Newsletter Anìmo-Fondazione 3BI

Settembre 2015

Anno II°- Quarto Atto

Volume 2, Numero 4

Carissimo Socio,
in questa **newsletter** troverai un breve riassunto della presentazione che la **FNC IPASVI** ha fatto a tutte le Associazione Infermieristiche su: ***"Le competenze specialistiche: stato dell'arte"*** per condividere il documento approvato. Questo argomento, più volte dibattuto anche a livello di media nazionali, è ancora in corso di condivisione con le altre categorie professionali. Per Anìmo ha partecipato la vicepresidente Giovanna Pentella. (v. documento completo su www.associazione-animo.it).
Troverete inoltre una "overview" di abstracts di articoli selezionati, sull' "**aderenza alle prescrizioni terapeutiche"** tema più che mai interessante per le realtà di Medicina Interna, vista l'alta percentuale di malati cronici pluri-patologici ricoverati presso le nostre strutture.
Augurandovi un buon rientro dalle vacanze che una proficua lettura cogliamo l'occasione per ricordarvi che siamo aperti a vostri suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: **info@associazione-animo.it**.

Dott.ssa Claudia Gatta e tutto il **Direttivo Anìmo**

Sommario:

Presentazione	Pg. 1
Il Nuovo Modello di evoluzione delle competenze infermieristiche	Pg. 1-3
La Mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche	Pg. 3-5
Bibliografia	Pg. 5-8
Prossimi incontri, Congressi, Convegni	Pg. 9

La Federazione Nazionale Collegi Ipasvi
presenta
Il nuovo modello di evoluzione delle competenze infermieristiche

A cura di G. Pentella

Il 4 luglio 2015 la FNC Ipasvi ha invitato a Roma le Associazioni Infermieristiche all'incontro "***Le competenze specialistiche: stato dell'arte"*** per condividere il documento approvato dallo stesso Comitato sull'Evoluzione delle Competenze Infermieristiche. Sono intervenute: Annalisa Silvestro, Senatrice in commissione Igiene e Sanità, componente del Comitato centrale della FNC Ipasvi e coordinatrice del gruppo di lavoro per l'elaborazione del modello, e la Presidente Ipasvi, Barbara Mangiacavalli.
La Presidente introduce il documento partendo dall'anno 2010, da quando cioè le regioni hanno iniziato a parlare di evoluzione delle competenze dando origine ad una riflessione generale su questo tema. Ancora oggi resta un **obiettivo regionale** quello di coniugare la nuova e diversa **domanda di assistenza infermieristica**, espressa dai cittadini, con nuova e diversa **offerta sanitaria**, attraverso una valorizzazione delle competenze acquisite dalle professioni sanitarie e in primis dagli infermieri. In questa logica assistenziale "**dell'andare verso il cittadino**" proprio gli infermieri potranno diventare una risorsa fondamentale per offrire l'assistenza al domicilio, attivare gli ospedali di comunità, le case della salute e i servizi ambulatoriali di prossimità.

