sani e deve sapere che è necessario un controllo post-operatorio per garantire che il rene residuo sia in grado di filtrare adeguatamente i rifiuti del corpo, al contrario, aspettare di ricevere un rene da un donatore cadavere, di solito una persona che è morta in un incidente, richiede tempo.

Dopo aver inserito il nominativo sulla lista d'attesa di trapianto regionale o nazionale, non esiste una regola su quanto tempo passerà prima che un rene di un donatore compatibile sia disponibile. A volte l'attesa è breve, ma realisticamente si può attendere qualche anno. I tempi medi di attesa variano da paese a paese.

Al fine di decidere consapevolmente sul trapianto, è fondamentale conoscere i rischi potenziali. Ricevere un rene da un donatore comporta tre rischi primari da

tenere presente: il rigetto, la riduzione di funzionalità, la durata della vita dell'organo.

Dopo il trapianto, per il paziente è necessario prendere alcuni farmaci, tra cui gli immunosoppressori che riducono il rischio di rigetto. È essenziale prendere tutti i farmaci prescritti dal Nefrologo per ridurre questo rischio al minimo. Tuttavia, poiché questi farmaci deprimono il sistema immunitario, è essenziale dopo l'intervento che il paziente sia molto prudente.

1.3 Terapia farmacologica

Nella terapia farmacologica per i pazienti dializzati, alcuni farmaci possono essere somministrati nel centro dialisi, altri devono essere presi a casa. I farmaci devono essere sempre presi nell'orario e come indicato dal Nefrologo per evitare effetti collaterali indesiderati.

I farmaci che vengono assunti in ospedale durante la dialisi sono:

- Eritropoietina (EPO): è un ormone che facilita la produzione di nuovi globuli rossi e viene somministrato per correggere l'anemia associata alla Malattia Renale Cronica. Si somministra nel centro dialisi un'endovena al termine della seduta se si pratica emodialisi. Nel caso in cui il trattamento sia la dialisi peritoneale (PD), è possibile autosomministrare sottocute il farmaco a casa.

- Ferro: aiuta l'eritropoietina nel trattamento di anemia (diminuzione dei globuli rossi). Se si è in emodialisi, il ferro verrà somministrato durante il trattamento di dialisi. Se si è in PD, sarà prescritto in compresse da prendere a casa.
- Vitamina D: a seconda dello stadio di Malattia Renale Cronica, i reni non riescono a sintetizzare questa sostanza che è necessaria per controllare la produzione dell'ormone paratiroideo (un ormone che regola il calcio e il fosforo). La vitamina D può essere somministrata sia per via orale che endovenosa durante il trattamento di emodialisi.

La terapia farmacologica invece che viene assunta a casa sotto prescrizione del Nefrologo è composta da:

- Chelanti del fosfato: questi farmaci sono in compresse o capsule. Aiutano a controllare i livelli di fosfato nel corpo. L'aumento dei livelli di fosfato può causare prurito e cambiamenti della consistenza delle ossa con calcificazione delle arterie e delle vene. Questi farmaci aiutano a ridurre l'assorbimento di fosfato alimentare, quindi è importante assumerli come descritto nel foglietto illustrativo.
- Calciomimetico: coadiuva l'azione della vitamina D nel controllo della produzione dell'ormone paratiroideo. Il calciomimetico deve essere assunto per via orale a casa.

- Antipertensivi: si tratta di farmaci che aiutano a controllare la pressione arteriosa. E' importante prenderli come consigliato dal Nefrologo. Prenderli prima del trattamento di dialisi a volte può causare un calo della pressione arteriosa durante il trattamento dialisi provocando vertigini o perdita di coscienza.
- Altre vitamine: vitamina B o acido folico. A volte il Nefrologo le prescrive in quanto le concentrazioni sono basse nei pazienti con Malattia Renale Cronica, o si perdono durante la dialisi.

Capitolo II

Aderenza ed educazione terapeutica

2.1 Aderenza terapeutica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'aderenza terapeutica così: " il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante". Questo concetto si riferisce tanto alle prescrizioni farmacologiche, che alle indicazioni relative alla dieta o agli stili di vita, specie nell'ottica di un cambiamento importante, quale potrebbe risultare, lo smettere di fumare.

Ci sono molti modi per valutare/misurare l'aderenza terapeutica: dalla richiesta di aggiornare un diario giornaliero (tecnica spesso utilizzata per le diete), alla conta delle pillole assunte, sino a metodi più "rigidi" e scientifici come la verifica periodica della presenza dei principi attivi o di loro metaboliti in esami periodici; un metodo più "gentile", ma in cui si rendono necessarie partecipazione attiva e particolare attenzione da parte del paziente, è la somministrazione o l'auto compilazione di questionari. (15)

Non ci sono misure o metodi in grado di valutare in maniera ottimale l'aderenza in ogni singola situazione di vita del paziente, è consigliabile però registrare l'aderenza dei pazienti con metodi diversi e complementari e ripetere tale

valutazione regolarmente in corso della malattia cronica per mantenere traccia del percorso, si possono distinguere metodi soggettivi e oggettivi.

Nei metodi oggettivi troviamo il dosaggio del farmaco o dei suoi metaboliti nei fluidi corporei, come urine, sangue, feci o saliva (costoso e complicato), e l'osservazione diretta durante l'assunzione del farmaco, grazie a queste due tecniche abbiamo la certezza assoluta che il paziente ha rispettato correttamente le indicazioni terapeutiche.

Tra i metodi soggettivi invece troviamo diverse modalità per poter misurare l'aderenza terapeutica, come:

- indagini da parte della famiglia (controllo collaterale), è sicuramente utile coinvolgere la rete di supporto del paziente nel percorso terapeutico
- conteggio delle compresse (pill counting), il paziente porta la confezione del farmaco alla successiva visita medica dove si controlla se le compresse sono state assunte nel periodo di tempo prestabilito
- il controllo delle nuove prescrizioni, si va controllare se il periodo di tempo tra le due prescrizioni è corretto e di conseguenza se è stato troppo lungo o troppo breve.
- scale di misurazione come la scala di Morisky-4/8 incentrata su 4/8 domande da rivolgere al paziente: 1) Si è mai dimenticato di assumere i farmaci? 2) Trascura gli orari in cui assumere i 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 punteggio 0, ogni negativa 1. Se il punteggio complessivo non supera 2, si ritiene che l'aderenza sia scarsa.

- Mezzi di monitoraggio elettronici: Questo metodo richiede un particolare contenitore per il farmaco con un chip integrato. Questo chip registra ogni apertura del contenitore. (16)

L'aderenza è una condizione da esaminare quando le persone sono affette da patologie croniche, ovvero quelle “malattie che presentano una o più delle seguenti caratteristiche: sono permanenti, lasciano disabilità residue, sono causate da alterazioni patologiche non reversibili, richiedono un particolare addestramento del paziente per la riabilitazione, oppure ci si aspetta che richiedano un lungo periodo di supervisione, osservazione o assistenza”.

Le persone affette da IRC allo stadio finale in trattamento sostitutivo, oltre ad avere una condizione di patologie croniche sono affetti da polipatologie, ovvero alla co-presenza di due o più disturbi, spesso a carattere cronico, queste condizioni colpiscono con maggiore frequenza la popolazione più anziana, e ciò anche per via dell'aumento dell'aspettativa di vita. Anche la terapia, risente di questi problemi, in quanto la sovrapposizione di più farmaci pone numerosi problemi: dalla semplice gestione della terapia (che può rivelarsi complessa, specie nell'anziano) agli effetti collaterali e alle interazioni tra farmaci che più sono i farmaci in corso di assunzione e più sono probabili. (17)

Nello specifico si può definire aderenza, e quindi misurarla, come la percentuale di pillole che il paziente assume secondo le modalità prescritte. Per convenzione, viene usato un “cut-point” di 80% per categorizzare l’aderenza ai farmaci cardiovascolari in adeguata/inadeguata. Il problema cruciale nella cura dei pazienti cronici è la difficoltà presente nel far aderire il paziente cronico alla terapia, infatti col tempo tende a perdere fiducia nella cronicità e col passare del tempo, non vedendo risultati in termini di guarigione, abbandona la terapia.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) ridisegna la presa in carico delle persone affette da malattie croniche, mettendo in campo una serie di strumenti che dovranno necessariamente dialogare e interfacciarsi: dai sistemi informativi a quelli di valutazione, da modelli di remunerazione delle prestazioni degli erogatori all’elasticità dei luoghi di somministrazione delle cure, dai sistemi di accreditamento e autorizzazione all’impiego più ampio possibile della telemedicina. Il Piano nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio.