In un'ottica costruttiva, nel gennaio 2015, la Federazione Nazionale Ipasvi ha ritenuto opportuno attivare un gruppo di lavoro per provare a ragionare sulla cornice metodologica di un modello che ha l'obiettivo di declinare le competenze specialistiche nella formazione, nell'organizzazione dei servizi e nell'erogazione dell'assistenza infermieristica.
Il documento vuole tentare, dunque, un punto d'incontro tra Master, Laura Magistrale, corsi di perfezionamento, inoltre, vuole fotografare e contestualizzare anche i possibili percorsi specialistici delle altre professioni sanitarie. Quindi la presidente afferma che il documento dovrà essere declinato in modo puntuale e preciso attraverso vari incontri con le Associazioni e le Società Infermieristiche, Università e Organi Istituzionali (Regione e Ministero della Salute). Inoltre, potrebbe essere una base su cui ragionare con le Organizzazioni Sindacali sulla riapertura dei momenti contrattuali di lavoro.
La specializzazione non è intesa com'era trent'anni fa individuando l'infermiere di anestesista, infermiere di dialisi ect, specializzazioni legate alla capacità tecnica ed alla disciplina clinica e simili all'immagine di un braccio abile, capace, esperto.
Il punto interessante è nella proposta in cui sono utilizzati i seguenti assi cartesiani: l' ***espansione*** sull'asse delle ascisse per l'evoluzione delle competenze nella clinica e l' ***approfondimento*** sull'asse delle ordinate per l'evoluzione delle competenze gestionali. Su questi assi sono posizionati ***livelli di competenza*** che l'infermiere acquisisce attraverso specifici percorsi formativi. Per declinare questi livelli, il gruppo di lavoro è partito dall'analisi della realtà, alla domanda dei cittadini e alla necessità del sistema.
Il primo livello corrisponde **all'infermiere generalista** in possesso di laurea triennale, che non ha bisogno di modificazioni sostanziali e rappresenta, in ogni caso, la matrice "core" della competenza da cui originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione.

Si passa poi **all'infermiere con perfezionamento clinico o gestionale**, che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di sviluppare le sue competenze "core" applicate a un'area tecnica operativa specifica.
Il terzo livello è quello dell'**infermiere esperto clinico o coordinatore con master,** formato con un master universitario di primo livello, in grado di approfondire le sue competenze in un settore particolare dell'assistenza infermieristica ed esperto di parti di processo assistenziale, di peculiari pratiche assistenziali settoriali o con capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative.
Infine, al quarto e più avanzato livello c'è **l'infermiere specialista con laurea magistrale**, formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento clinico o gestionale/formativo.
La novità è il posizionamento gestionale clinico: l'infermerie specialista clinico di area che opera nella realtà lavorativa con il livello gestionale clinico, sarà inquadrato con contratto dirigenziale Professionale che il MIUR dovrà definire due percorsi della laurea magistrale uno nell'ambito gestionale e l'altro in quello clinico.
La presidente conclude, sottolineando che il documento nasce dai bisogni di salute dei nostri cittadini, senza tentare di rispondere al mercato di lavoro o all'università, ma con l'ausilio di questi due grossi partner che devono essere comunque coinvolti per governare il processo della formazione dei professionisti e alla risposta delle domande dei cittadini e dei bisogni di salute. La presidente, inoltre, invita le associazioni infermieristiche a divulgare il documento ed il Comi-

tato Centrale Ipasvi si rende disponibile ad incontri chiarificatori sul documento ed alla raccolta delle osservazioni e proposte nate dalla discussione con i colleghi.
Il messaggio forte da cui partire è che gli infermieri acquisendo le competenze specialistiche (dove non sono già apprese) e agendo le stesse possono dare una risposta oggettiva alla modifica dei bisogni di salute del cittadino, contribuire alla sostenibilità complessiva del Sistema Sanitario Nazionale e valorizzare la professione infermieristica.

La mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche: un problema da non sottovalutare in medicina interna

A cura di: Giampaoli F. e Pucci F.

L'aderenza del paziente alle prescrizioni terapeutiche, rappresenta uno dei problemi più importanti della pratica clinica, dal momento che il successo di qualsiasi intervento terapeutico dipende dalla effettiva adesione del paziente alla prescrizione. La non aderenza ha infatti come dirette conseguenze, la distorsione dell'efficacia del trattamento e l'emergere di problematiche connesse ad un incremento dei costi legato all' inefficace gestione della patologia.(1)
L' Organizzazione Mondiale della Sanità, afferma che l'aderenza a lungo termine alla terapia farmacologica per le malattie croniche nei paesi sviluppati, corrisponde ad una media del 50%.
A tale proposito, la non-aderenza ai farmaci è stata documentata anche da un recente studio statunitense che ne ha stimato la portata addirittura nel 60% nei pazienti con malattie cardiovascolari, ribadendo che il periodo immediatamente successivo alla dimissione è un momento particolarmente rischioso. Quasi 1 su 4 pazienti è infatti parzialmente o totalmente non aderente. Dei pazienti che sono inizialmente aderenti, il 50% interrompe i farmaci antipertensivi entro 6-12 mesi e solo il 40% continua ad assumere le statine per 2 anni dopo il ricovero per sindrome coronarica acuta.(2)
In generale, la non aderenza terapeutica si traduce in un peggioramento dei sintomi e frequenti riospedalizzazioni ed è inoltre fonte di preoccupazione per diversi motivi. Non assumere o assumere meno farmaci di quelli prescritti può portare al non raggiungimento dell'outcome di trattamento. Molte persone inoltre, non riferiscono ai propri curanti quando non stanno assumendo la terapia. Questo può determinare una valutazione sbagliata delle condizioni del paziente. Pertanto, il medico potrebbe aumentare *inappropriatamente* il dosaggio dei farmaci o aggiungerne di nuovi.(3)
Comprendere ed analizzare il complesso concetto di aderenza terapeutica può aiutare quindi i professionisti sanitari e quindi gli infermieri a migliorare l'assistenza alla persona.
A tale proposito, diversi studi hanno cercato di individuare le caratteristiche con le quali definire il concetto di aderenza terapeutica.
Nonostante le differenze di significato, in letteratura i termini compliance ed adherence vengono spesso utilizzati come sinonimi. Ma mentre il termine compliance può essere definito, come il grado

di coincidenza tra il comportamento del paziente ed i consigli medici sottendendo ad una visione del paziente come individuo passivo, il termine aderenza, coniato da Probstfield nel 1991, si riferisce ad una relazione terapeutica in cui l'enfasi si sposta sulla partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche. [4]

L'**Adherence Project** (progetto per l'adesione al trattamento) ha adottato la seguente definizione per l'adesione alle terapie a lungo termine: *il grado con il quale il comportamento di un soggetto – assumere un farmaco, seguire una dieta e/o modificare il proprio stile di vita – corrisponde a quanto concordato con l'operatore sanitario.*[1][5]

Capire le cause di non aderenza è essenziale per il raggiungimento degli esiti clinici e comportamentali desiderati.

La non aderenza terapeutica può essere infatti, intenzionale o non intenzionale, primaria, quando i pazienti non si procurano i farmaci che vengono loro prescritti, e secondaria, quando essi interrompono l'assunzione di una terapia in atto.

L'abilità del paziente nel seguire il piano terapeutico in modo ottimale è spesso compromessa da molti ostacoli, frequentemente correlati a diversi aspetti del problema. Essi includono: **i fattori sociali** ed **economici**, **il team** e il **sistema di assistenza sanitaria**, le **caratteristiche della malattia**, il **tipo di terapia** e i **fattori correlati al paziente**.

Chiarire i problemi correlati a ciascuno di questi fattori e misurare il livello di adesione alle prescrizioni, è quindi necessario per migliorare il livello di adesione alle terapie del paziente.[1]

La misurazione dell' aderenza può avvalersi di *diversi strumenti*: quelli **diretti** come l'osservazione diretta della terapia, la misurazione del livello della concentrazione ematica del farmaco o del suo metabolita, la misurazione del marker biologico ematico, e quelli **indiretti**, interviste e questionari somministrati ai pazienti, di cui uno di quelli tra i più usati è la scala di Morisky; diario dei pazienti, "pill counting" o conteggio delle pillole presenti nelle confezioni consegnate al paziente; metodi elettronici che segnalano l'apertura dei flaconi; monitoraggio delle prescrizioni o elettronico dei farmaci attraverso i database amministrativi o delle farmacie; valutazione della risposta clinica del paziente e la misurazione dei markers fisiologici.