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull’individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed

efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. (18)

Il concetto di aderenza nella Malattia Renale Cronica agli stati terminali include numerosi comportamenti associati alla salute che costituiscono dei cambiamenti non indifferenti nello stile di vita del paziente. Per coloro che sono sottoposti alla dialisi, il regime terapeutico è complesso e comprende sedute dialitiche regolari, una dieta restrittiva, la diminuzione dei liquidi assunti, una terapia farmacologica da assumere, una regolare attività fisica e frequenti visite mediche. (19) La persona in trattamento dialitico sostitutivo è sottoposta, dunque, ad una serie di stress psicosociali dati dagli effetti della malattia, le restrizioni di tempo dovute alle sedute dialitiche, cambiamenti del ruolo all'interno della famiglia (in cui le dinamiche possono alterarsi in seguito alla patologia cronica) e nel mondo del lavoro, la consapevolezza della cronicità della malattia e la paura di morire, oltre alle restrizioni dietetiche e dei fluidi che presuppongono un'attenzione e un autocontrollo notevoli. (20) Tutto ciò ha delle ripercussioni sul modo in cui la persona vive la propria condizione patologica e, quindi, sulla compliance ai trattamenti. Il successo dell'emodialisi dipende sostanzialmente da quattro fattori: restrizioni dei fluidi, linee guida riguardanti la dieta, prescrizioni mediche ed osservanza delle sedute dialitiche. (21)

La terapia medica che generalmente viene prescritta ai pazienti sottoposti ad emodialisi comprende:

- Complessi multivitaminici senza minerali o vitamina D per rimpiazzare le perdite eccessive durante le sedute emodialitiche
- Agenti gastrointestinali come antiacidi, inibitori della pompa protonica, antagonisti dei recettori H2 dell'istamina
- Chelanti del potassio per prevenire o trattare l'iperkaliemia
- Chelanti del fosforo, analoghi della vitamina D o calcio-mimetici per limitare l'assorbimento intestinale di fosforo e prevenire disfunzioni ossee o l'iperparatiroidismo
- L'eritropoietina e il ferro per l'anemia
- Antipertensivi per la gestione della pressione sanguigna (22)

L'adesione alla terapia farmacologica risulta spesso faticosa per i pazienti: a volte la mancata compliance è dovuta ad una decisione deliberata dell'individuo, ma la complessità del regime terapeutico dovuta a fattori quali il crescente numero di farmaci da assumere, le dosi giornaliere multiple di uno stesso medicinale, le frequenti variazioni della terapia, influisce negativamente sull'aderenza del paziente. Ci sono molti modi per valutare/misurare l'aderenza terapeutica: dalla richiesta di aggiornare un diario giornaliero (tecnica spesso utilizzata per le diete), alla conta delle pillole assunte, sino a metodi più "rigidi" e scientifici come la verifica periodica della presenza dei principi attivi o di loro metaboliti in esami periodici...; un metodo più "gentile", ma in cui si rendono

necessarie partecipazione attiva e particolare attenzione da parte del paziente, è la somministrazione o l'auto compilazione di questionari. (23)

2.2. Strumenti di educazione

L'educazione terapeutica punta, a formare il paziente affinché possa acquisire un sapere, saper fare e un saper essere adeguato per raggiungere un equilibrio tra la sua vita e il controllo ottimale della malattia. L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. Il suo scopo è aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere, o migliorare, la loro qualità di vita. (24)

Le patologie croniche, come l'insufficienza renale cronica (IRC), rispetto a quelle acute, sono in netto aumento. Le maggior parte delle malattie, infatti, sebbene curabili dal punto di vista medico, non sono ancora guaribili. La conoscenza della malattia da parte dei malati, affiancata ad una consapevolezza dei fattori che la influenzano e alle opinioni personali sul trattamento, sono strettamente collegate all'aderenza alle terapie.

Il problema cruciale nella cura dei pazienti cronici è la difficoltà presente nel far aderire il paziente cronico alla terapia, infatti col tempo tende a perdere fiducia nella cronicità e scopre che i pazienti cronici, col passare del tempo, non vedendo risultati, abbandonano la terapia. Su 5 pazienti cronici, solo uno o due seguono correttamente le prescrizioni del medico. La grande maggioranza adotta una propria “versione” della terapia e ha delle idee in proposito che non confesserà mai al curante.

Il professionista della salute non deve mai dimenticare che l’assistito si trova quasi sempre in una condizione di asimmetria relazionale: non possedendo lo stesso background di conoscenze e competenze di un professionista, il più delle volte ha la sensazione di ricevere solo divieti e imposizioni, cosa che va ad incidere inevitabilmente sulla sua compliance al programma terapeutico. Il paziente affetto da patologia cronica è un paziente molto particolare per il quale l’apprendimento di competenze e di comportamenti di salute è necessario per vivere ritardando le complicanze legate alla malattia, riducendo i suoi livelli di dipendenza e conducendo così una quotidianità il più normale possibile.

Il modo in cui gli infermieri comunicano con le persone assistite è un determinante chiave dell’aderenza ai trattamenti e impatta sui risultati clinici. Medici e infermieri definiscono il regime terapeutico, lo interpretano, monitorano i risultati clinici e forniscono al paziente un adeguato feedback.

Studi di correlazione hanno evidenziato una relazione positiva tra aderenza ai trattamenti da parte dei pazienti e stile comunicativo di medici e infermieri.

I pazienti che sentono di essere attivi nei processi terapeutici e coinvolti nell'assistenza mostrano una maggiore aderenza ai trattamenti e migliori risultati clinici. Empatia e cordialità si rivelano fattori di importanza fondamentale. Le persone assistite da professionisti che condividono con loro le informazioni e forniscono un adeguato supporto emotivo hanno risultati migliori rispetto ai pazienti assistiti da professionisti che non interagiscono nel modo descritto. Pazienti soddisfatti dei loro curanti e del regime terapeutico aderiscono con maggior impegno alle indicazioni ricevute. (25)

Le competenze che l'assistito deve essere guidato a maturare riguardano:

- la comprensione di sé stesso;
- la comprensione della malattia e del relativo trattamento;
- le capacità di auto-sorveglianza;
- le capacità di autocura;
- le capacità di adattamento della terapia al proprio stile di vita.

Per far in modo che si raggiungano queste competenze (gli obiettivi dell'educazione terapeutica), l'approccio educativo deve essere centrato e modulato sulle caratteristiche dello specifico assistito (e/o del caregiver) e deve essere di tipo sistemico, ovvero deve trattarsi di un'educazione erogata

attraverso il rispetto di fasi logico-consequenziali che si susseguono in modo ordinato:

- accertamento/raccolta informazioni;
- formulazione della diagnosi educativa;
- negoziazione del contratto;
- pianificazione (contenuti, metodi, strumenti, valutazione);
- erogazione;
- valutazione (di apprendimento, di processo, di ricaduta, di gradimento);
- eventuale ulteriore raccolta di informazioni e revisione dell'intero processo.