Indipendentemente dal tipo di misura, il tasso medio di aderenza viene generalmente espresso in un range compreso tra lo 0% (interruzione della terapia) ed il 100% (assunzione completa e continua della terapia). In genere il paziente è considerato "*aderente al trattamento*" se assume più dell' 80% del farmaco prescritto. Molti dei metodi di misurazione, tuttavia, non chiariscono con certezza se il paziente abbia effettivamente assunto i farmaci e le motivazioni che ne sono alla base.[6]

Una ricerca, condotta nel 2014, che ha coinvolto 30 contesti sanitari, evidenzia come i pazienti con diabete, ipertensione, iperlipidemia e con insufficienza cardiaca mirata, rappresentino gli assistiti ai quali vengono maggiormente rivolti interventi per migliorare l'aderenza terapeutica.[7]

Non ci sono strategie di intervento univoche, o programmi o strategie che si sono mostrate efficaci per tutti i pazienti, per tutte le situazioni e le condizioni. Di conseguenza, gli interventi mirati al raggiungimento del target di adesione sono correlati alla specifica malattia e alla esperienza della malattia stessa da parte del paziente[1]

Tra i possibili interventi per favorire l'aderenza terapeutica, si distinguono quattro possibili tipologie: **modificazioni della prescrizione terapeutica** (semplificazione di posologia e dosaggi di farmaci), **educazionali**, **comportamentali**, **interventi complessi** (combinazione di due o più interventi tra quelli identificati);[4] studi dimostrano infatti che gli interventi tradizionali, come interventi educativi e

comportamentali spesso devono essere combinati per avere successo.(8)
Poiché nelle nostri contesti di lavoro, i pazienti sono spesso fragili, presentano problemi di tipo cognitivo-comportamentale, e quindi non sono in grado di gestirsi autonomamente le terapie farmacologiche prescritte, è importante ricordarsi di valutare la capacità del familiare o del caregiver di gestire i farmaci prescritti ed eventualmente attuare su questi interventi mirati.
Infatti, affinchè i programmi di assistenza per le condizioni croniche si rivelino efficaci, è necessario che il paziente, la famiglia e la comunità che lo/la sostengono, giochino contemporaneamente un ruolo attivo. Il sostegno sociale, sia formale che informale, che il paziente riceve da altri membri della sua comunità, è stato registrato come un importante fattore capace di influenzare gli outcomes positivi sulla salute e sul comportamento.[1]

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1.Sabaté E, editor., ed.
Adherence to long-term therapies: evidence for action.
Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

2.Baroletti S, Dell'Orfano H.
Medication Adherence In Cardiovascular Disease.
Circulation 2010 Mar 30;121(12):1455–8.

3.Jimmy B, Jose J.
Patient medication adherence: measures in daily practice.
Oman Med J. 2011 May;26(3):155-9.

4.Abrignani F, Colivicchi M.G.
La mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche: un fattore di rischio dimenticato.
Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO

5.Mount Carmel—Health Partners
Medication Adherence Clinical Guideline. (March 2015).

6.Dallagiacoma B, Del Poeta G, Dicembrino R, Fragnelli M, Messori C, Navacchi C.
"L'analisi dei fattori che incidono sulla (non) aderenza terapeutica in pazienti post-ima : il ruolo della continuità assistenziale.
Progetto di Ricerca Gruppo B, Potenziare e qualificare la presa in carico (continuità assistenziale) fra ospedale e territorio - Anno 2009/2010;

7.Jones C.
Medication adherence study looks at types of interventions.
Manag Care. 2014 Sep;23(9):38-41.