L'educazione terapeutica è parte integrante del processo di assistenza ed è multidisciplinare, coinvolge l'intera équipe di professionisti della salute (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi, ecc.) - opportunamente formati - al fine di garantire un'assistenza a 360°, coordinata e tempestiva, che migliori la soddisfazione del paziente e l'efficacia delle prestazioni. Partendo dalla valutazione del livello del singolo assistito, ovvero dall'insieme di abilità cognitive e sociali che permettono all'individuo di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni utili al mantenimento e alla promozione del proprio stato di salute, il team multidisciplinare definirà le priorità e le competenze

chiave che la persona dovrà padroneggiare e lo farà de-strutturando, scomponendo le varie azioni che caratterizzano determinati compiti, riflettendo sulla loro complessità, sull'inusualità del percorso per il paziente e sul particolare stato d'animo che esso si trova a vivere.

Definiti in maniera collegiale obiettivi e competenze, individuata dunque la diagnosi educativa - caratterizzata da un verbo che esprima un'azione misurabile – si procede alla negoziazione del contratto, specifico o di sicurezza a seconda dei casi; sondando le dimensioni biologico-clinica, socio- professionale, cognitiva e psico-affettiva, si concordano con il paziente e/o con il caregiver i contenuti, i metodi e gli strumenti di apprendimento e di valutazione. (26)

2.2.1 Ruolo dell'infermiere

In letteratura è ampiamente dimostrato che la collaborazione tra il paziente, i sanitari, i familiari e il medico di riferimento migliora l'aderenza del paziente alla terapia. Tutti i membri dell'équipe di trattamento devono essere a conoscenza dell'importanza dell'aderenza alla terapia e di come cercare il dialogo con i pazienti e con i loro familiari per sviluppare strategie comuni. (27)

In questo spazio operativo si inserisce il lavoro di educazione terapeutica da parte dell'infermiere, che consiste in: informazione tecnica, supporto

psicologico, interazione relazionale, personalizzazione del messaggio, concertazione delle possibilità e coinvolgimento del paziente. (28)

L'educazione terapeutica del paziente è affidata a operatori sanitari, ovviamente, a loro volta formati sulla materia ed è destinata a far sì che il paziente (o un gruppo di pazienti e familiari) diventino capaci di gestire il trattamento delle proprie malattie e di prevenire le complicanze evitabili, nel contempo mantenendo o migliorando la qualità della propria vita. Lo scopo principale è produrre un effetto terapeutico che vada a sommarsi a quello di altri interventi (farmacologici, terapia fisica, eccetera). Oltre ad essere un diritto basilare di ogni individuo, l'educazione ha dimostrato di migliorare l'adattamento psicologico. In uno studio dove è stata evidenziata la depressione nel 60% della popolazione con malattia renale si è scoperto che l'educazione riduceva la depressione; numerose restrizioni possono provocare stress con conseguente aumento di depressione, ansia e minore qualità di vita rispetto alla popolazione generale. La scarsa aderenza al regime terapeutico complesso è un problema ampiamente riconosciuto nella cura quotidiana dei pazienti in dialisi, contribuendo a un aumento di morbilità e mortalità.

Motivazione, empatia e fiducia sono i fattori chiave per ottimizzare l'aderenza del paziente. Secondo il settimo rapporto del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (2003): "... la terapia più efficace prescritta dal più attento medico controllerà la

malattia solo se i pazienti sono motivati”. Nell’adottare l’empatia i medici e il personale infermieristico svolgono un ruolo centrale. In particolare gli infermieri di nefrologia e dialisi sono nella posizione ideale per stabilire una relazione con il paziente emodializzato cronico. Per migliorare l’aderenza alla terapia e alla dieta è stato raccomandato un approccio centrato sul paziente, compresa l’eliminazione degli ostacoli dell’adesione, attraverso una migliore comunicazione, la semplificazione del regime terapeutico, la formazione continua del personale e del paziente, l’uso di dispositivi di monitoraggio (MEMS, microelectronic monitoring device). (29)

È stato dimostrato che una pratica infermieristica avanzata basata su un intervento di pianificazione di dimissioni e di cure domiciliari per persone anziane a rischio di ospedalizzazione ha ridotto il numero di ricoveri, ha allungato fino a 24 settimane il tempo trascorso tra dimissione e ricovero in ospedale e ha ridotto i costi sanitari. Gli infermieri a livello mondiale svolgono un ruolo fondamentale per i pazienti in dialisi e per l’educazione terapeutica. La relazione infermiere-paziente in questo contesto è particolare in quanto i pazienti vengono trattati 3 volte a settimana e questo li porta a confidare le proprie difficoltà all’infermiere. Tuttavia è importante che l’intervento dell’infermiere sia complementare con quello degli altri professionisti (medico, psicologo, dietista, assistente sociale, eccetera), perché il team multidisciplinare può

promuovere l'acquisizione di diverse competenze (abilità di autocura e capacità psicosociali).

In conclusione, gli infermieri di nefrologia e dialisi giocano un ruolo fondamentale per condurre interventi di educazione terapeutica e avviare programmi multidisciplinari, perché dalla parte del paziente sono un punto di riferimento per gli altri professionisti in quanto sono più a contatto con i problemi quotidiani relativi alla dialisi e i primi professionisti ai quali i pazienti confidano le proprie difficoltà.

2.3 Fattori della non aderenza

Sono numerosi e diversi gli aspetti che possono influire su una piena adesione del paziente alle terapie e, più in generale, al suo percorso di cura.

- **Fattori esogeni**, alcuni fattori sono strettamente correlati alla patologia e alla condizione clinica della persona. Questi aspetti possono avere un impatto importante sull'aderenza. La popolazione anziana in condizione di cronicità è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. La condizione di più patologie nella persona anziana o affetta da cronicità può, infatti, aumentare il rischio di errore nell'assunzione della terapia, specie se la persona è

costretta ad assumere un numero elevato di farmaci nell'arco della giornata. Sono frequenti gli errori nell'assunzione della terapia legati al trattamento terapeutico (preparazione difficoltosa, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi; interazione con altri prodotti/alimenti). Ci sono poi fattori legati al sistema sanitario e alla sua organizzazione (carenza di personale, disorganizzazione nei servizi, poca collaborazione tra professionisti, etc.)

- **Fattori endogeni**, alcuni attengono alla sfera dei comportamenti. Dal lato del paziente accade spesso che la perizia nel seguire pedissequamente un piano terapeutico sia messa a dura prova dalla scarsa motivazione o dal senso di frustrazione nel non “percepire” esiti e benefici dalle cure. Tali aspetti emozionali incidono in maniera preponderante nel caso di un paziente cronico che deve assumere per lungo tempo anche per tutta la vita una terapia. Se poi alla patologia e anche all'età (anziano o bambino) si aggiungono deficit cognitivi, visivi, acustici, motori, la gestione della terapia diventa ancora più problematica. Accade anche spesso che ci sia una scarsa comprensione, dovuta alla poca chiarezza della comunicazione e informazione sulla terapia da assumere; o semplicemente accade che ci si dimentichi delle indicazioni ricevute, per età, per problemi cognitivi, disattenzione. Capita di sbagliare o di fare confusione (es. errori di assunzione per fattori legati al trattamento: orari, modalità di assunzione,

etc.), quando è elevato il numero dei farmaci da assumere al giorno, in caso di pluri-patologie e nel caso di un paziente anziano o cronico il rischio di errore può aumentare (fattori legati alla condizione clinica). Anche la scelta prescrittiva può impattare sull'aderenza e sulla continuità terapeutica (es. scegliere ove presenti tra farmaci con via di assunzione preferita dalla persona tra quelle disponibili; tenere conto delle terapie che possono essere gestite più facilmente ed in autonomia dalla persona, tenendo conto ad esempio di capacità di deglutizione, articolazione dei movimenti, etc.).