8.Haugh KH.
Medication adherence in older adults: the pillbox half full.
Nurs Clin North Am. 2014 Jun;49(2):183– 99

BIBLIOGRAFIA

REFERENCE N°1

Sabaté e, editor. , ed.
Adherence to long-term therapies: evidence for action.
Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

ABSTRACT

Adherence to therapies is a primary determinant of treatment success. Poor adherence attenuates optimum clinical benefits and therefore reduces the overall effectiveness of health systems.
"Medicines will not work if you do not take them" — Medicines will not be effective if patients do not follow prescribed treatment, yet in developed countries only 50% of patients who suffer from chronic diseases adhere to treatment recommendations. In developing countries, when taken together with poor access to health care, lack of appropriate diagnosis and limited access to medicines, poor adherence is threatening to render futile any effort to tackle chronic conditions, such as diabetes, depression and HIV/AIDS.
This report is based on an exhaustive review of the published literature on the definitions, measurements, epidemiology, economics and interventions applied to nine chronic conditions and risk factors. These are asthma, cancer (palliative care), depression, diabetes, epilepsy, HIV/AIDS, hypertension, tobacco smoking and tuberculosis.
Intended for policy-makers, health managers, and clinical practitioners, this report provides a concise summary of the consequences of poor adherence for health and economics. It also discusses the options available for improving adherence, and demonstrates the potential impact on desired health outcomes and health care budgets. It is hoped that this report will lead to new thinking on policy development and action on adherence to long-term therapies.

REFERENCE N°2

Baroletti S, Dell'orfano H.
Medication Adherence In Cardiovascular Disease.
Circulation 2010 Mar 30;121(12):1455–8.

ABSTRACT

A 66-year-old woman presents to the emergency department with crushing chest pain and ST-segment elevations on ECG. She has left ventricular systolic dysfunction (ejection fraction, 35%) after recent (6 days earlier) non–ST-segment elevation myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention, including 2 drug-eluting stents. She is sent for emergent cardiac catheterization, is found to have in-stent thrombosis, and subsequently is revascularized. After being transferred to the coronary care unit, she undergoes further workup. Before her previous admission, her home medication regimen included aspirin, lisinopril, atenolol, atorvastatin, spironolactone, furosemide, potassium, and sublingual nitroglycerin. At the time of her latest discharge, her medication regimen consisted of an increased dose of aspirin, the addition of clopidogrel, and a change in atenolol dose, in addition to all other previous medications. During the history and physical examination, it is discovered that she had not filled any of her new prescriptions after discharge from the hospital 5 days ago. She explains, "I already had all my drugs in my medicine cabinet at home."

REFERENCE N°3

Jimmy B[1], Jose J.
Patient medication adherence: measures in daily practice.
Oman Med J. 2011 May;26(3):155-9.

ABSTRACT
Adherence to therapies is a primary determinant of treatment success. Failure to adherence is a serious problem which not only affects the patient but also the health care system. Medication non adherence in patients leads to substantial worsening of disease, death and increased health care costs. A variety of factors are likely to affect adherence. Barriers to adherence could be addressed as patient, provider and health system factors, with interactions among them. Identifying specific barriers for each patient and adopting suitable techniques to overcome them will be necessary to improve medication adherence. Health care professionals such as physicians, pharmacists and nurses have significant role in their daily practice to improve patient medication adherence.

REFERENCE N°4

Abrignani, F. Colivicchi e M. G.
La mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche: un fattore di rischio dimenticato.
Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO
L'esperienza comune e gli studi clinici dimostrano che molti pazienti non assumono correttamente la terapia prescritta o la interrompono. Il fenomeno ha cause complesse, è difficile da misurare, ma è molto più diffuso del previsto, ha conseguenza prognostiche negative e richiede complessi interventi per migliorare la qualità complessiva delle cure.

REFERENCE N°5

Mount Carmel—Health Partners
Medication Adherence Clinical Guideline. (March 2015).

This clinical guideline outlines the recommendations of Mount Carmel Health Partners for this medical condition and is based upon the referenced best practices. It is not intended to serve as a substitute for professional medical judgment in the diagnosis and treatment of a particular patient. Decisions regarding care are subject to individual consideration and should be made by the patient and treating physician in concert.