Ci sono poi altri fattori quali quelli economici e sociali che riguardano la “capacità economica della persona” (acquisto delle terapie, accudimento da parte di un caregiver, etc.) ed ancora motivi organizzativi (lavoro/turnazione del personale sanitario; tempo dedicato alla relazione di cura; orari di apertura al pubblico, presenza di case manager ,etc.); carenze nei servizi (distanza dal luogo di cura, etc.); errore o difficoltà di interpretazione della prescrizione (es. 1/2 cp die) o fattori legati al trattamento terapeutico (preparazione difficoltosa, frequenza elevata di assunzione, effetti collaterali numerosi; interazione con altri prodotti/alimenti); carenza o parziale informazione, educazione della popolazione generale sulla salute, incentivando e promuovendo l' health literacy . (Fig. 3)

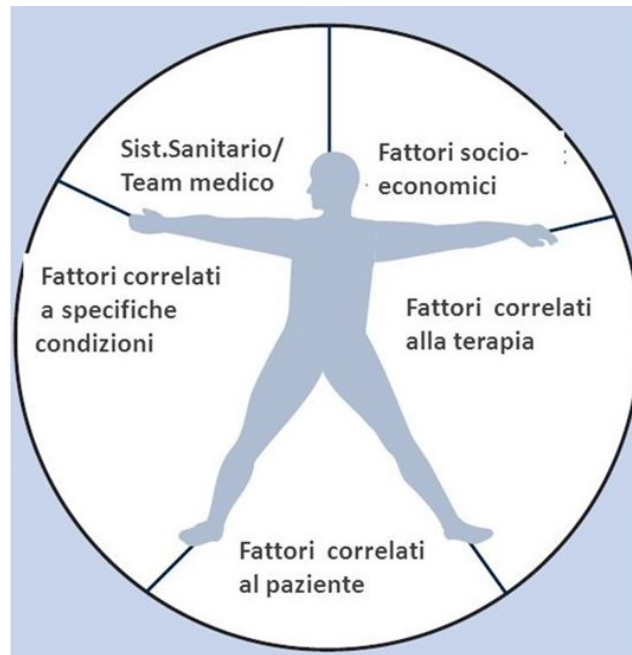


Fig.3 Schema fattori di non aderenza

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di mancata efficacia delle terapie farmacologiche, a cui si associa un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno per i pazienti, il sistema sanitario e l'intera società.

Può invece includere diverse situazioni:

- errori nel dosaggio
- errori nella frequenza di assunzione
- omissioni parziali o totali della terapia per diversi periodi di tempo,
- completa interruzione del trattamento (mancata persistenza).

L'insufficienza renale cronica, comporta una compromissione nella funzionalità renale, per cui è necessario che il paziente segua delle direttive alimentari ben

precise e assuma la terapia medica prescritta con rigore. La non adesione terapeutica infatti, accelera il declino patologico in quanto aumenta il rischio dell'instaurarsi di condizioni gravi e pericolose per la persona.

- **Ritenzione di liquidi**

La mancata adesione alle restrizioni dei fluidi provoca sovraccarico di liquidi nell'organismo che può manifestarsi tramite difficoltà respiratorie, crampi muscolari, vertigini, ansia, panico, edema polmonare e ipertensione. (21) L'ipertensione è legata, a sua volta, ad un aumentato rischio di complicanze cardiache come l'infarto miocardico, e renali in seguito al danneggiamento glomerulare con conseguente peggioramento della malattia renale cronica.(30)

- **Iperkaliemia**

Il rene svolge un ruolo primario nell'escrezione di potassio. La non adesione alla dieta ipokaliemica comporta iperpotassiemia, una condizione data da livelli sierici di potassio superiori a 5.5 mEq/L. L'iperkaliemia rende le cellule più eccitabili per cui si può manifestare debolezza e paralisi muscolo-scheletrica, formicolio alle labbra e alle dita, irrequietezza, crampi intestinali e diarrea, ma le complicanze più gravi che si possono sviluppare sono le aritmie cardiache tra cui bradicardia, asistolie, tachicardia e fibrillazione ventricolare che possono portare all'arresto cardiaco. (31)

- **Iperfosforemia ed ipocalcemia**

La malattia renale cronica crea delle alterazioni anche nell'omeostasi del calcio e del fosforo e nel metabolismo della vitamina D. Dato che il grado di filtrazione glomerulare e la funzione renale sono compromesse, l'escrezione di fosforo diminuisce e una mancata attenzione alle quantità di fosforo assunte con la dieta porta alla condizione di iperfosforemia (concentrazione del fosforo nel plasma superiore a 4,5 mg/dl). La ridotta sintesi del calcitriolo, che è la forma attiva della vitamina D, provoca una diminuzione dell'assorbimento intestinale di calcio con conseguente ipocalcemia. La combinazione di iperfosforemia, ipocalcemia e deficit di calcitriolo portano ad una sovrastimolazione delle ghiandole paratiroidi che producono PTH, un ormone che accresce sia il numero che l'attività degli osteoclasti. La continua stimolazione di PTH conduce a iperplasia e proliferazione delle cellule paratiroidi che risulta nell'iperparatiroidismo. Questa condizione può comportare gravi complicanze tra cui demineralizzazione ossea, problemi cardiovascolari, prurito e calcificazioni extra-scheletriche di tessuti, vasi sanguigni, polmoni, articolazioni e reni. L'iperfosforemia, inoltre, intensifica l'iperparatiroidismo portando ad un ulteriore aumento del PTH secreto e un aumentato rischio di sviluppo di complicanze. (30,31)

- **Malnutrizione proteico-energetica (PEM)**

Molti fattori contribuiscono allo sviluppo della malnutrizione proteico-energetica, tra cui un ridotto introito nutrizionale dovuto all'anoressia indotta dall'uremia, un aumentato catabolismo proteico causato dall'acidosi metabolica, l'effetto negativo dell'infiammazione e delle infezioni sulla sintesi proteica, e i disordini endocrini nell'uremia, come squilibri nell'ormone tiroideo o nell'insulina.

- **Acidosi metabolica**

La ridotta escrezione di ammoniaca e fosfati dovuta alla ridotta funzionalità renale conduce allo sviluppo dell'acidosi metabolica. Questo influisce sullo sviluppo di complicanze quali il catabolismo delle proteine, la fatigue e la demineralizzazione delle ossa. (30)

- **Anemia**

L'anemia, definita dall'OMS come deficit di emoglobina inferiore a 13 g/dl per gli uomini ed inferiore a 12 g/dl per le donne, è una condizione comune nei pazienti con IRC. La causa principale è data dalla ridotta sintesi da parte dei reni di eritropoietina, un ormone che stimola il midollo osseo a produrre i globuli rossi. La conseguenza fisiologica maggiore dell'anemia è la riduzione della capacità di trasportare ossigeno da parte del sangue. L'organismo tenta di compensare l'ipossia tissutale aumentando la gittata cardiaca. Il miocardio aumenta la sua massa e la forza muscolare per rispondere all'aumentato carico

di lavoro. L'anemia costituisce, dunque, un fattore di rischio per l'ipertrofia ventricolare sinistra e aumenta la mortalità cardiovascolare. (30)

- **Disturbi neurologici**

I disturbi neurologici nell'IRC sono correlati all'aumento delle tossine uremiche nel sangue che riducono la velocità di conduzione nervosa e portano a manifestazioni di neuropatia periferica (prurito, bruciore, irritabilità muscolare, crampi e debolezza) e centrale (fatigue, apatia, deficit nella concentrazione e nella memoria, disturbi del sonno). L'alterazione dello stato mentale, se l'insufficienza renale non viene trattata adeguatamente, conduce all'encefalopatia uremica che è caratterizzata da deliri, disorientamento, agitazione e, nei casi più gravi, coma.

- **Dislipidemia**

L'iperlipidemia nei pazienti affetti da malattia renale cronica è solitamente caratterizzata da elevati livelli di trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL. Anche la proteinuria contribuisce all'instaurarsi della dislipidemia. Il meccanismo per il quale si genera la dislipidemia non è completamente noto ma risulta da un rallentato catabolismo delle lipoproteine. L'aumento del livello di lipidi predispone i pazienti ad un maggior rischio cardiovascolare legato allo sviluppo di aterosclerosi.

- **Qualità di vita**

La malattia renale cronica è spesso associata ad anomalie nello stato di salute, funzionale e di benessere (come debolezza, scarso appetito, ansia, diminuito senso di benessere) che vanno ad influire negativamente sulla qualità della vita. Tutto ciò può avere ripercussioni psicosociali come ad esempio depressione e riduzione delle attività ed interazioni sociali.(30)

2.4 Complicanze

Le complicanze dipendono dalla metodologia utilizzata, per quanto riguarda l'emodialisi sono prevalentemente legate alla rottura delle cellule del sangue provocata dal passaggio attraverso i macchinari, dalla eccessiva o ridotta coagulazione del sangue causata dall'eparina (sostanza utilizzata per evitare la coagulazione del sangue nella macchina), dall'alterazione degli equilibri idrosalini in seguito alla repentina depurazione e al rischio infettivo legato alle possibili, anche se remote, contaminazioni da Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis C virus (HCV) e Hepatitis B virus (HBV).

Possono, inoltre, insorgere disturbi del ritmo cardiaco dovuti all'inadeguata eliminazione di potassio (per cui si ricorre a farmaci che ne aiutano l'eliminazione a livello intestinale) e possibili deficit di coagulazione nel

periodo immediatamente successivo alla dialisi causata dal permanere in circolo dell'eparina.

Importante è la gestione degli accessi venosi per prevenire complicanze, come:

- Infezione
- Stenosi
- Trombosi (spesso in un passaggio stenotico)
- Aneurisma o pseudoaneurisma

Queste complicazioni limitano significativamente la qualità dell'emodialisi che può essere fornita, aumentano la morbilità e la mortalità a lungo termine e sono così frequenti che sia i pazienti sia gli operatori devono prestare attenzione ai cambiamenti evocativi di complicanze. Questi cambiamenti comprendono dolore, edema, eritema, fissurazioni della cute sovrastante l'accesso, assenza di soffio e di polso in corrispondenza dell'accesso, ematoma attorno all'accesso e sanguinamento prolungato nella sede di puntura della cannula dialitica.

La dialisi peritoneale, invece, presenta tra le maggiori complicanze la peritonite batterica (infezione della cavità addominale che si può individuare anche precocemente quando il liquido dialitico estratto diventa biancastro e torbido), per la quale occorre una immediata terapia antibiotica, l'infezione del sito della parete addominale in cui il catetere è inserito, ernie addominali dovute all'aumento della pressione all'interno dell'addome e la malnutrizione proteica

(poiché la membrana peritoneale disperde molte più proteine della membrana sintetica utilizzata nell'emodialisi).(33)

Poiché nella malattia cronica il raggiungimento degli obiettivi terapeutici passa attraverso il paziente, l'ET è indispensabile per una cura globale realmente efficace. La malattia renale cronica e, in particolare, l'emodialisi richiedono una formazione costante, sia per il personale sia per i pazienti, sui benefici di un'adeguata aderenza alle raccomandazioni dietetiche e terapeutiche e sui rischi della non aderenza. Gli infermieri di nefrologia e dialisi giocano un ruolo fondamentale per condurre interventi di ET e avviare programmi multidisciplinari, inoltre sono un punto di riferimento per gli altri professionisti in quanto sono più a contatto con i problemi quotidiani relativi alla dialisi e i primi professionisti ai quali i pazienti confidano le proprie difficoltà. I dati disponibili non sono sufficienti per sviluppare linee guida di pratica clinica per promuovere l'aderenza del paziente. Vi è la necessità di ricerche ulteriori di alta qualità, di follow up più lunghi, che prendano in esame programmi educativi di tipo cognitivo-comportamentale che tengano conto dei fattori predittivi demografici clinici e psicosociali, che valutino l'associazione tra criteri fisiologici e criteri psicosociali, così da creare un consenso universale sul significato effettivo dell'aderenza e su come può essere misurata.

Capitolo III

Progetto di ricerca

3.1 Background

Per Malattia Cronica Renale, intendiamo ogni condizione patologica che interessi il rene e che possa provocare perdita progressiva e completa della funzione renale o complicanze derivanti dalla ridotta funzione renale. La naturale conseguenza della MRC è rappresentata dall'insufficienza renale cronica (IRC), ossia dalla perdita progressiva e irreversibile della funzione renale, infatti negli ultimi stadi la persona che ne è affetta deve sottoporsi a trattamenti sostitutivi la funzionalità renale come la dialisi extracorporea o peritoneale, inoltre devono assumere dei farmaci per la patologia renale o non che ha causato l'Irc e per sostituire le funzioni endocrine del rene.

I pazienti affetti da questa patologia si trovano a gestire l'assunzione a domicilio di un gran numero di farmaci con somministrazioni spesso ripetute ed a seguire uno stretto regime dietetico che prevede la restrizione di liquidi e di classi di alimenti.

Questa complessa condizione porta il paziente ad essere esposto ad una serie di stress psicosociali dati dagli effetti della malattia, le restrizioni di tempo dovute alle sedute dialitiche, cambiamenti del ruolo all'interno della famiglia, serie di

farmaci da prendere durante l'arco della giornata e nel mondo del lavoro, la consapevolezza della cronicità della malattia e la paura di morire, oltre alle restrizioni dietetiche e dei fluidi che presuppongono un'attenzione e un autocontrollo notevoli.

Tutto ciò ha delle ripercussioni sul modo in cui la persona vive la propria condizione patologica e, quindi, sulla compliance ai trattamenti. La non adesione terapeutica infatti, accelera il declino patologico in quanto aumenta il rischio dell'instaurarsi di condizioni gravi e pericolose per la persona. Le persone in trattamento dialitico sono esposte a fattori di rischio come il diabete, l'ipertensione, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo, di conseguenza per evitare questi tipi di complicanze devono rispettare una rigida terapia domiciliare prescritta dal Nefrologo, composta da svariati farmaci che devono essere presi in determinati e precisi orari.

La scarsa aderenza al regime terapeutico è uno dei principali problemi in questa popolazione di pazienti, contribuendo a un aumento di morbilità e mortalità

3.2 Obiettivi

Lo studio osservazionale che è stato effettuato ha lo scopo di valutare il grado di aderenza alle prescrizioni farmacologiche in pazienti affetti da MRC (malattia renale cronica) in trattamento sostitutivo extracorporeo nell'Ara vasta 4.

3.3 Materiali e metodi

Lo studio osservazionale è stato effettuato tramite il questionario validato MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale) (Fig.4) nel periodo compreso fra Luglio 2019 e Settembre 2019. (15)

Si tratta di uno strumento di indagine conoscitiva, costruito sulla base della precedente versione con 4 item (MMAS-4) e che, rispetto a questa, è risultata possedere una maggiore affidabilità che è stato utilizzato in numerosi studi sull'aderenza terapeutica rispetto a diverse categorie di pazienti (post-infartuati, malati di Parkinson, ipertesi, malati di sclerosi multipla, ...).

Il questionario si compone di 8 domande e indaga i due tipi di non aderenza:

- **Non intenzionale**, cioè quando il paziente vorrebbe assumere correttamente la terapia ma non riesce a farlo a causa ad esempio di dimenticanza o incomprensioni
- **intenzionale**, cioè quando il paziente sceglie di non aderire alla terapia consapevolmente, ad esempio quando l'assunzione di farmaci lo fa sentire meglio o peggio.

E' formato da 8 domande, di cui le prime sette con le due varianti di risposta *SI (0 punti) – NO (1 punto)*, l'ultima invece con scala likert che ne definisce la frequenza a cui si attribuisce un punteggio da 0 a 4.

Qualche volta dimentica di prendere la pillola per ... (patologia principale)	SI (0)	NO (1)
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per...?	SI (0)	NO (1)
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI(0)	NO(1)
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con sé i farmaci?	SI(0)	NO(1)
Ha preso ieri le sue medicine per...?	SI (1)	NO(0)
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine	SI (0)	NO (1)
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)?	SI (0)	NO (1)
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia? <ul style="list-style-type: none"> • mai/molto raramente (4) • raramente (3) • a volte (2) • spesso (1) • sempre (0) 		

Fig.4 Scala MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale)

Inoltre la popolazione indagata doveva indicare da quanto tempo effettua il trattamento extracorporeo.