REFERENCE N°6

Dallagiacoma Bettina, Del Poeta Gianluca, Dicembrino Rita, Fragnelli Maria, Messori Claudio, Navacchi Cristina
"L'analisi dei fattori che incidono sulla (non) aderenza terapeutica in pazienti post-ima : il ruolo della continuità assistenziale.
Progetto di Ricerca Gruppo B, Potenziare e qualificare la presa in carico (continuità assistenziale) fra ospedale e territorio - Anno 2009/2010;

ABSTRACT
Nell'ambito delle Cardio Vascular Disease (CVD), la maggiore incidenza è rappresentata dalle Coronary Artery Disease (CAD), responsabili di una serie di manifestazioni cliniche raggruppate nella denominazione di Sindromi Coronariche Acute (SCA; Mauri, 2008). Le SCA raggruppano diverse patologie trombotiche di vasi coronarici, tra cui le principali, per incidenza sulla popolazione, sono: l'angina instabile, l'infarto miocardico con o senza sopraslivellamento del tratto ST e l'arresto cardio circolatorio. Fra le SCA, l'Infarto Acuto del Miocardio (IMA) rappresenta la forma più grave. Esso comporta la necrosi di una parte del tessuto muscolare cardiaco (miocardio), conseguente ad un'ostruzione prolungata di una o più arterie coronarie. L'IMA è pertanto la conseguenza di una perfusione inadeguata alle richieste metaboliche del tessuto miocardico. Se la riduzione della perfusione è certamente un fenomeno acuto, tuttavia il processo patologico a cui esso si accompagna può durare anche molto

tempo, comportando, inoltre, un'elevata incidenza di sequele ischemiche dopo il primo episodio acuto. L'IMA, in particolare, ha elevata incidenza sulla popolazione a livello mondiale(Di Serio, 2003), dato che ogni anno circa 10 persone ogni 1000 sono colpiti da questa patologia. Inoltre, per il costo degli interventi sanitari (terapie mediche e chirurgiche o intervenzionali) e per la frequenza di ospedalizzazioni, la malattia è una delle più rilevanti voci della spesa sanitaria (5%) dei costi totali sostenuti per l'ospedalizzazione e dell'1-2% della spesa sanitaria totale (Rich, 1999).

REFERENCE N°7

Jones C.
Medication adherence study looks at types of interventions.
Manag Care. 2014 Sep;23(9):38-41.

ABSTRACT

Patients who don't take prescribed medications spell trouble not only for their future health, but also for a health plan's bottom line. A recent research project sought to discover what insurers are doing to promote adherence with prescribed medications, what success they're achieving, and what other strategies might increase that success.
While nonadherence is a serious problem, its origins are complex and not fully understood. Some of its more commonly accepted causes include complex treatment regimens, side effects, forgetfulness, socioeconomic issues, educational levels, and personal beliefs.
Insurers and other entities that play a pivotal role in patient medication adherence have emphasized novel medication adherence programs and interventions. This is due in large part to poor medication adherence levels in a wide array of patient populations. It is widely understood that many patients do not take their medications properly — including as many as 50% of patients with chronic illnesses.

REFERENCE N°8

Haugh KH[1].
Medication adherence in older adults: the pillbox half full.
Nurs Clin North Am. 2014 Jun;49(2):183-99.

ABSTRACT

Medication nonadherence is a common concern for nurses and family members who care for older adults. Medication nonadherence can be intentional and/or nonintentional. Understanding the reason for nonadherence is essential in achieving the desired clinical and behavioral outcomes. Traditional interventions, such as educational and behavioral interventions, must often be combined to be successful. New technologies offer nurses opportunities to explore interventions for the baby boomers, who are now tapping into Medicare. Nurses can contribute to finding a solution tomedication adherence through policy, systems, practice, and research, with the first step being effective communication with older adults and their caregivers.

A.N.I.M.O. FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera

PER MAGGIORI INFORMAZIONI VISITATE IL SITO

WWW.ASSOCIAZIONE-ANIMO.IT

PROSSIMI INCONTRI, CONGRESSI E CONVEGNI