Dai criteri di inclusione fissati sono risultati eleggibili le persone in trattamento dialitico extracorporeo da almeno 6 mesi, senza deficit di comprensione e che abbiano dato in modo spontaneo il consenso a partecipare allo studio.

3.4 Risultati

La popolazione indagata risulta essere formata da 63 pazienti in trattamento dialitico extracorporeo nell'Unità di Emodialisi di Fermo con una prevalenza del 71,4% che effettua dialisi da più di 5 anni e il restante 28,5% lo effettua da meno di 5.

Risultati totali

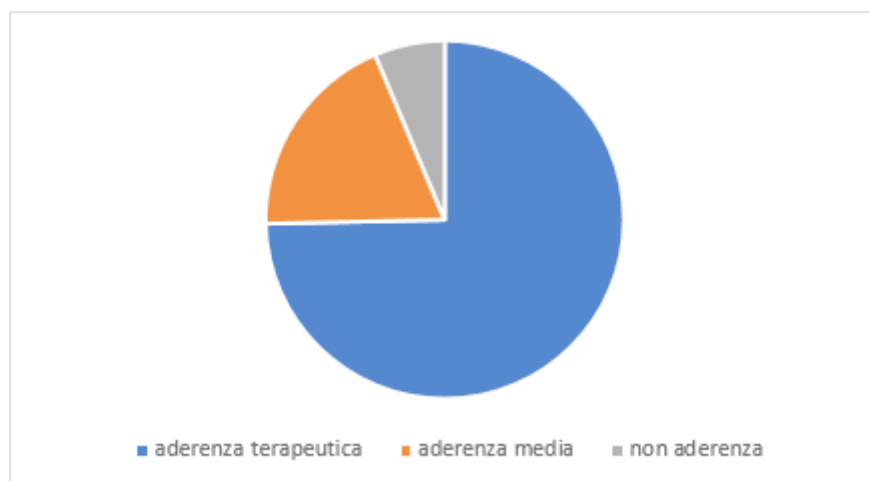


Figura 1

Le possibili classi di aderenza terapeutica che si possono identificare:

- punteggio < 6 **poco aderente**;
- punteggio da 6-8 **mediamente aderente**;
- punteggio > 8 **molto aderente**.

Il 74,6% dei pazienti risulta molto aderente alla terapia, il 19% invece risulta mediamente aderente alla terapia e il 6,34% risulta poco aderente al regime terapeutico.

Risultati conferiti nei pazienti che dializzano da più di 5 anni

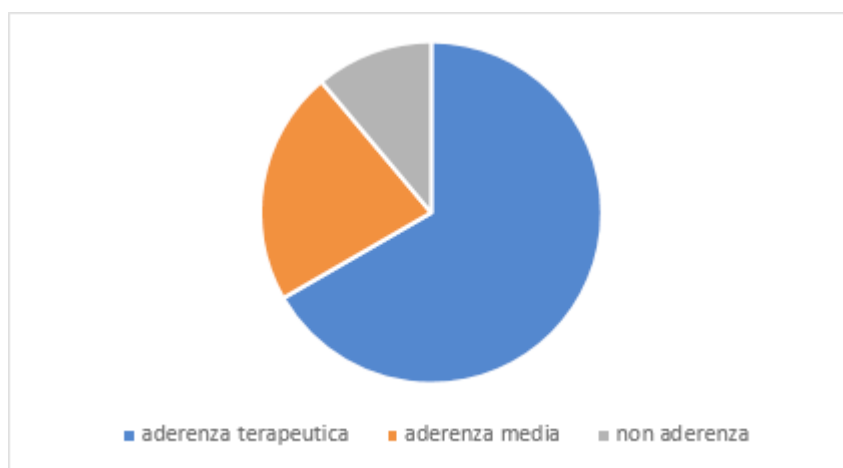


Figura 2

Le persone in trattamento dialitico da più di 5 anni (Fig.2) hanno una buona aderenza infatti il 66,66% risultano aderenti alla terapia, il 22,22% invece risulta mediamente aderente alla terapia e il 11,11% risulta non aderente al regime terapeutico.

Risultati conferiti nei pazienti che dializzano da meno di 5 anni

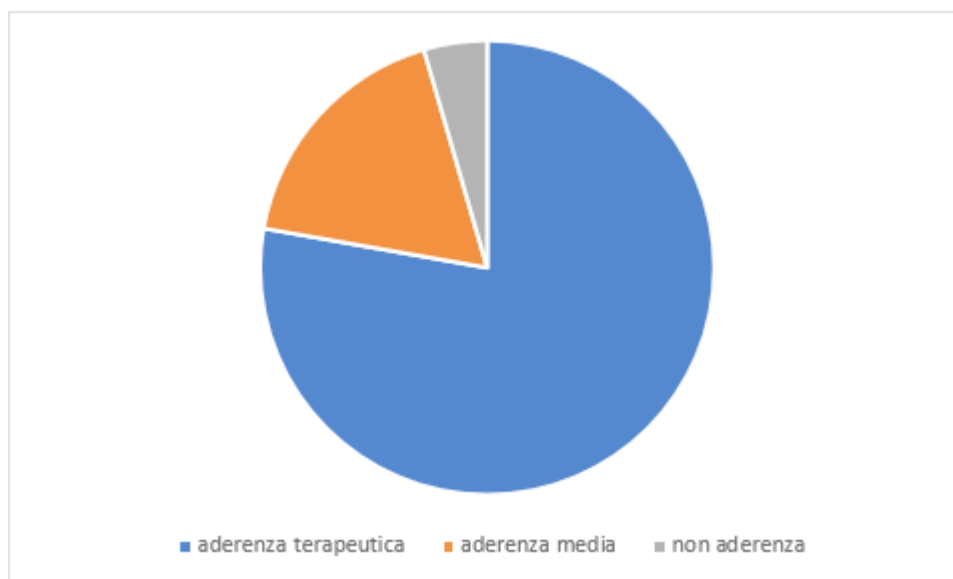


Figura 3

Le persone in trattamento dialitico da meno di 5 anni (Fig. 3) risultano aderenti per il 77,77%, mediamente aderenti per il 17,73 % e non aderenti per il 4,5 %.

Pertanto volendo creare un correlazione tra età dialitica e grado di aderenza si evince che chi si sottopone da meno tempo al trattamento sostitutivo è più aderente e puntuale nell'assumere la terapia farmacologica prescritta.

3.5 Conclusioni studio

Confrontando il tasso di non aderenza ai farmaci con quello presente in Letteratura scientifica, variabile tra il 12,5% e il 98,6%, si può evincere che la popolazione indagata ha un buon grado di aderenza.

Dei 63 questionari che sono stati compilati dai pazienti in cura nel reparto di Emodialisi di Fermo risultano aderenti con un tasso al 66,66% i pazienti che effettuano dialisi da più di 5 anni, anche pazienti che effettuano dialisi da meno di 5 anni risultano aderenti alla terapia farmacologica, rispettivamente con un tasso del 77,77%.

Questi ultimi avendo una percentuale maggiore del 11,11% risultano più aderenti, anche se di poco, alla terapia farmaceutica prescrittagli dal Nefrologo, di conseguenza sono esposti con un'incidenza minore alla serie di complicanze citate precedentemente.

Confrontando i risultati si nota che 11,11% delle persone in trattamento dialitico da più di 5 anni non risultano aderenti alla terapia, a differenza invece delle persone in cura da meno di 5 anni che sono solo il 4,4% a non essere aderenti. Questa differenza anche se minima ci fa capire come i pazienti che sono in cura da meno tempo (in questo caso meno di 5 anni), riescono ad essere più complianti e fedeli alla terapia farmacologica.

Conclusione:

Nei pazienti polipatologici la scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di mancata efficacia delle terapie farmacologiche e di conseguenza alle complicanze che essa comporta, rappresentando un danno sia per i pazienti che il sistema sanitario e l'intera società.

Questa differenza nei risultati alla conclusione di questo studio anche se minima ci fa capire come i pazienti che sono in cura da meno tempo (in questo caso meno di 5 anni), riescono ad essere più complianti e fedeli alla terapia. Questo sta ad indicare che è necessario individualizzare il più possibile gli interventi di tipo informativo e comportamentale, per migliorare la situazione e il divario che c'è tra le due classi di categoria. Tra gli interventi di tipo informativo e comportamentali propongo colloqui periodici indirizzati a paziente e caregiver che coinvolgano più figure professionali diverse (infermiere, dietista e medico), in modo da poter verificare le conoscenze e l'osservanza delle indicazioni terapeutiche, dare consigli su come gestire la terapia e come modificare il proprio stile di vita.

Gli incontri con il team multidisciplinare ed il monitoraggio sono importanti non solo per i pazienti che hanno iniziato il trattamento da poco tempo, ma sono sempre utili, per rivalutare periodicamente la compliance del paziente e migliorarla adattando le indicazioni sullo stile di vita da assumere alle esigenze del paziente, che possono cambiare nel corso del tempo.

Questi incontri avranno bisogno di riedizioni nel tempo per rivalutare periodicamente il paziente e notare il lui eventuali miglioramenti o peggioramenti in questo caso sulla gestione della terapia stessa.

Il coinvolgimento di un team multidisciplinare è importante in quanto ogni professionista ha una competenza ed un ruolo specifici. L'infermiere, che è la figura a contatto per più tempo con il paziente, dovrebbe fare da mediatore tra quest'ultimo e gli altri professionisti, interpretando e riferendo atteggiamenti e difficoltà della persona e facendo da punto di riferimento per il paziente.

Fonti bibliografiche:

1. Linee guida NKF/KDOQI, su kidney.org. URL consultato il 20 ottobre 2011 (archiviato dall'url originale il 13 novembre 2011).
2. Ambrosi G, Cantino D, Castano P et al. Anatomia dell'uomo. Seconda edizione. Milano: Edi.Ermes Milano; 2006. 253 – 258.
3. Catizone L. Guida alla dialisi. Terza edizione. Bologna: Pàtron Editore Bologna; 1997. 29 – 36.
4. Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. Hypertension 2003; 42: 1050–1065.
5. Baigent C, Burbury K, Wheeler D. Premature cardiovascular disease in chronic renal failure. Lancet 2000; 356: 147–152.
6. Summary of recommendation statements. KDIGO. Kidney Int 2013; 3(Suppl):5.
7. Levey AS, De Jong PE, Coresh J, El Nahas M, Astor BC, Matsushita K, Gansevoort RT, Kasiske BL, Eckardt KU. The definition, classification and prognosis of chronic disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int. 2011; 80:17-28
8. Levey AS, Stevens LA, Coresh J. Conceptual model of MRC: applications and implications. Am. J Kidney Dis 2009; 53:S4.
9. Agency for Healthcare Research and Quality Effective Health Care Program Chronic Kidney Disease Stages 1-3: Screening, Monitoring, and Treatment; 2012
10. National Kidney Foundation -Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF - KDOQI), 1997
11. L. Aimee Hechanova, Panoramica sulla terapia renale sostitutiva, Texas Tech University, 2018
12. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n.739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.
13. Buccianti G, Bargetti I, Alberghini E et al. [Early therapeutic education in chronic renal disease: a new approach]. Giornale italiano di nefrologia:

- organo ufficiale della Società Italiana di nefrologia 2005 Mar – Apr; 22 (2): 134-9.
14. Paris V [The current role of patient education in the adjustment and quality of life of patients with nephropathy]. *Giornale italiano di nefrologia: organo ufficiale della Società italiana di nefrologia* 2008 May – Jun; 25 (3): 364-8.
 15. Crosti E. - Aderenza alla terapia, la scala di Morisky, 2017
 16. Leoni M. - Gestione della terapia orale, diario delle terapie e coinvolgimento del paziente. (Racc. RER n.3: sez.4.7 – 4.9)
 17. Viggiano M.- Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Polipatologie Morisky
 18. Stefano A. Inglese, Piano nazionale Cronicità, 2016
 19. Thomas-Hawkins C. Chronic Illness Management and Outcomes: A theory-based approach. *Contemporary Nephrology Nursing: Principles and Practice*. II ed. New Jersey: Anita E. Molzahn; 2006.
 20. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007 Dec;18(12):3042-3055.
 21. 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 May;16(3):222-35; quiz 236
 22. Shonder K. Pharmacology of Renal Disease. *Contemporary Nephrology Nursing: Principles and Practice*. II ed. New Jersey: Anita E. Molzahn; 2006.
 23. McKillop G, Joy J. Patients' experience and perceptions of polypharmacy in chronic kidney disease and its impact on adherent behaviour. *J Ren Care* 2013 Dec;39(4):200-207.
 24. WHO. Report on Continuing Education programmes for Health Care Providers on Therapeutic patient Education in the field of chronic diseases. 1998.
 25. J. F. d'Ivernois, R. Gagnayre – edizione italiana a cura di M. G. Albano, L. Sasso, *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*, McGraw-Hill, Milano, 2009
 26. C. Prandi, E. Vellone, M. G. De Marinis, R. Alvaro - Aderenza alle cure: un tema di pertinenza anche infermieristica, 2013- Schäfer-Keller P, Garzoni D,

- Dickenmann M, et al. (2010) Medication non adherence – predictive factors and diagnostics. *Ther Umsch*, 67, 283-288.
27. Pegoraro M (2009) Le alterazioni del metabolismo calcio-fosforo nei pazienti in dialisi: il contributo dello Studio DOPPS. Il punto di vista infermieristico. *TN&D-Wichtig Editore*, 3, 41-43.
- 28.- Schmid H, Hartmann B, Schiffli H (2009) Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *Eur J Med Res*, 14, 185-190.
29. McCarley P. Diagnosis, Classification and Management of Chronic Kidney Disease. *Contemporary Nephrology Nursing: Principles and Practice*. II ed. New Jersey: Anita E. Molzahn; 2006.
30. Parker KP. Alteration in Fluid, Electrolyte, and Acid-Base Balance. *Contemporary Nephrology Nursing: Principles and Practice*. II ed. New Jersey: Anita E. Molzahn; 2006.
31. Goldstein-Fuchs J. Nutrition and Chronic Kidney Disease. *Contemporary Nephrology Nursing: Principles and Practice*. II ed. New Jersey: Anita E. Molzahn; 2006.
32. G. Garibitto R. Pontremoli *Manuale di Nefrologia* Edizioni Minerva Medica Ottobre 2011.

Allegati:



Università Politecnica delle Marche

Corso di Laurea in Infermieristica

Modulo informativo e di consenso

“L’aderenza dell’assistito con MRC (Malattia renale cronica) in Emodialisi nell’Area vasta 4: studio osservazionale”

Gentile signora/e

Chiediamo la sua disponibilità a partecipare ad un progetto di ricerca per la realizzazione di una tesi di laurea in Infermieristica, accettando di rispondere ad otto domande inerenti la gestione della terapia farmacologica per valutare la sua aderenza. La partecipazione personale è del tutto volontaria e la compilazione del questionario è anonima.

MRC(Malattia renale cronica): Si definisce malattia renale cronica (MRC) ogni condizione patologica che interessi il rene e che possa provocare perdita progressiva e completa della funzione renale o complicanze derivanti dalla ridotta funzione renale. Nella fase finale della malattia si rende necessario attuare un trattamento sostitutivo della funzionalità renale attraverso l’emodialisi o la dialisi peritoneale

OBIETTIVO: Lo studio osservazionale a cui le proponiamo di prendere parte, ha lo scopo di valutare l’aderenza dei farmaci in pazienti affetti da MRC (malattia cronica renale). I pazienti con questo tipo di patologie sono esposti a fattori di rischio come il diabete, l’ipertensione, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo. La scarsa aderenza al regime terapeutico è un problema in questa popolazione di pazienti, contribuendo a un aumento di morbilità e mortalità.

METODI E STRUMENTI: le verrà somministrato il questionario MMAS-8 che si compone di 8 domande e indaga i due tipi di non aderenza: non intenzionale, cioè quando il paziente vorrebbe assumere correttamente la terapia ma non riesce a farlo a causa ad esempio di dimenticanza o incomprensioni, e intenzionale, cioè quando il paziente sceglie di non aderire alla terapia consapevolmente, ad esempio quando l’assunzione di farmaci lo fa sentire meglio o peggio.

Grazie per la gentile collaborazione

Questionario MMAS-8

Qualche volta dimentica di prendere la pillola per IRC (insufficienza renale cronica)?	SI (0)	NO (1)
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per IRC (insufficienza renale cronica)?	SI (0)	NO (1)
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI (0)	NO (1)
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con se i farmaci?	(SI) (0)	(NO) (1)
Ha preso ieri le sue medicine per IRC (insufficienza renale cronica)?	(SI) (1)	(NO) (0)
Quando sente che le sua malattia IRC è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine?	(SI) (0)	(NO) (1)
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia IRC (insufficienza renale cronica)?	(SI) (0)	(NO) (1)

Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?	<ul style="list-style-type: none"> • Mai/ molto raramente [4] • Raramente [3] • A volte [2] • Spesso [1] • Sempre [0]
--	--

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a FRANCESCO DI FEBO
Nato/a a PENNE (PE) il 03-10-1994

consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 78, 1° comma 1 - DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere iscritto al 3° anno di corso del CdL in INFERMIERISTICA
dell'Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia
- di aver acquisito, alla data della presente dichiarazione, n. 144 CFU
(dato rilevabile dalla autodichiarazione iscrizione con esami ottenuta dal sistema Esse3 allegata alla presente dichiarazione)
- di aver frequentato nell'a.a. 2016-17 l'attività di Formazione Generale alla Salute e Sicurezza sul lavoro (organizzata dall'Ateneo o da altro Ente in ottemperanza a quanto previsto dal combinato disposto del D.Lgs 81/08 e s.m.i. e dell'Accordo Stato-Regione di 21/12/2011) (attestato allegato alla presente dichiarazione)
- di garantire che ogni informazione o notizia che venga a lui comunicata o che comunque apprenda nel corso della frequenza sarà mantenuta segreta, salvo che non sia o diventi di pubblico dominio per fatto a lui non imputabile.
- che il periodo di frequenza "volontaria" non si sovrappone alle attività didattiche programmate dell'anno di corso cui il sottoscritto è iscritto nell'a.a. 2018/2019 in quanto prevista in mesi/giorni/ore liberi da lezioni teoriche, attività elettive, attività professionalizzanti.
- Di impegnarsi a consegnare alla Segreteria di Presidenza, al termine della frequenza e comunque in occasione di nuova richiesta il "diario frequenza" sottoscritto dal Responsabile della struttura c/o cui è stata svolta l'attività formativa.

Luogo e data Fermo, 11-7-2019

Il dichiarante



Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Fermo, li 09/07/2019

ASUR MARCHE AREA VASTA 4 FERMO:

Il Direttore Medico Presidio Ospedaliero

Dott.ssa Anna Fiorenza Padovani

Il Dirigente UOS Area Infermieristico-ostetrica – SPS

Dott. Renato Rocchi

Il Direttore Nefrologia e Dialisi

Dott. Donato Garofalo

All'infermiere coordinatore f.f.

Dott.ssa Teresa Illuminati

Loro Sedi

Oggetto: richiesta autorizzazione ad effettuare uno studio osservazionale per valutare l'aderenza terapeutica degli assistiti affetti da MRC (Malattia renale cronica) in Emodialisi.

Il sottoscritto DI FEBO FRANCESCO nato a PENNE (PE) il 03/10/1994, residente a PENNE (PE) Via C.DA AMPETTO 2 :: _____ studente del Corso di Laurea in Infermieristica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Fermo, al fine di elaborare e discutere la tesi di laurea nella sessione di Novembre 2019.

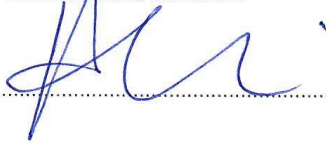
Chiede alle S.S.L.L. l'autorizzazione a somministrare un questionario anonimo agli assistiti che valuterà il grado di aderenza alla terapia farmacologica.

Tutti i dati, trattati rispettando la normativa sulla privacy, verranno sottoposti all'analisi statistica descrittiva che verrà inserita nella mia tesi di Laurea.

Cordiali saluti.

Firma studente.....
(Di Febo Francesco)

Visto Diretto AFP Dott. Adriano Santarelli:



Si Autorizza:

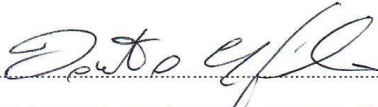
Il Direttore Medico Presidio Ospedaliero Dr.ssa A. F. Padovani

Regione Marche A.S.P. n. 4
Area Vasta n.4 - Fermo
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
Dott. Luca POLCI
Cod. Fisc. PLCLCU69C13E345E

Il Dirigente UOS Area Infermieristico- Ostetrica SPS Dr. Renato Rocchi

Regione Marche A.S.P. n. 4
Area Vasta n.4 - Fermo
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
U.O.C. Area Infermieristica Ostetrica
Direttore Dr. Renato ROCCHI
Tel. 0734.625.2930 - Fax 0734.625/2806
e-mail: renato.rocchi@sanita.marche.it

Il Direttore Nefrologia e Dialisi - Dott. D. Garofalo



All'infermiere coordinatore - Dr.ssa T. Illuminati (Posizione organizzativa Dip. Medico)





UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Al Presidente

CdL INFERMIERISTICA

Università Politecnica delle Marche

Il/la sottoscritt DI FEBBO FRANCESCO nato/a PENNE (PE) il 03/10/1994
iscritto nell'a.a. 2018-19 al 3 anno del CdL in INFERMIERISTICA
della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, matricola 1080567

CHIEDE

di essere ammesso a frequentare, in qualità di studente volontario, nel periodo dal 31-7-19 al 20-9-19
nell'ambito della attività di **Orientamento** **Preparazione Tesi**
previste dal Regolamento Didattico del Corso di Studio a cui è iscritto, la SOD/UOC di EMODIALISI
c/o Azienda ASUR AV4

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- di accettare incondizionatamente le disposizioni contenute nel precitato regolamento
- di prestare consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 196/2003
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente domanda autocertificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Chiede, altresì, che ogni comunicazione venga trasmessa ai recapiti inseriti nella procedura informatica.

FIRMA

Data 11-7-19

VISTO PER PARERE FAVOREVOLE

Il sottoscritto Prof./Dott. GAROFALO
Direttore della S.O.D. di NEFROLOGIA E DIALISI
Azienda ASL
Data 09/07/2019

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Fermo
U.O. COMPLESSA di NEFROLOGIA e DIALISI
Direttore I.I. Dot. Donato Garofalo
Cod. Fisc. GRF0166018619X
SPECIALISTA IN NEFROLOGIA
Tel. 0734.6232422

**VISTO PER PARERE FAVOREVOLE LIMITATAMENTE ALLA
FREQUENZA PER PREPARAZIONE TESI**

Il sottoscritto Prof./Dott. Enrico Ceroni
in qualità di Relatore.

Data 28/06/19

FIRMA

A seguito della verifica effettuata tra quanto dichiarato dallo studente in merito all'assenza di sovrapposizione tra il periodo di frequenza "volontaria" e la programmazione delle attività didattiche dell'anno di corso cui il discente è iscritto nell'a.a. 18/19 si approva la richiesta presentata precisando che, nelle giornate/ore in cui, sulla base del calendario didattico del corso, sono programmate le lezioni teoriche, le attività elettive e/o le attività professionalizzanti la frequenza dovrà essere obbligatoriamente svolta in periodi liberi da impegni didattici.

Data 28/6/2019

IL PRESIDENTE DEL CDL IN GIAMPIERO MACARRI FIRMA

